

Клинические рекомендации

Расстройства половой идентификации

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F64 (F64.0, F64.8, F64.9)**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **2024 г.**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общественная организация «Российское общество психиатров»**

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	11
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	13
2.1 Жалобы и анамнез	14
2.2 Физикальное обследование.....	19
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	20
2.4 Инструментальные диагностические исследования	21
2.5. Иные диагностические исследования.....	22
2.6 Дифференциальная диагностика.....	23
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	23
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	28
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	29
6. Организация медицинской помощи.....	29
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	30
Список литературы	31
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	44
Приложение А3. Справочные материалы	46
Приложение Б. Алгоритм действия врача.....	47
Приложение В. Информация для пациента.....	48
Приложение Г1-Г5. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.	49

Приложение Г1. Оценка суицидального риска и суицидального поведения	49
Приложение Г2. Методика «Маскулинность и Фемининность».....	58
Приложение Г3. Методика «Кодирование»	62
Приложение Г4. Методика «Цветовой тест отношений».....	65
Приложение Г5. Методика «Модифицированная Пиктограмма»	67

Список сокращений

ТС – транссексуализм

ГД – гендерная дисфория

РПИ- расстройства половой идентификации

МКБ – международная классификация болезней

КПТ– когнитивно-поведенческая терапия

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

Термины и определения

Расстройства половой идентификации – группа расстройств, характеризующаяся стойкой убежденностью пациента в своей принадлежности к другому полу, постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола и настойчивым желанием принадлежать к противоположному полу, быть принятым окружающими в качестве лица противоположного пола, несмотря на правильное с генетической точки зрения формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков.

Гендерное несоответствие – это диагностическая категория, приведённая в МКБ-11 вместо «Расстройств половой идентификации» в МКБ-10, которая характеризуется явным и устойчивым несоответствием между индивидуально ощущаемой гендерной принадлежностью и установленным при рождении полом.

Гендерная дисфория – дистресс, который человек испытывает из-за несовпадения между своей гендерной идентичностью и полом, приписанным при рождении

Трансгендерность – несовпадение гендерной идентичности или, в ряде случаев, гендерного выражения человека с полом, присвоенным при рождении. Некоторые трансгендерные люди идентифицируют себя с полом, противоположным зарегистрированному, другие имеют идентичности, выходящие за рамки бинарной гендерной системы.

Пол – биологическая характеристика, бинарная система (мужчина и женщина, искл. интерсексуальные состояния), которая различает женщин и мужчин на основании анатомических, физиологических и генетических признаков. Биологический пол имеет определённую и неизменную характеристику.

Гендер – психические, культурные и социальные характеристики, относящиеся к маскулинности и фемининности. Включает цисгендеров (мужчина, женщина) и трансгендеров (небинарная система с множеством вариантов).

Цисгендер – человек, чья гендерная идентичность совпадает с полом, установленным при рождении.

Бинарная гендерная система – это способ общественного устройства, при котором пол и гендер разделяются на две отдельные и противоположные друг другу категории: мужчин и женщин. Бинарная модель предполагает, что «пол», «гендер» по умолчанию всегда

находятся в соответствии. Например, если человеку при рождении приписан мужской пол, то от него ожидается маскулинная внешность, черты характера и поведение.

MTF трансгендер (англ: male-to-female) – биологически человек мужского пола, который идентифицирует себя с женским полом и хочет быть женщиной.

FTM трансгендер (англ: female-to-male) – биологически человек женского пола, который идентифицирует себя с мужским полом и хочет быть мужчиной.

Психофармакотерапия – это применение психотропных лекарственных средств в лечении психических расстройств.

Психотерапия – это система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее – на весь организм человека.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Расстройства половой идентификации – группа расстройств, характеризующаяся стойкой убежденностью пациента в своей принадлежности к другому полу, постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола и настойчивым желанием принадлежать к противоположному полу, быть принятым окружающими в качестве лица противоположного пола, несмотря на правильное с генетической точки зрения формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков [1]. Наиболее распространёнными вариантами РПИ у взрослых являются транссексуализм, другое расстройство половой идентификации, расстройство половой идентификации неуточненное.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология и патогенез данных расстройств до настоящего времени остаются невыясненными. В конце прошлого века были сформулированы психосоциальные теории, включающие сложные кумулятивные факторы, связанные с детско-родительскими отношениями, способствующие развитию гендерного несоответствия (транссексуализма) [2, 3]. Было высказано предположение, что отсутствие ограничений в отношении кросс-гендерного поведения ребёнка со стороны родителей, страх перед агрессивным поведением родителя, который одного пола с ребёнком, являются факторами, влияющими на становление гендерной идентичности [3, 4]. Имеются также представления, что транссексуализм связан с определёнными родительскими установками, такими как материнское желание иметь дочь, отсутствие отца, модели родительского подкрепления или симбиотические отношения между матерью и ребёнком (сыном) [5, 6]. Некоторые из этих теорий были проверены, но не получили эмпирического подтверждения.

В настоящее время появляется всё больше исследований, в которых указывается на возможные биологические маркеры нарушений гендерной идентичности, включающие эндокринные, нейробиологические и генетические факторы. Выдвигаются гипотезы о влиянии генов на возникновение гендерной дисфории, такие как: полиморфизм гена эстрогенного рецептора (ESR1) XbaI-rs9340799 связан с половой дисфорией у FtM. [7]; определённые комбинации аллелей и генотипов ER β , ER α и AR вовлечены в генетическую

основу транссексуализма [8, 9]; аллель A2 полиморфизма MspA1 CYP17 участвует в развитии транссексуализма [8, 10]; длинные повторы CAG гена андрогеновых рецепторов связаны с гендерным несоответствием у трансгендерных женщин [11, 12]; дефицит 5 α -редуктазы 2 (5 α -RD2) и 17 β -гидроксистероиддегидрогеназы 3 (17 β -HSD3) предрасполагают к развитию половой дисфории. [13]. Исследования, касающиеся наследственного фактора, предполагают генетический компонент: от 23% до 33% монозиготных пар близнецов конкордантны по гендерной дисфории [14].

Также отмечается, что гендерная дисфория чаще наблюдалась среди людей, подвергшихся атипичному пренатальному воздействию андрогенов в утробе матери, например, у женщин с врожденной гиперплазией надпочечников [15]. Перспективными могут быть исследования функциональных вариантов генов, кодирующих выработку половых гормонов, в частности, гена андрогенового рецептора у лиц с гендерным несоответствием и гендерной дисфорией [8, 10]. Однако исследования в этом направлении пока единичны и порой их результаты противоречивы.

Одной из главных задач нейровизуализационных исследований является выявление определённых областей в мозге, которые могут свидетельствовать о наличии особенностей его структуры у лиц с гендерным несоответствием. Так, по данным Флинта с соавт., структура мозга (в области путамена и островка) MtF отличается от структуры мозга мужчин, а также гендера (женского), с которым они себя идентифицируют [16]. В другой работе показано, что фенотипы определённых структур мозга, таких как ядро ложа терминальной полоски, у трансгендерных женщин и трансгендерных мужчин отличаются от цисгендерных мужчин и женщин частичной, но неполной инверсией половодиморфных структур [17].

Несмотря на растущий интерес к феномену транссексуализма, процесс возникновения гендерного несоответствия остаётся недостаточно изученным.

Исследования показали, что гендерная идентичность — это не просто психологический феномен. Хотя пренатальное и постнатальное воздействие гормонов играет важную роль в развитии гендерной идентичности, эти взаимосвязи не являются однозначными. Данные нейровизуализационных исследований подтверждают, что биологические факторы связаны с гендерной идентичностью, но их недостаточно для формирования теории развития гендерной идентичности. Формирование гендерной идентичности является многомерным процессом и, скорее всего, проистекает из сложного взаимодействия биологических, генетических, социальных и психологических факторов [18].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространённость РПИ точно неизвестна. Во-первых, это связано с тем, что во многих исследованиях учитываются только случаи обращаемости в медицинские учреждения, при этом остаётся неясным, сколько людей в общей популяции имеют сходные симптомы, но не обращаются за медицинской помощью. В случае проведения популяционных исследований сложно оценить, насколько полученные данные при этом соответствуют истинному распространению данного феномена, так как не все лица, имеющие половую дисфорию, несмотря на субъективную оценку состояния, в действительности соответствуют диагностическим критериям РПИ (гендерного несоответствия по МКБ-11).

По данным 2016 г., в мире насчитывается 25 миллионов «трансгендеров» (цифра рассчитана на население в 5,1 миллиарда человек в возрасте старше 15 лет), при этом распространённость половой дисфории среди биологических мужчин варьируется от 0,5% до 1,3% и от 0,4% до 1,2% среди женщин [19]. Отмечается, что людей, относящих себя к «трансгендерам», но при этом не выполняющих гендерно-аффирмативные вмешательства, гораздо больше, чем тех, кто имеет гендер, не совпадающий с биологическим полом, и проходит гормональную терапию и/или подвергается хирургическим вмешательствам [20]. По данным американских исследований, основанных на учёте зарегистрированных случаев обращений в медицинские учреждения, доля «трансгендерного» населения составляет 0,02-0,08% [21]. В иранском исследовании, проведённом с 2012 г. по 2017 г., распространённость гендерного несоответствия была определена как 1,46 на 100000 человек [22]. По данным переписи 2021 г. в Канаде (где впервые систематически собирали данные о поле, присвоенном при рождении, и гендерной идентичности, включая асексуальные и небинарные категории, с использованием проверенного в настоящее время двухэтапного метода), 100 815 из 30,5 миллионов канадцев идентифицировали себя как трансгендеры или небинарные люди, что составляло 0,33% населения в возрасте 15 лет и старше [23].

Если оценивать распространённость «трансгендерности» при помощи опросов населения, цифры получаются гораздо выше. По зарубежным данным, доля взрослых, которые относят себя к «трансгендерам», составляет 0,3-0,5%; для лиц моложе 19 лет этот показатель составляет 1,2-2,7% [21]. При этом распространённость «гендерной неконформности», что подразумевает под собой более широкие проявления гендерного позиционирования, среди взрослых составляет от 0,5% до 4,5%; среди детей и подростков - от 2,5% до 8,4% [21]. В последнее время отмечается изменение пропорций мужчин и женщин с гендерным несоответствием. Так, ранее доля мужчин, желающих сменить пол на

женский, была выше, чем доля женщин, желающих быть мужчинами. Сейчас соотношение по полу обратное [21, 22, 24]. Сходная тенденция наблюдается и при анализе обращаемости подростков с половой дисфорией в мировые гендерные клиники. По некоторым данным, биологические девушки обращались за медицинской помощью в 2,5–7,1 раза чаще, чем юноши [21].

Популяционных исследований для оценки распространённости гендерного несоответствия в России не проводилось. В настоящее время в нашей стране нет единого учёта данных по обращаемости пациентов с запросом на перемену пола в медицинские учреждения. В большинстве публикаций фигурируют абсолютные числа по обращаемости пациентов с нарушениями гендерной идентичности в конкретные клиники [25, 26, 27, 28], что не может свидетельствовать об общей ситуации в стране.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Кодирование по Международной классификации болезней (МКБ-10)

- F64.0 Транссексуализм.
- F64.8 Другие расстройства половой идентификации;
- F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное.

Данные диагностические категории относятся к блоку «Расстройства половой идентификации» (F64), который находится в подклассе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F60), входящим в класс V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99).

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация РПИ:

F64.0 Транссексуализм

- а) желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, обычно сочетающееся:
 - с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола;
 - желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать своё тело как можно более соответствующим избранному полу.
- б) для диагностики данного расстройства необходимо существование стойкой транссексуальной идентификации, по крайней мере, в течение двух лет, что не

должно быть симптомом другого психического, генетического или хромосомного заболевания.

F64.8 Другие расстройства половой идентификации

Эта категория должна использоваться в случаях, когда:

- транссексуальная идентификация у взрослого существует менее 2 лет;
- транссексуальная идентификация нестойкая, возникает периодически;
- наличие стойкой транссексуальной идентификации у пациентов с другими психическими расстройствами не является их проявлением.

F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное

- расстройство полоролевого поведения;
- отклонение от поведения, свойственного данному полу БДУ;
- расстройство половой роли БДУ

(этот диагноз может быть использован на этапе обследования, когда не выявлены четкие критерии, удовлетворяющие одну из диагностических категорий блока «Расстройства половой идентификации» (F64)).

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее подробно рассмотреть особенности клинической картины из представленных РПИ можно на примере транссексуализма.

Первые клинические проявления транссексуализма манифестируют в возрасте трёх-пяти лет. Развитие транссексуализма совпадает с процессом формирования личности и выражается в постепенной трансформации половых особенностей психики и поведения.

Первый этап приходится на дошкольный возраст – в этот период у пациентов на первый план выступают неосознанные отклонения полоролевого поведения, обусловленные трансформацией полового самосознания. Данные особенности поведения чаще всего проявляются в игровой деятельности и эмоциональной сфере. Дети называют себя именем противоположного пола, предпочитают игры, игрушки, одежду и друзей другого пола. Девочки больше привязаны к отцу и тяготеют к его занятиям, увлечениям, мальчики – эмоционально ближе к матери, разделяют её интересы. Часть детей уже в этом раннем возрасте сознательно себя относят к другому полу, не придавая значения различиям в половых органах девочек и мальчиков. Например, некоторые девочки считают себя мальчиками, убеждены, что у них, как у мальчиков, сформируется мужской половой орган.

Второй этап совпадает с началом обучения в школе и характеризуется чаще всего стёртой «транссексуальной» симптоматикой и малозаметными полоролевыми

отклонениями. Большинство таких ребят приспосабливается к школьным требованиям полоролевой дифференцировки, избегая наказаний, ведут себя в духе «нейтрального пола». Однако, несмотря на строгие условия микросоциальной среды, у большинства детей происходит дальнейшее усвоение альтернативных полоролевых качеств, навыков и их реализация в приемлемой обстановке: на улице, дома, в кругу сверстников, друзей.

Третий этап наступает в возрасте от 12 до 15 лет и имеет у большинства подростков общую клиническую картину. Наблюдается закрепление и проявление во внешнюю среду противоположной полоролевой активности, которая чаще всего выражается реакциями подросткового комплекса. Стиль поведения, внешний вид, одежду они стремятся максимально приблизить к желаемому полу. К этому времени в их облике уже прослеживаются черты другого пола. У юношей – ухоженные ногти на руках, выщипанные брови, удлинённая девичья причёска, плавные движения, походка, манеры. У девушек – короткая мальчишеская стрижка, отказ от косметики, угловатые, грубые движения, подчёркнуто мужской стиль одежды. Домашние занятия, обязанности, хобби, увлечения чётко отражают альтернативную половую идентификацию. Для девушек интересны спорт, техника, автодело, для юношей – шитьё, вязание, кулинарное, парикмахерское искусство, уход за детьми. В период полового созревания, на фоне развития первичных и вторичных половых признаков, возникает конфликт в самосознании подростков между собственным ощущением, самовосприятием и образом реального «физического Я». У пациентов это выражается актуализацией переживаний несоответствия своего телесного облика желаемому и сопровождается дисморфофобическими расстройствами. Нарастает негативное отношение к собственной половой атрибутике с чувством отвращения, ненависти к своим половым органам, ощущением их чуждости, инородности. Пациенты испытывают чувство стыда, душевный дискомфорт, появляются мысли о своей ущербности, неполноценности, снижается настроение, активность. Предпринимаются активные попытки маскировки, а в ряде случаев – устранения нежелательных половых признаков. С этой целью применяются усиленные физические нагрузки, гормональные препараты, механическое воздействия (в отдельных случаях – самокастрация).

Вышеописанный симптомокомплекс не является истинным дисморфофобическим синдромом, формирующимся в рамках эндогенных психозов. Его генез связан с аномалией полового самосознания. С этих позиций данное расстройство можно квалифицировать как синдром атипичной дисморфофобии в рамках особого развития личности.

На **четвёртом этапе** происходит окончательное оформление психосексуальной ориентации (14-18 лет). Половое влечение у пациентов с транссексуализмом направлено на лиц своего пола (формально гомосексуальное). Форма и степень его реализации зависит от

уровня полового развития и от личных качеств пациентов. Диапазон половой активности довольно широк. Негенитальные формы включают повышенное внимание, заботу, опеку, дружбу, ухаживание, половые связи с партнёрами, при которых пациенты часто не обнажаются. Эти связи со временем могут переходить в стабильные интимные отношения по типу гражданского брака с воспитанием детей партнёра и ведением общего домашнего хозяйства, созданием общего бюджета и так далее. У таких лиц отсутствует гетеросексуальное половое влечение. С целью познания, испытания себя некоторые из них осознанно вступают в половой контакт с представителями другого пола, но при этом испытывают отвращение, брезгливость и отказываются навсегда от подобных связей. В этот период пациент из различных источников получает информацию о возможности перемены пола. Желание половой трансформации из детской, инфантильной мечты в пубертатный период превращается в твёрдую, неизменную установку.

К окончанию полового развития, после 18-20 лет, **пятый этап** завершается стабилизацией противоположной социальной и сексуальной роли. Лица с транссексуализмом пытаются жить в обществе как представители другого пола. Это отражает их внешний вид, стиль поведения, манеры, привычки, профессиональная ориентация, интересы, увлечения. Как женщины, так и мужчины-транссексуалы мало отличимы от лица другого пола. Зачастую им приходится скрывать своё настоящее имя, используя подложные документы, чтобы устроиться на работу, учёбу, решить другие социально-бытовые проблемы. Эти люди могут ощущать на себе социальную дискриминацию из-за неправильного поведения в обществе, бояться осуждения и презрения со стороны окружающих, коллег по работе, новых знакомых, друзей. Под влиянием перечисленных выше факторов углубляется внутриличностный конфликт половой идентичности, формируется синдром отвержения пола. На передний план выходит доминирующая идея перемены своего физического пола на противоположный с изменением своего имени, половой роли, стремлением путём хирургического вмешательства избавиться от своих половых признаков и приобрести новые [29].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии МКБ-10):

транссексуализм

- стабильное и неизменное чувство принадлежности к противоположному полу, дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу;
- постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных и вторичных половых признаков и приобрести противоположные путём хирургического и гормонального лечения;
- существование стойкой транссексуальной идентификации по крайней мере в течение двух лет;
- вышеперечисленные критерии не должны быть проявлением другого психического заболевания (отсутствие симптомов другого психического заболевания или интерсексуальных, генетических, хромосомных аномалий);
- достижение 18-летнего возраста (завершение психосексуального развития).

Другие расстройства половой идентификации

- транссексуальная идентификация у взрослого существует менее 2 лет;
- транссексуальная идентификация нестойкая, возникает периодически;
- наличие стойкой транссексуальной идентификации у пациентов с другими психическими расстройствами не является их проявлением.

Расстройство половой идентификации, неуточненное

- расстройство полоролевого поведения;
- отклонение от поведения, свойственного данному полу БДУ;
- расстройство половой роли БДУ

(этот диагноз может быть использован на этапе обследования, когда не выявлены четкие критерии, удовлетворяющие одну из диагностических категорий блока «Расстройства половой идентификации» (F64)).

Алгоритм диагностики и ведения пациента с РПИ представлен в Приложении Б, блок-схема 1.

2.1 Жалобы и анамнез

- **Всем пациентам с подозрением на РПИ с целью постановки или подтверждения диагноза рекомендована консультация врача-психиатра и/или врача-сексолога с выполнением клинико-психопатологического, сексологического обследования.**

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Пациенты при обращении предъявляют жалобы на несоответствие половой идентификации (гендерной идентичности) биологическому полу, половую (гендерную) дисфорию и в связи с этим трудности психосоциальной адаптации.

Основными специалистами и координаторами различных специалистов в диагностике расстройств половой идентификации является врач-сексолог или врач-психиатр.

Задачами этих специалистов на этапе обследования пациентов с нарушением гендерной идентичности являются:

- проведение дифференциальной диагностики транссексуализма с другими психическими расстройствами, в рамках которых наблюдаются симптомы гендерной дисфории;
- выявление психических расстройств, коморбидных нарушениям гендерной идентичности и их коррекция;
- выявление непосредственной связи нарушения социальной и личностной адаптации с полоролевым конфликтом;
- составление плана обследования с привлечением специалистов смежных специальностей и лечения.

История болезни должна отражать: 1) этапы психосексуального развития; 2) особенности психосоциальной среды на каждом этапе и её влияние на последующие; 3) объективный анамнез и данные психологических и медицинских обследований в прошлом.

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения исследования, включает: медицинские документы, содержащие копии предыдущих обследований пациента; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; справки, выписки из медицинских карт, медицинские заключения.

СЕКСОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Объективный анамнез включает:

- данные о наследственности, в том числе о случаях девиантного или аномального сексуального поведения и других сексуальных расстройствах среди родственников пациента;
- данные о беременностях и родах у матери;
- характеристику родительской семьи;
- данные о раннем развитии, болезнях этого периода, особенности ролевых игр, сексуальные злоупотребления в детстве, сексуальные игры и манипуляции;

- данные о взаимоотношениях с окружающими, особенно в аспекте межполювного взаимодействия в различные возрастные периоды;
- семейно-брачный анамнез;
- максимально возможно подробное описание сексуального поведения и его динамики на протяжении жизни.

Субъективный анамнез включает:

- описание особенностей психосексуального развития, в том числе становления либидо на всех этапах;
- описание особенностей соматосексуального развития;
- описание динамики феноменологии и поведенческих проявлений расстройства половой идентичности в динамике.

Описание психического статуса при сексологическом исследовании должно содержать:

- характеристику особенностей невербального и вербального поведения в аспекте межполовых различий;
- характеристику культуральных и индивидуальных особенностей сексуальной сферы пациента;
- отражение отношения к беседе на сексуальные темы, степень открытости; отношение к имеющемуся расстройству половой идентичности;
- описание феноменологии расстройства половой идентичности или признаков установочного поведения.

Описание соматического статуса при сексологическом обследовании должно включать:

- описание типа телосложения, отложения жира, оволосения в аспекте межполовых различий;
- выявленные регионарные морфодисплазии, имеющие значение для диагностики нарушений сексуального развития;
- состояния наружных половых органов, а также внутренних половых органов, осмотр которых имеет значение для диагностики сексуальных расстройств (предстательная железа, строение влагалища);
- оценку половой конституции (интегральная оценка половой конституции опирается на функциональные, сексологические и объективные антропометрические показатели).

Сексологическое исследование завершается: 1) оценкой своевременности и завершенности каждого этапа психосексуального развития, оценкой соматосексуального

развития с последующим использованием методик для выявления выраженности расстройств половой идентичности; 2) синдромологической и нозологической квалификацией выявленных расстройств половой идентичности.

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Объективный анамнез (собирается в процессе обследования больного со слов его родных) включает:

- данные о наследственной отягощённости психическими заболеваниями;
- данные о личности пациента, особенностях его развития, семейном и социальном статусе, перенесённых экзогенных вредностях, особенностях реагирования на различные житейские ситуации, психических травмах;
- данные об особенностях психического состояния и поведения пациентов в различные периоды в соответствии с этапами психосексуального развития:
 - на этапе формирования полового самосознания (до 6-7 лет);
 - на этапе становления полоролевого поведения (с 7 до 12 лет);
 - на этапе становления психосексуальных ориентаций (с 12 до 15 лет).

Субъективный анамнез (собирается в процессе обследования со слов самого пациента) включает:

- историю настоящих жалоб: когда и как появились текущие симптомы и описание их связи с психологическими и социальными проблемами;
- семейный анамнез – сведения о родителях (состояние здоровья, род занятий, характер отношений с больным) и родных братьях и сёстрах (имена, возраст, семейное положение, род занятий, характеристика личности, наличие психических заболеваний, характер взаимоотношений с больным), социальное положение семьи; домашние условия;
- анамнез жизни:
 - развитие в раннем возрасте: патология во время беременности и родов; трудности при усвоении полезных навыков и задержки в развитии (умение ходить, овладение речью, контроль естественных отпращиваний и т. д.); разлука с родителями и реакция на неё;
 - состояние здоровья в детском возрасте;
 - нервно-психические проблемы в детском возрасте: страхи, вспышки раздражения, застенчивость, тики, заикание, нарушения пищевого поведения, снохождение, ночное недержание мочи, частые ночные кошмары и пр.;
 - школа: возраст, в котором поступил и закончил школу, успехи в учёбе, интересы; спортивные и другие достижения; отношения с учителями и соучениками; дальнейшее образование.

- *служба в армии: продвижение по службе и награды; проблемы с дисциплиной;*
 - *трудовая деятельность: перечень мест работы (в хронологическом порядке) с указанием причин их перемены; материальное положение, удовлетворенность работой в настоящее время;*
 - *данные о менструальном цикле: возраст наступления месячных, отношение к ним, их регулярность и количество выделений, дисменорея, предменструальный синдром, возраст наступления менопаузы и наличие каких-либо симптомов в это время, дата последней менструации.*
- *анамнез супружеской жизни: возраст при вступлении в брак; продолжительность знакомства с будущим супругом (супругой) до вступления в брак. Данные о супруге: возраст в настоящее время, род занятий, состояние здоровья, особенности личности. Характеристика супружеских отношений в настоящем браке;*
 - *анамнез половой жизни: отношение к сексу; гетеросексуальный и гомосексуальный опыт; сексуальная практика в настоящее время, использование контрацептивов;*
 - *дети: имена, пол и возраст. Аборты или мертворождения. Психическое и физическое здоровье детей;*
 - *социальное положение в настоящее время: жилищные условия, состав семьи, финансовые проблемы;*
 - *перенесённые заболевания: болезни, операции и травмы;*
 - *при наличии предшествующего психического заболевания – природа заболевания и его длительность, продолжительность и характер лечения, его результат.*
 - *особенности личности до настоящего заболевания.*

Изучение психического состояния пациента происходит в процессе наблюдения, расспроса и сбора анамнеза и в результате наблюдения за ним во время пребывания его в стационаре.

Во время беседы с пациентом выявляются:

- *состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;*
- *особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;*
- *отношение к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам;*
- *психические расстройства, имеющиеся на момент обследования.*

Клиническое психиатрическое обследование должно быть дополнено ознакомлением врача с письмами испытуемых, их дневниками и самоописаниями болезненных расстройств, различными видами их творческой деятельности, а также сведениями,

полученными из дневниковых записей наблюдения за пациентом среднего медицинского персонала (в случае стационарного обследования).

Клиническое обследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики [30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41].

Заключение врача-психиатра должно содержать:

I. Описательную часть:

- описание феноменологии и поведенческих признаков диагностируемого коморбидного психического расстройства;
- результаты неврологического и соматического обследования;

II. Заключительную часть:

- синдромологическую и нозологическую квалификацию выявленного коморбидного психического расстройства;
- указание стадии (этапа) коморбидного психического расстройства на момент осмотра (компенсация/декомпенсация, обострение/ремиссия);
- рекомендации:
 - относительно психофармакологического лечения;
 - о проведении консультации психотерапевта;
 - о применении дополнительных методов обследования, исходя из конкретного случая, включая консультации специалистов.

2.2 Физикальное обследование

Подробное физикальное обследование пациентов с РПИ осуществляется с целью оценки соматического здоровья.

- **Всем пациентам с РПИ физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, инъекций, оценки соматического статуса [42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- **У всех пациентов с РПИ рекомендуется определять тип телосложения, отложения жира, оволосения в аспекте межполовых различий для выявления**

регионарных морфодисплазий, имеющих значение для диагностики нарушений сексуального развития [51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Всем пациентам с РПИ рекомендуется обследовать состояние наружных половых органов, а также тех внутренних половых органов, осмотр которых имеет значение для диагностики сексуальных расстройств (предстательная железа, строение влагалища) [21, 52, 53, 54, 55].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На текущий момент не существует специфических лабораторных методов для диагностики РПИ. Основная цель лабораторных обследований – оценка соматического здоровья и исключение интерсексуальных состояний.

- Всем пациентам с РПИ рекомендуется провести цитогенетическое исследование (кариотип) для исключения хромосомных нарушений [13, 21, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Всем пациентам с РПИ рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий для исключения соматической патологии [62].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Первичным пациентам с РПИ для оценки функции щитовидной железы рекомендуется провести исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина

сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови [51, 63, 64, 65, 66].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.*

- **Всем пациентам с РПИ для оценки уровня половых гормонов рекомендуется провести исследование уровня общего и свободного тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, эстрадиола [62, 67, 68].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *Основная цель лабораторных обследований – исключение интерсексуальных состояний.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

На текущий момент не существует каких-либо инструментальных методов диагностики РПИ.

- **Тем пациентам с РПИ, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надёжности исключить наличие сердечно сосудистой патологии, рекомендуется проведение электрокардиографии (ЭКГ) с физической нагрузкой с целью исключения наличия данной патологии [44, 45, 46, 69].**

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 3).

- **Тем пациентам с РПИ, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов выявлены признаки органического поражения головного мозга, рекомендуется проведение электроэнцефалографии головного мозга с целью исключения наличия данной патологии [62, 70].**

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4).

2.5. Иные диагностические исследования

- **Всем пациентам с РПИ рекомендуется направленное клинико-анамнестическое обследование с использованием Колумбийской шкалы суицидальной активности с целью предотвращения суицида (Приложение Г1).**

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: *Лица с ТС подвержены большому риску суицида [71, 72, 73, 74].*

- **Всем пациентам, обращающимся с идеями смены пола, рекомендуется консультация медицинского психолога и проведение патопсихологического и экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования с целью выявления особенностей и/или нарушений полового самосознания, включающего в себя следующие методики [41, 62, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99]:**

1. МиФ – Маскулинность и Фемининность (модифицированная версия методики S. Bem Sex-Role Inventory (1974) Т.Л. Бессоновой (1994) и Н.В. Дворянчикова (1998), Приложение Г2);
2. Кодирование (модифицированный вариант техники «Ассоциативный перечень» З. Старовича (1991) А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенским, Н.В. Дворянчиковым (2001), Приложение Г3);
3. ЦТО – Цветовой тест отношений (методика основана на идее цветоассоциативного эксперимента, разработанного А.М. Эткингом (1985, 1987), и модифицирована Н.В. Дворянчиковым (2001), Приложение Г4);
4. Рисуночные методики – психорисунок (L. Gapiк, 1978; В. Hornowski; 1982; К. Obuchowski; 1974; Z. Starowicz, 1985);
5. Модифицированная методика «Пиктограмма» (Н.В. Дворянчиков, Е.В. Малькова, 2003, Приложение Г5).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: *Используются экспериментально-психологические методики-тесты, с помощью которых возможно выявление и оценка имеющихся особенностей полового самосознания и нарушений в психосексуальной сфере. Помимо этого,*

исследование направленно на изучение психической деятельности личности, даёт возможность выявить внутреннюю структуру познавательных и эмоционально-волевых процессов, сохранные стороны личности и установить индивидуальные особенности (особенности характера, личностные качества). Результаты экспериментально-психологического исследования не могут предопределять то или иное диагностическое заключение и должны оцениваться в совокупности с клиническими данными.

Психологические признаки РПИ:

Женщинам с РПИ характерно:	Мужчинам с РПИ характерно:
<ul style="list-style-type: none"> – маскулинный тип полоролевой идентичности; – позитивное самоотношение; – эмоциональная идентификация с образом мужчины; – маскулинный тип полоролевых предпочтений; – высокая степень интериоризации как на логическом, смысловом так и на эмоциональном уровне мужской половой роли; – противопоставление на эмоциональном уровне образа женщины и образа «Я»; – образ «Я» соотносится с образом «Я-идеал»; – когнитивная дифференцированность представлений о половых ролях (с тенденцией разграничения образов мужчины и женщины в виде чрезмерной феминизации образа женщины и маскулинизации образа мужчины); – маскулинность поведения в ситуации – взаимодействия с мужчинами, андрогинность – с женщинами; – преимущественно позитивное эмоциональное отношение к образам мужчины и женщины; – фемининный тип образа сексуального партнера (гомосексуальные тенденции (образ женщины входит в структуру сексуальных предпочтений как на когнитивном, так и на эмоциональном уровне)); – бесконфликтность сексуальных предпочтений (положительное эмоциональное отношение к сексу); – отсутствие нарушений мышления; – сотрудничество при проведении обследования. 	<ul style="list-style-type: none"> – фемининный тип идентичности с возможным наличием андрогинных черт (на логическом уровне); – позитивное самоотношение; – амбивалентная оценка образа Я-идеальное на эмоциональном уровне; – образ «Я» соотносится с идеалом; – фемининный тип полоролевых предпочтений; – дифференцированность представлений о половых ролях (с тенденцией разграничения образов мужчины и женщины в виде чрезмерной феминизации образа женщины и маскулинизации образа мужчины); – отсутствие определенного типа эмоционального отношения к образу мужчины; – позитивная оценка образа женщины; – фемининность паттернов полоролевого поведения; – недифференцированность сферы сексуальных предпочтений на когнитивном уровне и одновременно предпочтение женщины в качестве сексуального партнёра на эмоциональном уровне; – отсутствие нарушений мыслительной деятельности; – сотрудничество при проведении обследования.

2.6 Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику рекомендуется проводить с

- шизотипическим расстройством [27, 41, 51, 78, 84, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111];
- расстройствами зрелой личности [27, 112, 113, 114];
- трансвестизмом двойной роли [1, 115, 116];
- эгодистонической формой гомосексуальной ориентации (с полоролевой инверсией) [117, 128].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023).

Статья 45¹. Запрет смены пола человека

1. Запрещается осуществление медицинских вмешательств, включая применение лекарственных препаратов, направленных на смену пола, в том числе формирование у человека первичных и (или) вторичных половых признаков другого пола.

2. К смене пола не относятся медицинские вмешательства, связанные с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей в случае, если такие медицинские вмешательства допускаются по решению врачебной комиссии медицинской организации, подведомственной уполномоченному федеральному органу исполнительной власти. По результатам таких медицинских вмешательств указанная врачебная комиссия выдаёт медицинское заключение о соответствии половых признаков признакам определённого пола, необходимое для внесения изменения в запись актов гражданского состояния. Перечень медицинских организаций, подведомственных уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, форма и порядок выдачи таких решений и медицинских заключений утверждаются Правительством Российской Федерации.

Как следует из закона, лицам с врождёнными аномалиями (пороками развития), генетическими и эндокринными заболеваниями, связанными с нарушением формирования половых органов у детей, в случае, если такие медицинские вмешательства допускаются по решению врачебной комиссии медицинской организации, подведомственной уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, **не запрещается** осуществление медицинских вмешательств, включая применение лекарственных препаратов, направленных на формирование у них первичных и вторичных половых признаков.

В соответствии с пунктом 2, статья 5: Положения статья 70 Федерального закона от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (в редакции настоящего Федерального закона), статьи 45¹ Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 28 апреля 2023 года № 138-ФЗ «О гражданстве Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) **не распространяются** на лиц, в отношении которых до дня вступления в силу настоящего Федерального закона

осуществлены хирургические вмешательства, направленные на изменение половых признаков человека и подтвержденные медицинским заключением врачебной комиссии медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, о соответствии половых признаков признакам определенного пола, выданным в соответствии с частью 2, статьи 45¹ Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Как следует из закона, лицам у которых до 24.07.2023 осуществлены хирургические вмешательства, направленные на изменение половых признаков человека и подтверждённые медицинским заключением, указанным в ч. 2 ст. 45.1 (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023)), не запрещается заместительная гормональная терапия.

Основными целями гормональной терапии являются:

- профилактика развития посткастрационного синдрома;
- развитие и поддержание вторичных половых признаков выбранного (противоположного) пола;
- профилактика остеопороза;
- поддержание сексуальной функции;
- нормализация функции гипофиза.

Этиопатогенетического лечения РПИ не существует. Поскольку психофармакотерапия при РПИ всегда носит симптоматический характер и направлена на смягчение или ликвидацию невротических и аффективных нарушений, которые не имеют какой-либо специфики, лечение обычно определяется клиническими рекомендациями для больных с тревожными и депрессивными расстройствами за исключением случаев, когда идеи принадлежности к противоположному полу и смены пола (в виде бреда, бредоподобных состояний и сверхценных идей) являются проявлением расстройств шизофренического спектра, где психофармакотерапия является основным методом лечения [30, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 77, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107].

Основным методом лечения для лиц с РПИ является психотерапия [119, 120, 121, 122, 123].

3.1 Психотерапия

Психотерапевтическая поддержка пациентов с нарушением гендерной идентичности должна проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи. В процессе психотерапии необходимо учитывать то, что у пациентов с ГД могут возникать трудности, для которых их гендерная идентичность не имеет решающего значения. Специалистам следует избегать чрезмерного акцента на гендерной идентичности и гендерном самовыражении, когда это не имеет прямого отношения к потребностям и проблемам пациентов с гендерной дисфорией [124]. Тем не менее, даже если гендерная идентичность пациента не является основным направлением лечения, её влияние на курс терапии не следует недооценивать или упускать из виду. Планирование психотерапевтического процесса должно осуществляться в сотрудничестве с пациентом, что позволяет пациентам определить для себя, насколько важна их гендерная идентичность для целей лечения.

Во многих отношениях методы психотерапии для пациентов с ГД не отличаются от лечения, используемого для трансгендерных пациентов. Лица, идентифицирующие себя как «трансгендеры», как и другие пациенты, чаще всего обращаются к психотерапевту, нуждаясь в обсуждении и помощи в понимании межличностных отношений, а также в том, как справляться со стрессами, связанными с работой, семьей и социальными обстоятельствами. Пациенту важно оказать поддерживающую психотерапевтическую помощь при трудностях адаптации. Психотерапия считается завершённой, когда по её результатам достигаются цели, сформулированные пациентом совместно с психотерапевтом, перед началом лечения [21, 51, 62, 124, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 137].

Цели психотерапии для лиц с РПИ [62, 123]:

- достижение реалистичности представлений о своём состоянии и выработка адаптационной модели поведения;
- дезактуализация полоролевого конфликта, включая, в том числе попытку примирения с врождённым полом;
- коррекция нарушений психосексуального развития;
- социальная адаптация пациентов, в том числе, расширение области выбора поведения;
- повышение качества жизни.

Цели поддерживающей психотерапии для лиц, в отношении которых до 24.07.2023 осуществлены хирургические вмешательства, направленные на изменение половых признаков человека и подтвержденные медицинским заключением:

- психосоциальная адаптация в приобретённом поле (психологический, семейный, социальный, сексуальный и пр. аспекты) [21, 62].

- **Всем пациентам с РПИ на первом этапе психотерапии рекомендуется проводить мотивационное интервью с целью формирования побуждения к лечению на основе разъяснения задач и перспективы в разрешении имеющегося внутреннего конфликта и оптимального выбора мишеней психотерапии [139, 140].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: мотивационное интервью используется, для преодоления ригидной установки на перемену пола (за исключением лиц, в отношении которых до 24.07.2023 осуществлены хирургические вмешательства, направленные на изменение половых признаков человека и подтвержденные медицинским заключением), реалистической оценки возможностей и ограничений терапии, формирования первичного плана психотерапевтической коррекции.

- **Всем пациентам с РПИ в качестве основной терапевтической стратегии для устранения личностной, социальной и сексуальной дезадаптации рекомендована психотерапия (когнитивно-поведенческая, семейная, групповая) [21, 51, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий: Психотерапевтическая работа с пациентами с половой дисфорией и запросом на смену пола решает широкий спектр задач, включает в себя мультимодальный, интегративный подход, объединяющий приёмы и техники различных психотерапевтических направлений [21, 27, 141, 142, 146-150].

Когнитивно-поведенческая психотерапия используется с целью снижения имеющейся тревоги, депрессивной симптоматики, стресса, эмоционального напряжения, изменения иррациональных установок для снижения самостигматизации и уровня сензитивности к мнению окружающих, овладения навыками адаптивного мышления, поведения и эффективного совладания со стрессом. АСТ терапия (терапии принятия и

ответственности) — это один из психотерапевтических подходов, основанный на модели когнитивно-поведенческой терапии, направленный на развитие у лиц с РПИ психологической гибкости – способности справляться с трудностями и переживаниями, связанными с полоролевым конфликтом. КППТ (включая секс –терапию) направлена на прохождение этапов психосексуального развития (приобретение навыков полоролевого поведения в соответствии со своим биологическим полом, прохождение стадий формирования либидо-романтической, эротической, сексуальной) в контексте гетеросексуального взаимодействия.

Семейная психотерапия направлена на повышение функциональных возможностей семьи для эффективного преодоления различных проблем, связанных с РПИ у пациента, и акцент делается на нивелировании или смягчении напряжённости в семье. Повышение роли и ответственности членов семьи в терапевтическом процессе.

Групповая терапия (с элементами психодрамы, телесно-ориентированной психотерапии) улучшает коммуникативный навык, расширяет круг общения, интересов, происходит коррекция самооценки, повышается уровень уверенности, стабилизируется настроение, снижается уровень тревоги и негативного отношения к своему телу и т.д. [27, 143, 144, 145].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- **Всем пациентам с РПИ с целью формирования навыков эмоциональной регуляции, социальных навыков и социализации в обществе, дезактуализации полоролевого конфликта, улучшения качества жизни рекомендуется поддерживающая психотерапия, в том числе в психотерапевтических группах [135, 136].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика расстройств половой идентификации ограничена недостаточной изученностью этиопатогенеза данных нарушений. Специфической профилактики РПИ не существует.

Первичная профилактика наименее специфична и предполагает решение медико-социальных проблем по предупреждению неблагоприятных экзогенных воздействий в период первого триместра беременности (психотравмы, лекарственные воздействия), которые могут приводить к нарушению половой дифференцировки мозга.

Цель вторичной профилактики состоит в предупреждении развития вариантов расстройств половой идентификации, в этом плане необходима работа по раннему выявлению таких нарушений и их коррекции.

Третичная профилактика, предполагающая в конечном итоге предупреждение декомпенсации, требует правильной организации медико-социальной работы с такими больными.

- **Всем пациентам с РПИ рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание и улучшение социального функционирования в целях повышения адаптационных возможностей [27, 62].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Всем пациентам с РПИ рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-сексологом и врачом-психиатром с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения [62, 75].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

6. Организация медицинской помощи

Медицинская помощь лицам с РПИ включает динамическое наблюдение у врача-сексолога или врача-психиатра, всестороннее психиатрическое, сексологическое, психологическое, соматическое, инструментальное обследование, дифференциальную

диагностику со сходной патологией, установление и подтверждение диагноза РПИ, необходимые психокоррекционные мероприятия.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторы, влияющие на исход заболевания или состояния:

- наличие другой психической патологии;
- сложности в получении объективных анамнестических данных в связи с искажением их со стороны пациента и их ближайших родственников, а также невозможность привлечения родственников;
- отсутствие объективных (биологических) методов диагностики;
- поздний возраст первичного обращения к специалистам с запросом на смену пола.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи лицам с транссексуализмом (код по МКБ-10 F64.0)

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Выполнен приём (осмотр) врача-сексолога и/или врача-психиатра с выполнением сексологического, клинико-психопатологического обследования.	Да/Нет
2	Выполнено физикальное обследование.	Да/Нет
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи общий, анализ на гормоны щитовидной железы, анализ половых гормонов, а также электрокардиографии и электроэнцефалографии.	Да/Нет
4	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип).	Да/Нет
5	Проведена психотерапия.	Да/Нет
6	Проведена оценка эффективности лечения.	Да/Нет

Критерии оценки качества первичной медицинской помощи лицам с транссексуализмом (код по МКБ-10 F64.0)

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
---	--------------------------	----------------------------

1	Выполнен приём (осмотр) врача-психиатра и/или врача-сексолога с выполнением клинико-психопатологического, сексологического обследования.	Да/Нет
2	Выполнен приём клинического психолога с выполнением патопсихологического-экспериментального-психологического (психодиагностического) исследования психосексуальной сферы.	Да/Нет
3	Выполнены консультации смежных специалистов (эндокринолога, уролога, гинеколога, невролога).	Да/Нет
4	Проведена психотерапия.	Да/Нет
5	Проведена оценка эффективности лечения.	Да/Нет

Список литературы

1. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские и диагностические критерии / ВОЗ. – Женева; СПб., - 1995.
2. Coates S. Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *J Am Acad Psychoanal.* 1990;18(3):414–38.
3. Zucker KJ, Bradley S. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford; 1995
4. Zucker KJ, et al. Physical attractiveness of boys with gender identity disorder. *Arch Sex Behav.* 1993; 22(1):23–36.
5. Green R. Sexual identity conflict in children and adults. New York: Basic Books; 1974.
6. Stoller RJ. Sex and gender. New York: Science House; 1968.
7. Cortés-Cortés J, et al. Genotypes and Haplotypes of the Estrogen Receptor α Gene (ESR1) Are Associated With Female-to-Male Gender Dysphoria. *J Sex Med.* 2017 Mar;14(3)
8. Fernandez R., Guillamon A., Cortes-Cortes J. et al. Molecular basis of Gender Dysphoria: androgen and estrogen receptor interaction // *Psychoneuroendocrinology.* 2018. Vol. 98. P. 161–167
9. Foreman, M., et al. (2019) Genetic Link between Gender Dysphoria and Sex Hormone Signaling. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*
10. Bentz EK, et al. A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertil Steril.* 2008 Jul; 90(1).
11. D'Andrea S., Pallotti F., Senofonte G. et al. Polymorphic Cytosine- Adenine-Guanine Repeat Length of Androgen Receptor Gene and Gender Incongruence in Trans Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies // *J. Sex Med.* 2020. Vol.17. N 3. P. 543–550
12. Соловьева Н.В. и др. Социально-демографический портрет транссексуальных пациентов в России // *МС.* 2019. №6
13. Furtado PS, Moraes F, Lago R, Barros LO, Toralles MB, Barroso U Jr. Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nat Rev Urol.* 2012 Nov;9(11):620-7. doi: 10.1038/nrurol.2012.182. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23045263.)
14. Heylens G, De Cuypere G, Zucker KJ, Schelfaut C, Elaut E, Vanden Bossche H, De Baere E, and T'Sjoen G. Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature. *J Sex Med* 2012;9:751–757
15. Fisher AD, Ristori J, Fanni E, Castellini G, Forti G, Maggi M. Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: a major of

- dilemma. *J Endocrinol Invest.* 2016 Nov; 39(11):1207-1224. doi: 10.1007/s40618-016-0482-0. Epub 2016 Jun 10. PMID: 27287420
16. Flint C., Förster K., Koser S.A. et al. Biological sex classification with structural MRI data shows increased misclassification in transgender women // *Neuropsychopharmacology.* 2020. Vol. 45. N 10. P. 1758–1765.
17. Kreukels BP, Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):120-8. doi: 10.3109/09540261.2015.1113163. Epub 2016 Jan 14. PMID: 26766406
18. Hamidi, O., Nippoldt, T.B. (2019). Biology of Gender Identity and Gender Incongruence. In: Poretsky, L., Hembree, W. (eds) *Transgender Medicine. Contemporary Endocrinology.* Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_3
19. Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet.* 2016; 388(10042):390-400. doi:10.1016/s0140-6736(16)00683-8
20. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *J Sex Med.* 2016; 13(4):613-626. doi:10.1016/j.jsxm.2016.02.001
21. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. E Coleman, AE Radix, WP Bouman, et al. *Int J Transgend Health.* 2022 Sep 6; 23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644. eCollection 2022
22. Talaei A, Hedjazi A, Moosavi NB et al. The Epidemiology of Gender Dysphoria in Iran: The First Nationwide Study. *Arch Sex Behav.* 2022 May; 51(4):1881-1889. doi: 10.1007/s10508-021-02250-y. Epub 2022 May 5
23. Statistics Canada. (2022). Census of population Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
24. Ferreira MJ, Castedo JL, Mota M, Davide Carvalho. Characterization of a transgender population in Portugal. *Ann Endocrinol (Paris).* 2022 Feb;83(1):35-39. doi: 10.1016/j.ando.2021.11.004. Epub 2021 Dec 3
25. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Клинико-феноменологические особенности формирования идей смены пола при расстройствах шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021;121(3):18–23. eLIBRARY ID: 45281752
26. 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;
27. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория: (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания пола»). М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 393 с.
28. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования. *Психиатрия.* 2020;18(3):32-41. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41>
29. Василенко Л.М., Белкин А.И., Горобец Л.Н. Нарушение половой идентификации (клинико-диагностический аспект). Пособие для врачей. – М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, 2002. – 22.

30. Annals of Epidemiology Volume 39, November 2019, Pages 1-7.e1 Psychiatric disorders in the U.S. transgender population Bishoy Hanna MDa Rupak Desai MBBSb TarangParekhMBBS, MSc Erenie Guirguis Pharm D, BCPSd Gautam Kumar MDbe RajeshSachdeva MDabef <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.09.009>Get rights and content)
31. Soldati L, Hasler R, Recordon N, Clement M, Köhl J, Perroud N. Gender Dysphoria and Dissociative Identity Disorder: A Case Report and Review of Literature. *Sex Med.* 2022 Oct;10(5):100553. doi: 10.1016/j.esxm.2022.100553. Epub 2022 Aug 20. PMID: 35998393; PMCID: PMC9537239.
32. Jakubowski T. Transsexualism or psychotic disorder? A case study. *Psychiatr Pol.* 2021 Feb 28; 55(1):71-83. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/112442. Epub 2021 Feb 28. PMID: 34021547.
33. Chao KY, Chou CC, Chen CI, Lee SR, Cheng W. Prevalence and Comorbidity of Gender Dysphoria in Taiwan, 2010-2019. *Arch Sex Behav.* 2023 Apr; 52(3):1009-1017. doi: 10.1007/s10508-022-02500-7. Epub 2023 Jan 24. PMID: 36692628; PMCID: PMC10102133.
34. Heylens G, Aspeslagh L, Dierickx J, Baetens K, Van Hoorde B, De Cuypere G, Elaut E. The Co-occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder in Adults: An Analysis of Cross-Sectional and Clinical Chart Data. *J Autism Dev Disord.* 2018 Jun; 48(6):2217-2223. doi: 10.1007/s10803-018-3480-6. PMID: 29427119.
35. Tagliotti P. A propósito de un caso de disforia de género [About a case of gender dysphoria]. *Vertex.* 2018 Nov;XXIX(142):263-266. Spanish. PMID: 30785968.
36. WO Bockting, MH Miner, RE Swinburne Romine, A Hamilton, E Coleman Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*, 103 (2013), pp. 943-951
37. S Bhattacharya, D Ghosh. Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India ,*Soc Sci Med*, 265 (2020), Article 113412
38. N Millet, J Longworth, J Arcelus. Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: a systematic review of the literature. *Int J Transgenderism*, 18 (2017), pp. 27-38
39. TT Ojanen, PA Newman, R Ratanashevorn, JW de Lind van Wijngaarden, S Tepjan. Whose paradise? An intersectional perspective on mental health and gender/sexual diversity in Thailand. NNCH Logie (Ed.), *LGBTQ mental health: international perspectives and experiences*, American Psychological Association, Washington, DC (2020)
40. Lin Y, Xie H, Huang Z, Zhang Q, Wilson A, Hou J, Zhao X, Wang Y, Pan B, Liu Y, Han M, Chen R. The mental health of transgender and gender non-conforming people in China: a systematic re-view. *Lancet Public Health.* 2021 Dec;6(12):e954-e969. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00236-X. PMID: 34838199.
41. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Особенности сексуальной сферы пациентов с нарушениями половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра и транссексуализме // *Российский психиатрический журнал.* 2022. №1. С. 40-45. DOI: [10.47877/1560-957X-2022-10105](https://doi.org/10.47877/1560-957X-2022-10105)
42. Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008. 10.1016/j.amjmed.2021.02.031.

43. Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42–46. 10.1097/HPC.0000000000000271.
44. Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, 2(4), 349–360. 10.1210/js.2017-00465
45. Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597. 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597.
46. Caceres, B. A., Streed, C. G.Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council . (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement The American Heart Association. *Circulation*, 142(19), e321–e332. 10.1161/CIR.0000000000000914.
47. Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3914–3923. 10.1210/jc.2017-01643.
48. Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549–e1557. 10.1210/clinem/dgab832.
49. Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T’Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180–187. 10.1097/MED.0000000000000231
50. Tagliotti P. About a case of gender dysphoria. *Vertex*. 2018 Nov;XXIX(142):263-266. PMID: 30785968
51. Справочник «Сексопатология» под ред. Г.С. Васильченко, М., Медицина, 1990, 576с.
52. Meyer-Bahlburg HFL. "Diagnosing" Gender? Categorizing Gender-Identity Variants in the Anthropocene. *Arch Sex Behav*. 2019 Oct;48(7):2027-2035. doi: 10.1007/s10508-018-1349-6. Epub 2019 Jan 3. PMID: 30607711.
53. Blackless M, Charuvastra A, Derryck A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Hum Biol*. 2000 Mar;12(2):151-166. doi: 10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F. PMID: 11534012.
54. Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex

- development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 351–365. 10.1016/j.beem.2007.06.003.
55. de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
56. Bundesärztekammer (2015) Stellungnahme „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“ des wissenschaftlichen Beirats. *Dtsch Arztebl* 112(13): A-598/B-510/C-498
57. Höhne SO, Finke R. (2008) *Intersexualität bei Kindern*. Uni-Med Verlag Ag, Bremen, London, Boston
58. Hauck L, Richter-Appelt H, Schweizer K. (2019) Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. *Z SexForsch* 32(02):80–89
59. United Nations for LGBT Equality, Office of the High Commissioner for Human Rights (Eds) (2018) Fact Sheet Intersex. <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf> (As at 05.05.2023)
60. van Lisdonk J. (2014) *Living with intersex/DSD: An exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD*. Netherlands Institute for Social Research, The Hague
61. Pöge K, Dennert G, Koppe U, Güldenring A, Matthigack EB, Rommel A. The health of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. *J Health Monit*. 2020 Mar 18;5(Suppl 1):2-27. doi: 10.25646/6449. PMID: 35146279; PMCID: PMC8734091.
62. Кибрик Н.Д., Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., Ягубов М.И. Расстройства половой идентификации: вопросы клиники и тактики ведения пациентов: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 27 с.
63. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J, Hassan Murad, M, Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T’Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. 10.1210/jc.2017-01658.
64. Getahun D, Nash R, Flanders WD, Baird TC, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, Hunkeler E, Lash TL, Millman A, Quinn VP, Robinson B, Roblin D, Silverberg MJ, Safer J, Slovis J, Tangpricha V, Goodman M. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2018 Aug 21;169(4):205-213. doi: 10.7326/M17-2785. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29987313; PMCID: PMC6636681.
65. Defreyne J, Van de Bruaene LDL, Rietzschel E, Van Schuylenbergh J, T’Sjoen GGR. Effects of Gender-Affirming Hormones on Lipid, Metabolic, and Cardiac Surrogate Blood Markers in Transgender Persons. *Clin Chem*. 2019 Jan;65(1):119-134. doi: 10.1373/clinchem.2018.288241. PMID: 30602477.
66. Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380–1389. 10.1007/s11606-021-06634-7

67. Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66–77. 10.4239/wjd.v11.i3.66
68. Center of Excellence for Transgender Health . (2016). Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
69. Downing JM, Przedworski JM. Health of Transgender Adults in the U.S., 2014-2016. *Am J Prev Med*. 2018 Sep;55(3):336-344. doi: 10.1016/j.amepre.2018.04.045. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30031640.
70. Gavazzi G, Fisher AD, Orsolini S, Bianchi A, Romani A, Giganti F, Giovannelli F, Ristori J, Mazzoli F, Maggi M, Viggiano MP, Mascali M. The fMRI correlates of visuo-spatial abilities: sex differences and gender dysphoria. *Brain Imaging Behav*. 2022 Apr;16(2):955-964. doi: 10.1007/s11682-022-00638-5. Epub 2022 Apr 6. PMID: 35384549; PMCID: PMC9010387
71. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Res*. 2011 Nov 30; 190(1):159-62;
72. Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H, Cohen-Kettenis PT, Haraldsen IR, De Cuypere G. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *G Br J Psychiatry*. 2014 Feb; 204(2):151-64;
73. Narang P, Sarai SK, Aldrin S, Lippman S. Suicide Among Transgender and Gender-Nonconforming People. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 Jun 21;20(3):18nr02273. PMID: 29947478 DOI: 10.4088/PCC.18nr02273;
74. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 366с.
75. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1221н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»: [Электронный ресурс]: URL: https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_1221n.pdf (Дата обращения: 21.05.2023).
76. Ягубов М.И., Старостина Е.А., Добаева Н.В., Ичмелян М.А. Гендерное несоответствие: клинические, психологические и терапевтические аспекты. *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(3):21-31. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-21-31.
77. Старостина Е.А., Ягубов М.И. К вопросу о нарушении половой идентичности при транссексуализме и расстройствах шизофренического спектра // *Российский психиатрический журнал*. 2019. № 5. С. 22–30. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11942.
78. Новикова З.Д., Дворянчиков Н.В. Исследование образа Я у лиц с расстройствами половой идентичности как дополнительный критерий дифференциальной диагностики при экспертизе спорных половых состояний. [Электронный ресурс] // *Психология и право*. 2016(6). № 4. С. 142-154. DOI: 10.17759/psylaw.2016060413.
79. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – 4-е изд., испр. И доп. – М.: генезис, 2016. – 656 с.

80. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.: ил. ISBN 5-225-04637-1.
81. Дворянчиков Н. В. Психологическое исследование в судебной сексологии // Медицинская и судебная психология. Курс лекций / Под. ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. — 2-е изд., испр. — М.: Генезис, 2005. — С. 78–98.
82. Использование психологических познаний в сексологии [Текст] / Н.В. Дворянчиков // Российский психиатрический журнал. - 2002. - № 2. - С. 17-25. - Библиогр.: с. 17. - ISSN 1560-957x.
83. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола [Текст] / Д. К. Саламова, А.А. Ткаченко, С.Н. Ениколопов // Российский психиатрический журнал. - 2002. - № 2. - С. 33-39. - Библиогр.: с. 39 (19 назв.). - ISSN 1560-957x.
84. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики: учеб. пособие. М.: Флинта, 2011.
85. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: научно-практическое пособие. М.: Смысл, 1998. 118 с. Электронный ресурс URL: <http://drlev.ru/work/safuanov.pdf>
86. Кришталь В. В., Петрюк П. Т., Перевозная Т. А., Кузьминов В.Н. Судебная сексология: нерутинные методы психологического исследования сексуальной сферы // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1. — С. 41–47.
87. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 312 с.
88. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с. ISBN 978-5-903182-70-1.
89. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. - 512 с. (Серия «Библиотека психолога»).
90. Дворянчиков Н.В., Шипицын Д.Ю. Особенности полового самосознания и межличностного восприятия у лиц, осужденных без лишения свободы за половые преступления [Электронный ресурс] // Психология и право. 2021. Том 11. № 1. С. 14—26. DOI: 10.17759/psylaw.2021110102
91. Демидова Л.Ю. Половое самосознание при расстройствах сексуального предпочтения // Психологические исследования. 2019. Т. 12, № 64. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (28.04.2023).
92. Демидова Л.Ю., Введенский Г.Е., Макарова Т.Е., Каменсков М.Ю., Штарк Л.Н. Роль нарушений психосексуальной сферы при шизофрении в диагностике парафилий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2018. № 2. С. 54. DOI: 10.31363/2313-7053-2018-2-54-61.
93. Судебно-психиатрическая экспертиза: методические и аналитические материалы / [Ткаченко А.А. и др.] – М.: Институт проблем управления здравоохранением, 2010. – 112 с. ISBN 978-5-9704-1621-1.
94. Дозорцева Е.Г., Дворянчиков Н.В., Демидова Л.Ю., Симоненкова М.Б. Особенности полоролевой идентичности у лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. Том 1. № 4. URL:

https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2011_n4/49306 (дата обращения: 28.04.2023).

95. Басинская И.А., Беженарь Н.В., Борисова Т.Ю. Психодиагностика полового самосознания и установок межличностного взаимодействия в практике принудительного лечения больных с педофилией и коморбидными психическими расстройствами [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Том 10. № 1. С. 30–43. DOI: 10.17759/psylaw.2020100103

96. Дворянчиков Н.В., Макарова Т.Е., Юшина Н.Н. Особенности восприятия объекта сексуального предпочтения у лиц с педофилией в зависимости от отношения к сексуальному влечению [Электронный ресурс] // Психология и право. 2016. Том 6. № 1. С. 120–131. DOI: 10.17759/psylaw.2016060110

97. Дворянчиков Н.В., Макавьева В.Н., Новикова З.Д. Специфика полового самосознания у лиц с расстройствами половой идентичности при расстройствах личности и транссексуализме [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 147–162. DOI: 10.17759/cpse.2018070111.

98. Новикова З.Д., Дворянчиков Н.В. Особенности дифференциальной диагностики лиц с расстройствами половой идентичности [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. Том 5. № 3. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n3/62514 (дата обращения: 28.04.2023).

99. Электронный ресурс // [сайт] / URL: <https://thomasingenderland.com/2016/11/08/gender-dysphoria-diagnosis-part-5-gidyq-aa-full-text/>

100. Дьяченко А.В., Солдаткин В.А., Бухановская О.А., Перехов А.Я. Расстройства половой идентификации у детей и подростков в психиатрической практике / А.В. Дьяченко, В.А. Солдаткин, О.А. Бухановская, А.Я. Перехов // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. – Т. 31. – № 2. – С. 69–78.

101. Stusinski J, Lew-Starowicz M. Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. *Psychiatr Pol.* 2018;52(6):1053-1062. <https://doi.org/10.12740/PP/80013>

102. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and 7. transgender identity. *Sex Health.* 2017;14(5):404-411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>

103. Авилов А.Ю., Бизюк А.П. О различиях в транссексуальных и гомосексуальных тенденциях при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития/ Евразийский союз ученых. серия: медицинские, биологические и химические науки. 2021, - № 5 (86), с.21-28.

104. de Freitas LD, Leda-Rego G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(2):99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>

105. Byne W, Karasic DH, Coleman E, Eyler AE, Kidd JD, et al. Gender dysphoria in adults: an overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health.* 2018;3(1):57-73. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>

106. Алексеева Г.Н. Особенности полового самосознания у молодых женщин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2018;28(4):106-109.

107. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev.* 2016;4(1):3-14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>.
108. Козлов Г.И., Калинин С.Ю. О клинике и лечении транссексуализма. *Проблемы Эндокринологии.* 1994;40(4):57-60.
109. Raboch J. Sexual development and life of female schizophrenic patients // *Arch. Sex. Behav.* 1984. № 13. P. 341-349.
110. Smith WB, Goldhammer H, Keuroghlian AS. Affirming Gender Identity of Patients With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2019;70(1):65-67. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800232>
111. Leibowitz S, Annelou LC de Vries. Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry.* 2016;28(1):21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
112. Попова Г.А. Становление понимания феномена расстройства половой идентификации / Г. А. Попова // *Психиатрия*, 2019; 17(3) С. 51-61.
113. Попова Г.А. Расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности (клинико-психопатологический аспект) / Г. А. Попова // *Психиатрия*, 2020; 18(2) С. 13-21.
114. Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. *Aust Fam Physician.* 2015;44(11):792-6. PMID:26590617.
115. Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009, с. 594-595.
116. Gessmann H.-V. Trans-identity - the standards of diagnostics and treatment [Elektronnyi resurs] *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru*
117. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов. *Андрология и генитальная хирургия* 2018;19(3):35–41.
118. Twist J, de Graaf NM. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2019; 24(2):277-290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
119. Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. 10.1080/14681990903003878
120. Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people’s experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288–296. 10.1080/14733145.2013.838597.
121. Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. 10.1177/0011000018787261
122. Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, 58(1), 1–11. 10.1037/pst0000310
123. Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study, *Andrology*, 1–9. 10.1111/andr.12884.

124. American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906/>.
125. Карвасарский Б.Д. Психотерапия, М. «Медицина», 1985, 304с.
126. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний, М., «Медицина» 1991, 336с.
127. Heck NC, Croot LC, & Robohm JS (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36. 10.1037/a0033134
128. Yüksel S, Kulaksizoglu IB, Türksoy N, Sahin D. Group psychotherapy with female-to-male transsexuals in Turkey. *Arch Sex Behav*. 2000 Jun;29(3):279-90. doi: 10.1023/a:1001967514549. PMID: 10992982.
129. Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359–375. 10.1080/14681994.2016.1184754
130. Austin A, Craig SL. Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: clinical considerations and applications. *Prof Psychol Res Pract*. 2015;46:2–1
131. Pachankis, John E. and others (eds), 'Transgender Affirmative Cognitive–Behavioral Therapy', in John E. Pachankis, and Steven A. Safren (eds), *Handbook of Evidence-Based Mental Health Practice with Sexual and Gender Minorities* (New York, 2019; online edn, Oxford Academic, 1 Mar. 2019), <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190669300.003.0004>, accessed 27 June 2023.
132. Pachankis, John E. and others (eds), 'Cognitive–Behavioral Therapy for Sexual and Gender Minority Youth Mental Health', in John E. Pachankis, and Steven A. Safren (eds), *Handbook of Evidence-Based Mental Health Practice with Sexual and Gender Minorities* (New York, 2019; online edn, Oxford Academic, 1 Mar. 2019), <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190669300.003.0002>, accessed 27 June 2023.
133. Busa S, Janssen A, Lakshman M. A Review of Evidence Based Treatments for Transgender Youth Diagnosed with Social Anxiety Disorder. *Transgend Health*. 2018 Feb 1;3(1):27-33. doi: 10.1089/trgh.2017.0037. PMID: 29445772; PMCID: PMC5808386.
134. Damanpak-Rizi M, Farnam F, Khodakhah P. Effect of cognitive-behavioral therapy on domestic violence and its consequences in transgender youth: a randomized clinical trial, parallel group study. *BMC Psychiatry*. 2021 Apr 26; 21(1):210. doi: 10.1186/s12888-021-03224-z. PMID: 33902493; PMCID: PMC8074450.
135. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *Int J Transgend*. 2017; 18(1):39-52. doi: 10.1080/15532739.2016.1247405. Epub 2016 Nov 4. PMID: 29904324; PMCID: PMC5996383.
136. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013 May; 103(5):943-51. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241. Epub 2013 Mar 14. PMID: 23488522; PMCID: PMC3698807.

137. Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141. 10.1016/j.jsxm.2016.04.071.
138. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77.
139. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol*. 2009 Nov;65(11):1232-45. doi: 10.1002/jclp.20638. PMID: 19739205.
140. Мотивационное интервью для улучшения медикаментозного комплайенса у больных с психическими расстройствами: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Н.Б. Лутова, В.Д. Вид, М.Ю. Сорокин, О.В. Макаревич. – СПб, 2018. – 22 с. УДК:159.196:616.89(075.4).
141. Бутома Б.Г. Применение телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении больных эндогенными психическими расстройствами / Бутома Б.Г., Аристова Т.А. // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. – 2012. – № 3. – с. 80-87.
142. Применение телесно-ориентированных методов для лечения больных нервно-психическими расстройствами: пособие для врачей и психологов / А.П. Коцюбинский, Т.А. Аристова, М.А. Акименко, Б.Г. Бутома [и др.]; Пособие для врачей и психологов, Санкт-Петербургский науч.-иссл. Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургский науч.-иссл. Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. – 56 с.
143. Безверхова Т.Ю. Психосоциальные аспекты реабилитационной работы с больными шизофренией в условиях дневного психиатрического стационара / Безверхова Т.Ю., Серов В.В., Сапегина Е.В., Бойкова Л.В., Собенина Э.Е. // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2015. – №4. Публикация 7-11. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5313.pdf> (дата обращения: 13.12.2023). DOI: 10.12737/17079.
144. Гордиевская Е.О., Овчинников Б.В. Индивидуально-психологические особенности инвалидов с ампутациями конечностей как значимый фактор их реабилитации // *Вестник Санкт-Петербургского Университета*. 2008. № 2. С. 339 – 344
145. Маликова Л.А. Психологическая реабилитация лиц с ампутациями конечностей: теоретический обзор / Маликова Л.А. // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. Электронный журнал*. 2018. – Т. 6. – № 2. URL: <file:///C:/Users/ichmelyan.m/Downloads/psihologicheskaya-reabilitatsiya-lits-s-amputatsiyami-konechnostey-teoreticheskiy-obzor.pdf> (дата обращения: 13.12.2023). DOI: 10.23888/humJ201812343-360.
146. Budge SL, Schoenike D, Lee J, Norton M, Sinnard MT. Transgender and nonbinary patients' psychotherapy goals: A secondary analysis from a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2023 Mar;159:82-86. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.01.027. Epub 2023 Jan 19. PMID: 36696787.
147. Drescher J, Fadus M. Issues Arising in Psychotherapy With Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020 Jul;18(3):262-267. doi: 10.1176/appi.focus.20200001. Epub 2020 Aug 7. PMID: 33162862; PMCID: PMC7587917.

148. Russon J, Smithee L, Simpson S, Levy S, Diamond G. Demonstrating Attachment-Based Family Therapy for Transgender and Gender Diverse Youth with Suicidal Thoughts and Behavior: A Case Study. *Fam Process*. 2022 Mar;61(1):230-245. doi: 10.1111/famp.12677. Epub 2021 May 27. PMID: 34046893.
149. D'Angelo R, Syrulnik E, Ayad S, Marchiano L, Kenny DT, Clarke P. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav*. 2021 Jan;50(1):7-16. doi: 10.1007/s10508-020-01844-2. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33089441; PMCID: PMC7878242.
150. Tilley JL, Molina L, Luo X, Natarajan A, Casolaro L, Gonzalez A, Mahaffey B. Dialectical behaviour therapy (DBT) for high-risk transgender and gender diverse (TGD) youth: A qualitative study of youth and mental health providers' perspectives on intervention relevance. *Psychol Psychother*. 2022 Dec;95(4):1056-1070. doi: 10.1111/papt.12418. Epub 2022 Aug 26. PMID: 36054170; PMCID: PMC10332383

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Добаева Наида Владимировна – к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, член Российского общества психиатров.

Ичмелян Маргарита Арамовна - младший научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия.

Кан Игорь Юльевич – к.м.н., старший научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, член Российского общества психиатров.

Ягубов Михаил Ибрагимович – д.м.н., руководитель отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского НИИ психиатрии - филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, член Российского общества психиатров.

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-психиатры;
2. Врачи-сексологи;
3. Врачи-психотерапевты;
4. Врачи-эндокринологи;
5. Медицинские психологи;
6. Врачи общей практики (семейные врачи).

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа.
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа.
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая.
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов.

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа.
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа.

3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль».
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными).
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

Порядок обновления клинических рекомендаций.

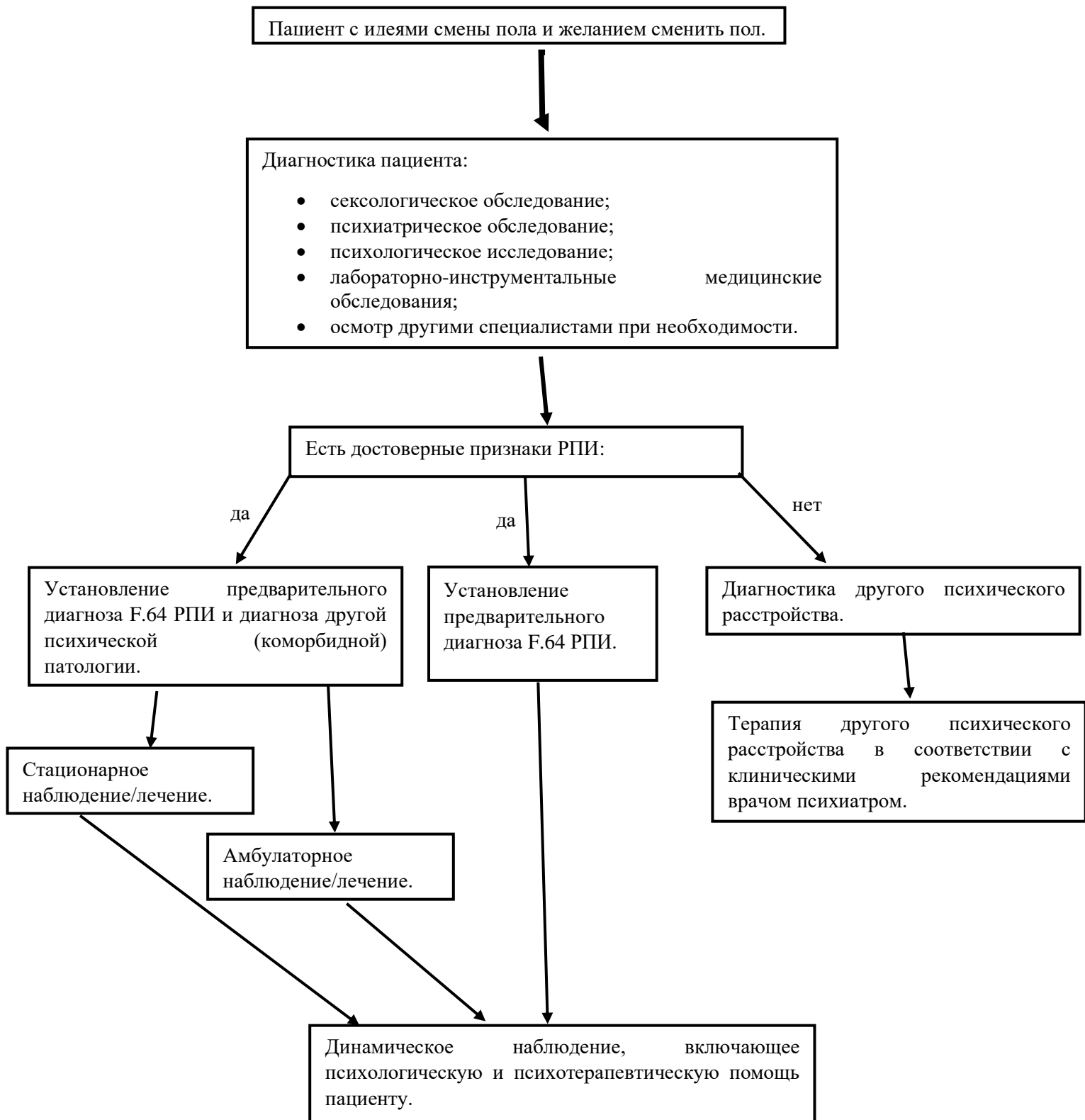
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы

1. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1221н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023).
3. Федеральный закон от 24 июля 2023 года № 386-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
4. Кибрик Н.Д., Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., Ягубов М.И. Расстройства половой идентификации: вопросы клиники и тактики ведения пациентов. Методические рекомендации, 2018.

Приложение Б. Алгоритм действия врача

Блок-схема 1. «Этапы ведения пациента с РПИ (гендерным несоответствием)».



Приложение В. Информация для пациента

- этиология и патогенез РПИ до настоящего времени остаются невыясненными, что затрудняет диагностику их диагностику;
- диагностика РПИ проводится врачом-психиатром и/или врачом-сексологом с назначением дополнительных обследований;
- стационарное наблюдение может быть рекомендовано для уточнения диагноза и назначения терапии;
- лечение предполагает использование психотерапевтических методов и во многих, но не во всех, случаях требует приёма медикаментов;
- общение врача-психиатра и/или врача-сексолога с родителями и/или партнёром рекомендовано для получения полного объективного анамнеза.

Приложение Г1-Г5. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

Приложение Г1. Оценка суицидального риска и суицидального поведения

Название на русском языке: Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений.

Оригинальное название: Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Источник: Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: оценка тяжести суицида и суицидального риска.

Содержание (шаблон):

СУИЦИДАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ

Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу "Суицидальное поведение". Если на вопрос 2 получен ответ "да", то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ "да", то заполните нижеприведенный раздел "Интенсивность суицидального мышления".

1. Желание умереть

Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться.

Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?

Если да, опишите:

ДА

НЕТ

2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве

Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой, т.е. совершить самоубийство (например, "Я думал(а) о том, чтобы покончить с собой") при отсутствии размышлений о том, как это сделать (способах самоубийства), намерения или плана в период оценки.

Думали ли Вы в самом деле о том, чтобы покончить с собой?

Если да, опишите:

ДА

НЕТ

3. Активное суицидальное мышление, включая размышления о любых способах самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать

Пациент подтверждает наличие мыслей о самоубийстве и то, что в течение оцениваемого периода времени он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда субъект разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, субъект думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: "Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана относительно того, когда, где и как осуществить это...и я бы никогда не довел(а) дело до конца".

Думали ли Вы о том, как могли бы это сделать?

ДА

НЕТ

<p>Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидной идеи (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 – наибольший).</p> <p>Спросите его/её, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.</p>	<p>Наиболее опасные</p>
<p>Частота <i>Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Реже одного раза в неделю 2. Раз в неделю 3. 2-5 раз в неделю 4. Каждый день или почти каждый день 5. Многократно каждый день 	
<p>Продолжительность <i>Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Они мимолетны – несколько секунд или минут 2. Менее часа / недолго 3. 1-4 часа / долго 4. 4-8 часов / большую часть дня 5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны 	
<p>Контролируемость <i>Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С легкостью может контролировать такие мысли 2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями 3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями 4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями 5. Не в состоянии контролировать такие мысли 0. Не пытается контролировать такие мысли 	

<p>Сдерживающие факторы <i>Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства 2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас 3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас 4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас 5. Сдерживающие факторы определённо не удержали Вас 0. Данный пункт не применим 	
<p>Основания суицидальных идей <i>Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 2. Большею частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 3. В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль 4. Большею частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали) 5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали) 0. Данный пункт не применим 	
<p>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ <i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i></p>	<p>Вся жизнь</p>
<p>Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. Осуществленные действия отчасти замыслились как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть какое-нибудь намерение / желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или</p>	<p>ДА НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили.</p> <p>Случалось, ли, что когда Вы начинали совершать какие –либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Общее количество попыток прерванных попыток –</p>
<p>Остановленная попытка самоубийства:</p> <p>Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток</p> <p>Случалось, ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>ДА НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Общее количество попыток остановленных попыток –</p>
<p>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ</p> <p><i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i></p>	<p>Вся жизнь</p>
<p>Подготовительные действия или поведение:</p> <p>Действия, служащие подготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как-то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).</p> <p>Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>ДА НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

<i>Отвечать только для фактических попыток самоубийства</i>	Дата самой недавней попытки:	Дата попытки с наибольшей вероятностью летального исхода:	Дата самой первой попытки:
Реальная летальность или ущерб здоровью: 0. Телесных повреждений нет, или очень легкие телесные повреждения (например, неглубокие царапины). 1. Легкие телесные повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения связок). 2. Умеренные телесные повреждения; требуется медицинская помощь (например, пострадавший в сознании, но вялый, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Умеренно тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% тела, большая, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% тела, большая потеря крови с нестабильными основными показателями состояния организма, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть	Введите код	Введите код	Введите код
Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность = 0 Вероятная летальность фактической попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах определенные действия не нанесли реальный ущерб здоровью, но вероятность летального исхода была	Введите код	Введите код	Введите код

<p>очень велика: человек вставил пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому ущерб здоровью не был нанесен; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его/ее оттащили, и наезд поезда не состоялся).</p> <p>0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам</p> <p>1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечёт за собой смерть</p> <p>2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на оказание доступной медицинской помощи</p>			
---	--	--	--

Сумма баллов:

Ключ (интерпретация): Оценка в тяжести суицидальных идей в «3» балла и выше свидетельствует о серьезном риске суицида. Оценка в «5» баллов, а также любые выявленные суицидальные действия означают наличие крайне высокого риска и абсолютной необходимости urgentных терапевтических мероприятий и госпитализации. Раздел «интенсивность суицидальных идей» позволяет более точно оценить тяжесть состояния, а также спрогнозировать его динамику.

Приложение Г2. Методика «Маскулинность и Фемининность»

Название на русском языке: «Маскулинность и Фемининность»

Источник: Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики: учеб. пособие. М.: Флинта, 2011.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: установить индивидуальную степень выраженности маскулинности, фемининности и андрогенности; определить субъективное отношение личности к своему уровню развития этих черт.

Инструкция: испытуемому предлагается завершить незаконченное предложение («На самом деле я...», «Хотелось бы, чтобы я был...», «Мужчина должен быть...», «Женщина должна быть...», «Мужчины считают, что я...», «Женщины считают, что я...» «Мой реальный сексуальный партнер...», «Хотелось бы, чтобы мой сексуальный партнер был...») словом из перечня маскулинности/фемининности и отметить вариант ответа, который, по его мнению, подходит в наибольшей степени.

«Сейчас я буду называть Вам простые человеческие качества. Ваша задача – сказать, как часто это качество встречается у Вас: всегда, обычно, иногда или никогда (перед испытуемым лежит бумажка с этими вариантами ответов). На самом деле Вы терпимый, как часто? (далее по очереди перечисляются другие качества). После того, как закончили с образом «Я»: сейчас я буду называть Вам те же самые качества, только отвечаете Вы теперь не про себя, а про то, каким с Вашей точки зрения должен быть мужчина. Мужчина должен быть терпимым как часто? Далее аналогично с оставшимися образами.

При обработке результатов производится подсчёт профиля маскулинности/фемининности по каждой из категорий. Слова-стимулы, предложенные испытуемому, имеют гендерный окрас.

Сумма баллов: средний балл – 17,5; минимальный – 7 и максимальный – 28.

Ключ (интерпретация):

Маскулинность: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20.

Фемининность: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21.

Количество ответов по шкале «всегда» умножается на 4, «обычно» – на 3, «иногда» – на 2, «никогда» – на 1. В результате получается отображение полоролевой идентичности испытуемого в семантическом пространстве маскулинности/фемининности, достижение определённых показателей в котором позволяет делать вывод о степени выраженности полоролевых черт в каждой структуре полоролевой Я-концепции.

Завершите предложение словом, стоящим в левом ряду.
 Справа отметьте вариант ответа, который, по Вашему мнению,
 подходит в наибольшей степени.

Ф.И.О. _____
 Год рождения _____
 Дата исследования _____

		Женщины считают, что я...				Женщина должна быть...				Мой реальный сексуальный партнер...				Хотелось бы, чтобы мой сексуальный партнер был...			
		<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>	<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>	<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>	<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>
1	терпимый																
2	смелый																
3	кроткий																
4	ответственный																
5	ершистый																
6	опрятный																
7	здравомыслящий																
8	проворный																
9	слабый																
10	справедливый																
11	крепкий																
12	любезный																
13	великодушный																
14	отважный																
15	ласковый																
16	самостоятельный																
17	вторгающийся																
18	робкий																
19	доброжелательный																
20	решительный																
21	нежный																
22	волевой																

Приложение Г3. Методика «Кодирование»

Название на русском языке: «Кодирование»

Оригинальное название: «Ассоциативный перечень» З. Старович

Источник: Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики : учеб. пособие. М.: Флинта, 2011.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить) – проективный тест

Назначение: изучение особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также инструмент исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения; позволяет выявить степень усвоенности полоролевых стереотипов, их дифференцированность, эмоциональное отношение к ним.

Инструкция: «Скажите, пожалуйста, с каким неодушевленным предметом можно сравнить мужчину и почему». Далее такой же вопрос задаётся для следующих понятий (травянистое растение, дерево, животное и т. д.) и для каждого из слов-стимулов соответственно.

Следует особо отметить, что процедура тестирования не ограничивается только выявлением ассоциативного образа, а включает в себя и раскрытие содержательного, смыслового компонента каждой ассоциации.

Ключ (интерпретация):

Содержательный анализ предполагает выделение и анализ индивидуальных особенностей переживания образа Я.

1. «Доминирование»: «Я – дрессировщик диких животных, люблю укрощать хищников».
2. «Зависимость»: «Я – слабое нежное растение, за которым нужно ухаживать и охранять от стихий».
3. «Сопrotивление»: «Я – кактус, если что – могу уколоть, дать отпор».
4. «Трансформированность»: «Я – пластилин, можно вылепить что угодно»; «Я – лед, меня согреть – и я растаю».

Для выявления и анализа эмоционального отношения к образам «Мужчины», «Женщины» и «Ребёнка» фиксируются следующие аспекты:

1. *Нейтральное восприятие* – качество данных ассоциаций отличается формальностью, где нет акцентирования какой-либо аффективной окраски, а также отсутствием каких-либо эмоциональных суждений и оценок по отношению к «кодируемому» объекту.
2. *Положительное восприятие* – подчеркивание субъективно позитивных и приятных качеств этого объекта (например, «Ребёнок» – «котенок, так как мягкий, пушистый, игривый и ласковый»).
3. *Отрицательное восприятие* – подчеркивание негативных аспектов объекта, наличие субъективных суждений и оценок отрицательного характера («Мужчина» – «Дуб, так как он тупой, как дерево, глупый»).
4. *Амбивалентное восприятие* – акцентирование одновременно как приятных и положительных, так и отрицательных качеств объекта («Женщина» – «Печка, так как теплая, может согреть, но может и обжечь», «Осока – красивая, стройная, но можно порезаться», «Крапива – лечит и калечит», «Роза – красивый цветок, но есть шипы, о которые можно пораниться»).
5. *Деперсонафицированное восприятие* – включает в себя акцентирование косвенных, атрибутивных, неодушевленных и/или формальных признаков («Женщина» – «Деревянная кукла, как хочешь, так ей и играешь», «Манекен – нет чувств, и понимания никакого», «Норка, так как носит шубу такую», «Ребёнок» – «Марионетка, на ниточках»).

Содержание (шаблон):

	МУЖЧИНА	РЕБЕНОК	ЖЕНЩИНА	Я
НЕОДУШЕВЛЕННЫЙ ПРЕДМЕТ				
ТРАВЯНИСТОЕ РАСТЕНИЕ				
ДЕРЕВО				
ЖИВОТНОЕ				
МУЗЫКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ				
ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ ФИГУРА				
СКАЗОЧНЫЙ ПЕРСОНАЖ				
АМПЛУА АРТИСТА ЦИРКА				

Приложение Г4. Методика «Цветовой тест отношений»

Название на русском языке: «Цветовой тест отношений»

Источник: Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики: учеб. пособие. М.: Флинта, 2011.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить) – проективный тест

Назначение: выявление эмоционального отношения к различным полоролевым образам, смысловых связей между ними, оценки чёткости половозрастной идентификации, особенности интериоризации полоролевых стереотипов, смыслового аспекта сферы психосексуальных ориентаций, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения.

Инструкция: перед самым тестом делается стандартная раскладка цветов (по Люшеру): «выберите самый приятный и т.п. цвета». Сейчас я снова разложу перед Вами цветные карточки, но на этот раз инструкция другая. Я буду называть Вам различные слова и словосочетания. Ваша задача – к каждому названному слову подобрать цвет, который, как Вам кажется, больше всего к нему подходит.

Ключ (интерпретация): при обработке результатов важно вычленить значимые связи между стимулами (например, «Я – Мужчина/Женщина/Ребёнок и т.д.»). Пересечение ассоциаций, при которых разные стимулы соотносятся с одним и тем же цветом, позволяет делать предположение о сходном к ним эмоциональном отношении и смысловой идентификации. Существенное диагностическое значение имеют пересечения ассоциаций, при которых разные стимулы соотносятся с одним и тем же цветом. Это позволяет сделать предположение об их идентификации. Несмотря на то что в методике сам цвет может играть маловажную роль, анализ соотношения отвергаемых и желаемых объектов с цветами, получившими наибольший или наименьший ранг.

Содержание (шаблон):

Ф.И.О.		г.р.	Выбор цвета (Люшер)						
дата									
1	Друзья		36	Враги					
2	Ребенок		37	Надежда					
3	Семья		38	Настоящее					
4	Тревога		39	Прошлое					
5	Боль		40	Секс					
6	Опасность		41	Безопасность					
7	Радость		42	Одиночество					
8	Горе		43	Счастье					
9	Унижение		44	Ид. секс. партнер					
10	Удовольствие		45	Неудовольствие					
11	Слабость		46	Сила					
12	Смерть		47	Жизнь					
13	Нежность		48	Грубость					
14	Решительность		49	Нерешительность					
15	Будущее		50	Реал. секс. партнер					
16	Вина		51	Стыд					
17	Мать		52	Мужчина					
18	Успех		53	Неуспех					
19	Страх		54	Веселье					
20	Вспыльчивость		55	Уравновешенность					
21	Отец		56	Женщина					
22	Власть		57	Боязнь					
23	Люди		58	Девочка					
24	Мальчик		59	Сочувствие					
25	Доверие		60	Злоба					
26	Неприятный человек		61	Приятный человек					
27	Друг		62	Спокойствие					
28	Холод		63	Тепло					
29	Риск		64	Испуг					
30	"Я"		65	Не похож на "меня"					
31	Доброжелательность		66	Угроза					
32	Избегаю быть таким		67	"Я"- идеал					
33	Зло		68	Добро					
34	Привлекательность		69	Непривлекательность					
35	Пассивность		70	Активность					

№	цвет
1	синий
2	зеленый
3	красный
4	желтый
5	фиолетовый
6	коричневый
7	черный
0	серый

Приложение Г5. Методика «Модифицированная Пиктограмма»

Название на русском языке: модифицированная Пиктограмма

Источник: Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики: учеб. пособие. М.: Флинта, 2011.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: оценивать влияние представлений о полоролевых стереотипах на процессы восприятия, переработки и актуализации информации, имеющей отношение к полоролевой сфере.

Инструкция (такая же, как и в обычной методике пиктограмма): «На этой бумаге нельзя писать ни слов, ни букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые Вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, Вы должны к каждому слову нарисовать что-либо такое, чтобы могло помочь Вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно нарисовать что угодно и как угодно, лишь бы вам это смогло напомнить заданное слово». Если испытуемый не понимает инструкции, необходимо ему разъяснить: «Вот, например, я вам задаю первое выражение "Сладкий десерт". Что можно нарисовать, чтобы потом вспомнить "Сладкий десерт"»?

Особенности проведения. Проведение этой методики практически ничем не отличается от проведения обычной пиктограммы, при этом отмечается латентное время: от момента предъявления понятия до начала рисования.

Предъявление. Задача экспериментатора сводится к тому, чтобы предъявлять понятия и фиксировать латентное время и спонтанные замечания и разъяснения испытуемого. Кроме того, экспериментатор должен спрашивать испытуемого, как рисунок потом поможет ему вспомнить это понятие. После проведения методика откладывается на час, после чего испытуемый получает задание по своим рисункам воспроизвести слова.

Стимульный материал:

- 1) Сладкий десерт.
- 2) Смелый поступок.

- 3) Совет.
- 4) Семейный очаг.
- 5) Противоборство.
- 6) Опрятный вид.
- 7) Обида.
- 8) Власть.
- 9) Ревность.
- 10) Красота.
- 11) Высокий риск.
- 12) Ласковый ветер.
- 13) Загадка.
- 14) Строгий приказ.
- 15) Новая жизнь.

Ключ (интерпретация): сохраняется интерпретация, которая используется в обычной пиктограмме. Необходимо обратить внимание на *специфическую интерпретацию*, которая в обычной пиктограмме не используется (благодаря которой возможно обнаружение влияния гендерных стереотипов на когнитивные процессы).

Запоминание. Этот фактор присутствует и в обычной пиктограмме, однако в данной модификации экспериментатор устанавливает, какие именно понятия («мужские», «женские», «нейтральные») испытуемый запоминает лучше.

Латентное время определяется для того, чтобы оценить, с какими понятиями у испытуемого возникает больше проблем.

Содержание (шаблон):

№	Понятие	Что нарисовал? Объяснение.	Латент. время (в сек.)	Воспроизведение
1	Сладкий десерт			
2	Смелый поступок			
3	Совет			
4	Семейный очаг			
5	Противоборство			
6	Опрятный вид			
7	Обида			
8	Власть			
9	Ревность			
10	Красота			
11	Высокий риск			
12	Ласковый ветер			
13	Загадка			
14	Строгий приказ			
15	Новая жизнь			