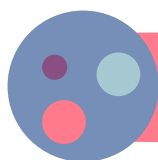












# ИССЛЕДОВАНИЕ

## ВИЧ СРЕДИ ТРАНС\*МАСКУЛИННЫХ И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

2023



## ОГЛАВЛЕНИЕ

 ОРГАНИЗАТОРЫ И ИСПОЛНИТЕЛИ .....	2
 ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ .....	2
 АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ .....	3
 ВВЕДЕНИЕ .....	4
 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ .....	4
 РЕЗУЛЬТАТЫ .....	5
 ВЫВОДЫ .....	17
 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	18



## ОРГАНИЗАТОРЫ И ИСПОЛНИТЕЛИ

Данное исследование проведено ЕКОМ — Евразийской коалицией по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию.

Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат авторам.



## ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

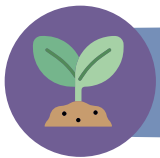
Исследование ВИЧ среди транс\* маскулинных и небинарных людей в ВЕЦА было бы невозможно без исключительной поддержки и активного участия национальных партнеров ЕКОМ в пяти странах: Гуманитарная организация «New Generation» Армения, Квир ассоциация — Темида Грузия, ОО «Кыргыз Индиго» Кыргызстан, ИГ «Когорта» Украина и партнерских организаций с России.

Со стороны ЕКОМ планирование и методическую поддержку при реализации исследования оказали координатор адвокации Амир Мукамбетов и специалистка адвокации Сулейма Кельгембаева.



## АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

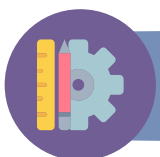
<b>АРВТ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>ВЕЦА</b>	[регион] Восточная Европа и Центральная Азия
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ДКП</b>	Доконтактная профилактика ВИЧ
<b>ЕКОМ</b>	Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию
<b>ЗГТ</b>	Заместительная гормональная терапия
<b>ИГ</b>	Инициативные группы
<b>ЛГБТ</b>	Лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные люди
<b>МСМ</b>	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
<b>НБ</b>	Небинарный человек (люди)
<b>НКО</b>	Некоммерческая организация
<b>ОО</b>	Общественная организация
<b>ПАВ</b>	Психоактивные вещества
<b>ПКП</b>	Постконтактная профилактика ВИЧ
<b>ПТСР</b>	Посттравматическое стрессовое расстройство
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>ТГЛ</b>	Трансгендерные люди
<b>ТЖ</b>	Трансгендерная женщина
<b>ТМ</b>	Трансгендерный мужчина
<b>ЦЖ</b>	Цисгендерная женщина
<b>ЦМ</b>	Цисгендерный мужчина
<b>FtN</b>	female-to-neutral — небинарные люди с приписанным женским полом при рождении
<b>MtN</b>	male-to-neutral — небинарные люди с приписанным мужским полом при рождении



## ВВЕДЕНИЕ

Трансгендерные люди (ТГЛ) являются одной из ключевых групп, уязвимых к ВИЧ, выделяемых ЮНЭЙДС. Распространённость ВИЧ среди трансгендерных женщин (ТЖ) может в 48.8 раз превышать распространённость в общей популяции (Baral et al., 2013), в связи с чем основное внимание в сфере профилактики ВИЧ направлено именно на них. Фокус на ТЖ ведёт к недостаточному вниманию к другим подгруппам трансгендерных людей. Трансгендерные мужчины (ТМ) остаются малоизученной группой по отношению к ВИЧ и до последнего времени не воспринимались как группа, подверженная повышенным рискам (Kenagy & Hsieh, 2005). Ещё меньше известно о небинарных людях (НБ). Обзор международных исследований, опубликованный ранее на русском языке, показал, что ТМ, особенно те из них, кто занимается сексом с мужчинами, являются группой риска в связи с ВИЧ, хотя распространённость ВИЧ среди них в целом ниже, чем среди ТЖ. Так же, как и среди ТЖ, среди ТМ распространено рискованное поведение, включая рискованные сексуальные практики (секс без презерватива, секс с партнёрами с неизвестным ВИЧ-статусом), употребление алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ), использование загрязнённых игл. Сходными являются и психологические факторы, толкающие на рискованное поведение: проблемы в области ментального здоровья и страх отвержения со стороны партнёра. Специфическим фактором является использование тестостерона, который повышает либидо. Как и остальные ТГЛ, ТМ сталкиваются со стигматизацией в учреждениях здравоохранения, но при этом они комфортнее чувствуют себя в пространствах, созданных для мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ). Что касается небинарных людей, количество данных по этой группе не позволяет сделать однозначных выводов. В ряде случаев они включаются в общую выборку ТГЛ, однако не выделяются при анализе. Дополнительной проблемой является неоднородность этой группы: в неё могут попадать как люди с приписанным при рождении женским, так и мужским полом, с разным количеством медицинских вмешательств и т. д., что не способствует убедительности даже тех немногочисленных данных, которые доступны (Кирей-Ситникова, 2023).

Целями данного исследования является лучшее понимание сексуальных практик, ведущих к повышенному риску заражения ВИЧ, среди ТМ и НБ в ВЕЦА, а также определение барьеров в доступе к профилактике и лечению ВИЧ, с которыми сталкиваются эти группы.



## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

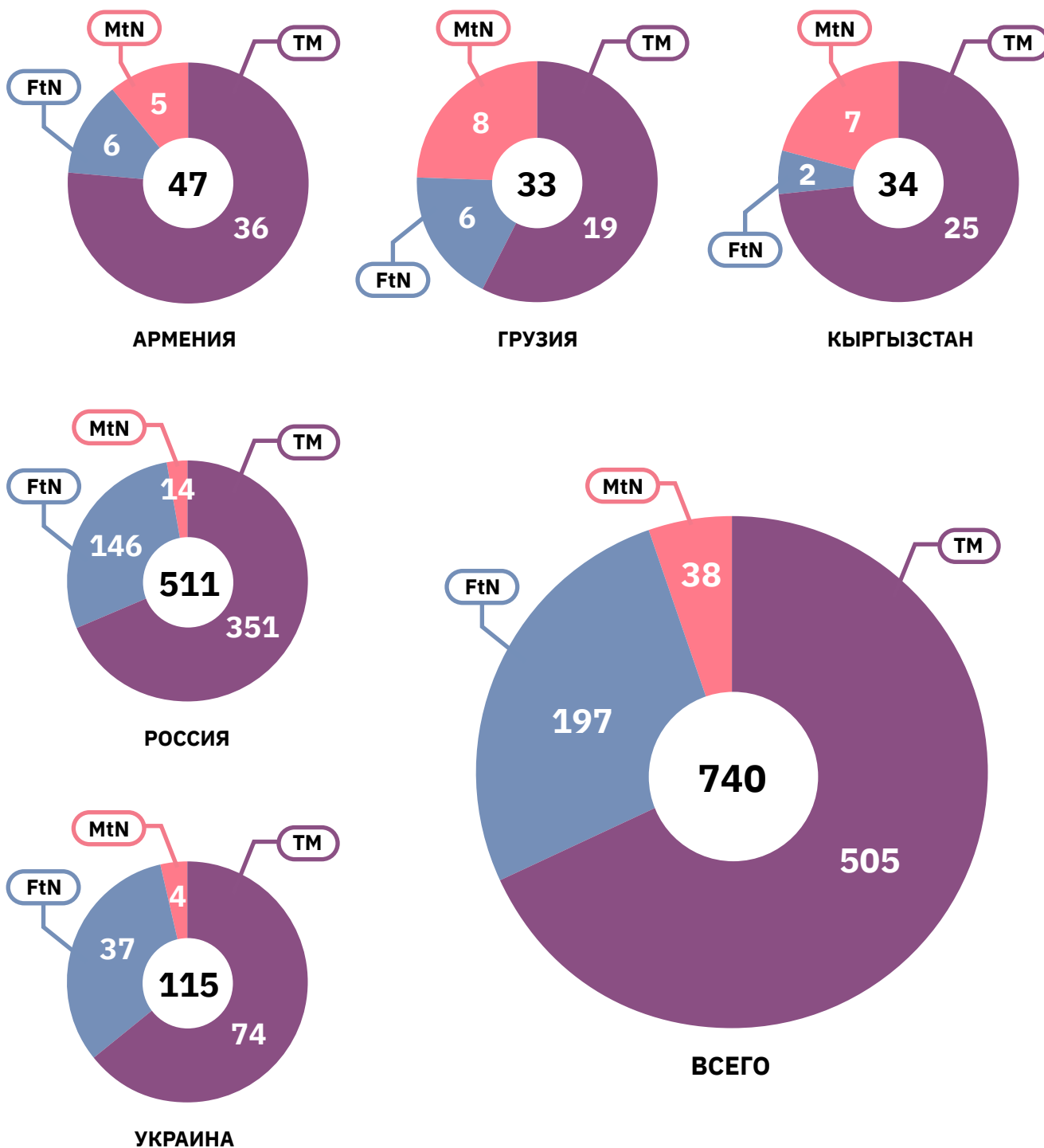
Одномоментное исследование с помощью опросника на платформе Qualtrics на армянском, грузинском, русском и украинском языках. Критерии включения: (а) гендерная идентичность отличается от пола, приписанного при рождении; (б) проживание или опыт проживания в Армении, Грузии, Кыргызстане, России или Украине. Критериями исключения не являются: возраст, наличие диагноза «транссексуализм», опыт или желание совершить гендерный переход, отсутствие гражданства одной из указанных стран. Время сбора данных: между 11 мая 2022 и 1 августа 2023 годов. Обработка данных осуществлялась с помощью скриптов в среде R. Вычислялись средние и медианы, корреляции, критерий  $\chi^2$  для категориальных переменных и t-критерий Уэлча или ANOVA для непрерывных переменных. Различия считались статистически значимыми при  $p\text{-value} < 0.05$ .



## РЕЗУЛЬТАТЫ

Собрано 994 ответа. После удаления ответов ТЖ, а также ответов, где не указана гендерная идентичность, оставлено 740. Распределение по странам и идентичностям приводится в графиках ниже (FtN = female-to-neutral — небинарные люди с приписанным женским полом при рождении; MtN = male-to-neutral — небинарные люди с приписанным мужским полом). Средний возраст респондентов = 24.3, медианный = 23. Уровень образования: среднее (54.3%), бакалавриат (27.6%), специалитет (10.8%), магистратура (5.8%), кандидат наук (0.8%), доктор наук (0.1%).

### Число респондентов с распределением по гендерным идентичностям и странам



В Таблице 1 приводятся данные по заболеваемости, сообщённые самими респондентами (self-reported). Особенно распространены тревожность (76.4%) и депрессия (65.1%). Это в целом соответствует данным российских авторов (Chumakov et al., 2021), показавших распространённость тревожности и депрессии на уровне 45.1% и 24.0% соответственно. Более высокие значения в нашей выборке, вероятно, связаны с тем, что данные сообщались респондентами без использования валидизированного инструмента диагностики. Статистически значимые различия между гендерными группами обнаружены только для ВИЧ (критерий  $\chi^2$ , p-value = 0.02) и гонореи (p-value = 0.002). Цифры по ВИЧ среди ТМ (0.6%) ниже, чем представленные в международных систематических обзорах: от 2.6% (Stutterheim et al., 2021) до 3.2% (Becasen et al., 2019).

Таблица 1. Распространённость заболеваний, сообщённая респондентами.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MTN (%)
Депрессия	65.1	64.8	67.5	57.9
Тревожность	76.4	74.3	82.2	73.7
ПТСР	28.0	27.3	29.9	26.3
Биполярное расстройство	7.8	7.5	7.1	15.8
ВИЧ	1.1	0.6	1.5	5.3
Гепатит В	0.5	0.2	1.0	2.6
Гепатит С	0.9	0.8	1.5	0.0
Сифилис	2.6	2.0	3.0	7.9
Хламидиоз	1.5	1.4	1.5	2.6
Гонорея	2.3	1.6	2.5	10.5
Туберкулёз	0.1	0.0	0.5	0.0

В Таблицах 2а-2в показано использование процедур медицинского перехода (где был дан ответ «прошли данную процедуру») в сравнении с потребностями в них (где был дан ответ «хотели бы пройти данную процедуру, но не прошли») с разбивкой по странам и гендерным группам.

Таблица 2а. Использование процедур медицинского перехода в сравнении с потребностями в них для ТМ.

	АРМЕНИЯ	ГРУЗИЯ	КЫРГЫЗСТАН	РОССИЯ	УКРАИНА	ВСЕГО
ЗГТ	41.7/52.8	42.1/31.6	80.0/8.0	45.6/27.9	47.3/27.0	47.1/28.7
Мастэктомия	30.6/38.9	26.3/47.4	40.0/16.0	22.5/49.0	14.9/59.5	23.0/48.1
Гистерэктомия	13.9/52.8	15.8/36.8	4.0/28.0	6.8/51.0	8.1/43.2	7.7/48.3
Методиопластика	8.3/52.8	5.3/36.8	8.0/16.0	1.1/39.9	0/37.8	2.0/39.2
Фаллопластика	0/72.2	0/57.9	4.0/20.0	0.9/30.2	1.4/31.1	1.0/33.9

Таблица 26. Использование процедур медицинского перехода в сравнении с потребностями в них для FtN.

	АРМЕНИЯ	ГРУЗИЯ	КЫРГЫЗСТАН	РОССИЯ	УКРАИНА	ВСЕГО
ЗГТ	16.7/16.7	33.3/33.3	50.0/50.0	17.8/41.1	16.2/40.5	18.3/40.1
Мастэктомия	16.7/16.7	0/50.0	0/0	10.3/49.3	0/54.1	8.1/48.7
Гистерэктомия	16.7/16.7	0/0	0/0	3.4/27.4	0/16.2	3.0/23.9
Метоидиопластика	0/33.3	0/0	0/0	1.4/17.1	0/13.5	1.0/16.2
Фаллопластика	0/33.3	0/0	0/0	1.4/14.4	0/5.4	1.0/12.7

Таблица 2в. Использование процедур медицинского перехода в сравнении с потребностями в них для MtN.

	АРМЕНИЯ	ГРУЗИЯ	КЫРГЫЗСТАН	РОССИЯ	УКРАИНА	ВСЕГО
ЗГТ	0/0	0/25.0	0/71.4	14.3/42.9	0/0	15.8/23.7
Маммопластика	0/0	0/25.0	0/57.1	7.1/7.1	0/0	2.6/18.4
Орхиэктомия	0/0	0/12.5	0/14.3	0/14.3	0/0	0/10.5
Вагинопластика	0/0	0/12.5	0/57.1	0/14.3	0/0	0/18.4

Среднее число неудовлетворённых потребностей в медицинских процедурах (где был дан ответ «хотели бы пройти данную процедуру, но не прошли») равнялось 1.8, медианное — 2. Сравнение по гендерным группам неуместно, так как людям с приписанным при рождении женским и мужским полом давалось на выбор разное число возможных процедур (5 и 4 соответственно).

Уровень гендерной дисфории измерялся по шкале от 0 (нет дисфории) до 10 (очень сильная дисфория). Для всей выборки среднее значение — 5.8, для ТМ — 6.2, FtN — 5.2, MtN — 4.0. Разница по гендерным подгруппам статистически значима (ANOVA, p-value = 1.8e-07). Наблюдается корреляция между числом неудовлетворённых потребностей в медицинских процедурах и уровнем гендерной дисфории ( $r = 0.31$ , p-value = 7.8e-14).

В Таблице 3 приводятся данные по видам секса, которыми респонденты занимались в последние 12 месяцев. Среди ТМ наиболее распространён оральный секс, среди FtN — принимающий вагинальный секс, среди MtN — оральный и анальный секс.



Таблица 3. Виды секса за последние 12 месяцев.

	TM (%)	FtN (%)	MtN (%)
Анальный секс (активная роль)	15.0	16.2	55.3
Анальный секс (принимающая роль)	17.4	15.2	57.9
Вагинальный секс (активная роль)	29.3	24.4	26.3
Вагинальный секс (принимающая роль)	31.3	39.6	2.6
Оральный секс (активная роль)	37.2	36.5	68.4
Оральный секс (принимающая роль)	34.1	35.0	71.1

В Таблице 4 показано, кто были сексуальными партнёрами респондентов в последние 12 месяцев. Наиболее частыми партнёрами TM были цис-женщины, небинарные люди, независимо от пола, приписанного при рождении, цис-мужчины.

Таблица 4. Сексуальные партнёры в последние 12 месяцев.

	TM (%)	FtN (%)	MtN (%)
FtN	10.5	15.2	18.4
MtN	3.4	10.2	36.8
ТЖ	5.9	6.1	10.5
TM	14.3	13.7	13.2
ЦЖ	28.9	16.8	28.9
ЦМ	19.6	21.8	63.2

Число сексуальных партнёров за последние 12 месяцев приводится в Таблице 6. Множественных половых контактов была значительно больше распространено среди MtN, чем среди респондентов с приписанным при рождении женским полом. Корреляция между числом партнёров (с использованием фиктивных переменных: 3 = 3-5; 4 = 6-10; 5 = больше 10) и уровнем гендерной дисфории составила  $r = -0.11$  ( $p$ -value = 0.01), то есть люди, имеющие более высокий уровень дисфории, имели меньше партнёров.

Таблица 5. Число сексуальных партнёров в последние 12 месяцев.

	TM (%)	FtN (%)	MtN (%)
0	21.2	25.4	2.6
1	34.3	26.9	10.5
2	9.3	9.6	13.2
3-5	8.5	9.6	18.4
6-10	1.8	1.5	21.1
Больше 10	2.6	4.1	18.4

Отвечая на вопрос, как часто они пользуются презервативом (по шкале от 0 = всегда до 10 = никогда), участники дали усреднённый ответ — 5.4. Для ТМ — 5.0, FtN — 5.8, MtN — 7.4 (ANOVA, p-value = 2.3e-3). Чаще всего респонденты отмечали, что использование презерватива зависит от степени знакомства с партнёром и его биологического пола: «Никогда не пользуюсь с цис-женщиной — постоянной партнёркой — или когда случайный секс. Практически не пользуюсь с цис-мужчиной — постоянным партнёром. Постоянно пользуюсь с цис-мужчиной, когда не партнёры» (ТМ, 40). Также решение зависело от вида секса: «Не использую при оральном сексе (активная роль). При вагинальном сексе — в активной, пассивной — использую» (ТМ, 25). Барьерная защита может также применяться в гигиенических целях: «У меня постоянный партнёр, мы оба проверены на ИППП и биологически одного пола, поэтому беременность и заражение невозможны, но применяем презерватив/латексную салфетку для гигиены во время анального секса и менструации» (ТМ, 21).

Отвечая на вопрос о принятии себя со стороны сексуального партнёра по шкале от 0 (полное неприятие) до 10 (полное принятие), респонденты дали средний ответ — 8.3. Для ТМ — 8.5, FtN — 7.7, MtN — 8.2 (ANOVA, p-value = 0.03).

В следующем вопросе респондентам предлагалось отметить опыт, повышающий риск заражения ВИЧ, за последние 12 месяцев (Таблица 7). Вовлечённость в секс-работу среди ТМ, согласно нашим данным (4.4%), ниже, чем статистика, полученная в США (17.8%) (Sevelius, 2009). 53.3% американских ТМ употребляли марихуану за последний год, 20.0% — экстази, 17.8% — попперсы (Sevelius, 2009), 8.0% — инъекционные наркотики (Chen et al., 2011); это значительно выше полученных нами данных: 11.9% для неинъекционных психоактивных веществ (ПАВ) и всего 0.4% для инъекционных. В Канаде 42.0% ТМ за последние 12 месяцев занимались сексом в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (Bauer et al., 2012), тогда как наши результаты составляют 25.1% и 6.1% соответственно. Статистически значимые различия по гендерным подгруппам (критерий  $\chi^2$ ) обнаружены для секс-работы (p-value = 0.002), секса в состоянии алкогольного опьянения (0.01) и наркотического опьянения (3.9e-5).

Таблица 6. Опыт, повышающий риск заражения ВИЧ, за последние 12 месяцев.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MtN (%)
Секс-работа	4.6	4.4	3.0	15.8
Секс в состоянии алкогольного опьянения	26.6	25.1	26.4	47.4
Секс в состоянии наркотического опьянения	8.2	6.1	10.2	26.3
Химсекс	4.3	4.0	4.1	10.5
Неинъекционные ПАВ	13.2	11.9	15.7	18.4
Инъекционные ПАВ	0.3	0.4	0	0

Меньше половины респондентов знали о доконтактной профилактике (ДКП) и постконтактной профилактике (ПКП) (Таблица 8). Различия являются статистически значимыми для гендерных групп (ANOVA, p-value = 2.2e-9 для ДКП и 4.4e-4 для ПКП).

Таблица 7. Информированность и использование ДКП и ПКП.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MtN (%)
Я знаю о ДКП и имею опыт её использования	5.9	4.0	6.1	31.6
Я знаю о ДКП, но никогда не пользовался(-ась) ей	39.2	40.8	35.5	36.8
Я ничего не знаю о ДКП	32.7	33.5	34.5	13.2
Я знаю о ПКП и имею опыт её использования	6.2	5.1	5.6	23.7
Я знаю о ПКП, но никогда не пользовался(-ась) ей	40.0	41.8	35.5	39.5
Я ничего не знаю о ПКП	31.4	31.1	34.5	18.4

В следующем вопросе респондентам было предложено расставить в порядке значимости ряд тем, связанных со здоровьем и гендерным переходом (общее число тем = 13). В Таблице 9 показаны средние значения, которые получила каждая из тем. Профилактика и доступ к ВИЧ находится на 11-м месте из 13, что соответствует литературным данным, показывающим низкую приоритетность темы ВИЧ для ТГЛ. Так, в выборке американских ТМ для 87.5% респондентов вопросы ВИЧ не входили в тройку наиболее значимых вопросов, связанных со здоровьем (Reisner, Perkoivich & Mimiaga, 2010). Статистически значимые различия по гендерным группам (ANOVA) для доступа к ВИЧ-сервисам ( $p$ -value =  $1.7e-11$ ), доступа к ЗГТ ( $<2e-16$ ), доступа к операциям ( $9.2e-13$ ), доступа к смене гражданского пола ( $8.0e-12$ ), ментального здоровья ( $3.1e-7$ ), физического ( $2.6e-3$ ), репродуктивного ( $5.8e-7$ ) и сексуального здоровья ( $1.0e-9$ ).

Таблица 8. Значимость тем в порядке убывания.

	Все	ТМ	FtN	MtN
Ментальное здоровье	4.0	4.3	2.9	4.4
Доступ к ЗГТ	4.7	3.9	6.0	8.5
Физическое здоровье	4.9	5.2	4.4	4.1
Трудоустройство	5.5	5.7	5.4	4.4
Доступ к смене гражданского пола	5.7	5.0	6.8	8.4
Принятие со стороны социума	6.5	6.5	6.4	7.1
Доступ к хирургическим вмешательствам	6.6	6.0	7.5	9.5
Романтические/сексуальные отношения	6.9	7.0	6.6	6.7
Принятие со стороны семьи	7.0	7.1	7.1	6.2
Сексуальное здоровье	7.8	8.2	7.2	5.6
Профилактика и лечение ВИЧ	9.6	9.9	9.2	6.8
Репродуктивное здоровье	10.0	10.3	9.7	7.8
Другое	11.8	11.8	11.9	11.4

Следующий блок вопросов был предложен респондентам, ранее указавшим наличие у себя ВИЧ-положительного статуса. Из 8 таких респондентов трое были ТМ из Армении, Кыргызстана и Украины, трое FtN из Армении, Грузии и России, двое MtN из Кыргызстана и России. Средний возраст = 28.1 лет. Шестеро из них (75%) принимали антиретровирусную терапию (АРВТ) регулярно, все они получали терапию в государственных учреждениях. У троих из них (50%) вирусная нагрузка обнаруживается в крови, у остальных троих (50%) — нет. Двое ВИЧ-положительных респондентов (25%) не принимали АРВТ. К сожалению, причины отказа от приёма АРВТ не были указаны никем из них.

ВИЧ-отрицательные респонденты (645 человек, или 87.2% от всей выборки) отметили, что считают свой риск заражения ВИЧ (0 = риска нет, 10 = очень высокий риск) в среднем равным 2.1. С разбивкой на гендерные подгруппы: ТМ — 2.0; FtN — 2.2; MtN — 2.9, разница являлась статистически незначимой (ANOVA, p-value = 0.14). Это наблюдение соответствует данным по ТМ в Канаде, также убеждённым в низких рисках для себя (Namaste, 1999). По мнению одного из респондентов, восприятие своего риска заражения как низкого является причиной недостаточной приоритизации ТМ в ВИЧ-сервисах: «Услуги по ВИЧ менее ориентированы на транс\* мужчин, потому что мы предполагаем, что не подвергаемся риску, так как мы биологически женщины, и считается, что мы должны любить женщин (биологически секс с двумя женщинами менее опасен для передачи ВИЧ), что неверно» (ТМ, 23).

Частота тестирования на ВИЧ среди ВИЧ-отрицательных респондентов показана в Таблице 10. Гендерные различия статистически значимы (ANOVA, p-value = 5.4e-9). Между оценкой своего риска заражения ВИЧ и частотой тестирования (с использованием фиктивных переменных, как выше) наблюдалась корреляция  $r = 0.17$  (p-value = 0.001).

Таблица 9. Частота тестирований на ВИЧ за последние 12 месяцев.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MtN (%)
0	38.0	37.2	42.7	23.3
1	23.4	25.2	21.1	10.0
2	11.2	12.2	8.2	13.3
3-5	5.3	4.5	4.1	23.3
6-10	0.5	0.2	0.0	6.7

В Таблице 10 показаны причины отказа от тестирования на ВИЧ среди ВИЧ-отрицательных респондентов. Ведущей причиной была уверенность в нахождении вне зоны риска (31.9%), например, из-за отсутствия секса или занятия безопасным сексом. Эти данные в целом соответствуют ранее полученным в Бразилии (Costa et al., 2018).

Таблица 10. Причины отказа от тестирования на ВИЧ.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MtN (%)
Я всегда занимаюсь безопасным сексом и считаю, что мне не требуется тестирование	21.6	22.1	19.3	26.7
Я боюсь, что тест может оказаться положительным	2.0	1.6	2.9	3.3
Я не считаю, что нахожусь в зоне риска	31.9	32.4	33.9	13.3
Тестирование не является для меня важным вопросом	4.0	4.1	4.7	0
Я всегда использую чистые иглы и считаю, что мне не требуется тестирование	6.4	6.5	7.0	0
Я чувствую себя здоровым(-ой), поэтому не считаю нужным тестироваться	7.4	7.2	8.8	3.3
У меня не было секса в последнее время, поэтому я не считаю нужным тестироваться	23.7	24.1	25.1	10.0
Я не знаю, где протестироваться анонимно	3.7	2.7	5.3	10.0
Я боюсь негативного отношения сотрудников организаций, проводящих тестирование	2.5	2.9	1.8	0
Я не хочу, чтобы другие люди узнали, что я тестировался(-ась)	1.6	1.6	1.2	3.3
Я не хочу, чтобы мой партнёр(-ка) узнал(-а), что я тестировался(-ась)	0.3	0.5	0	0

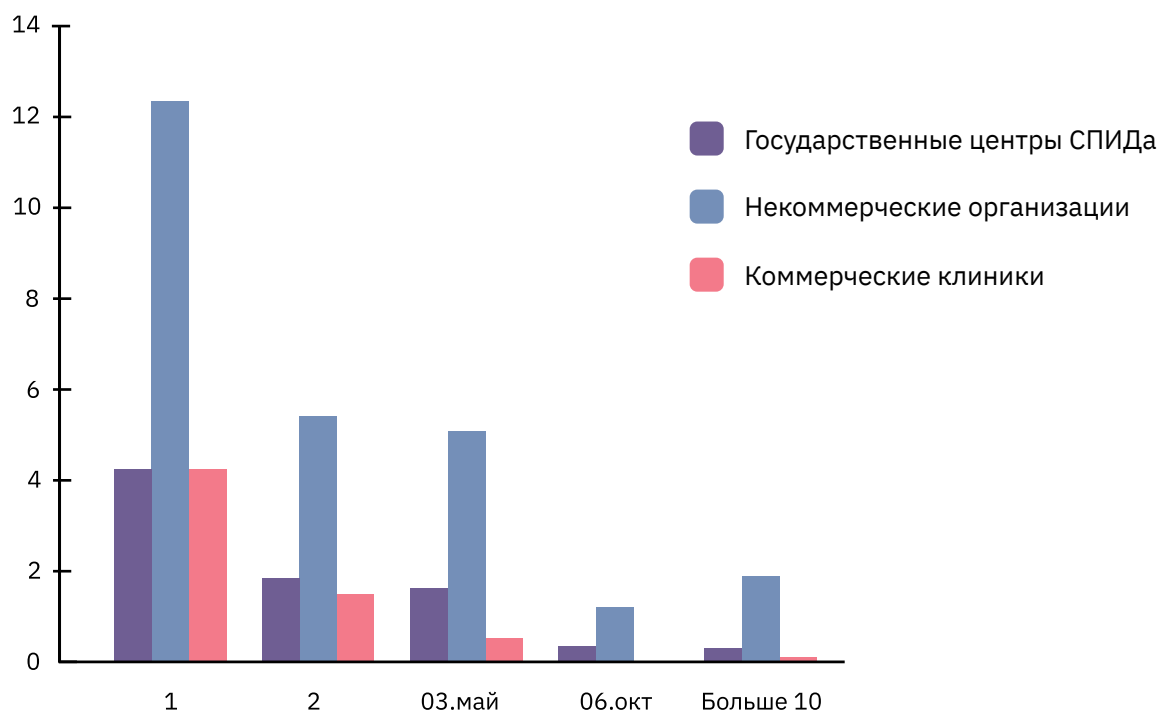
При сравнении ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных респондентов был выявлен ряд закономерностей. В частности, ВИЧ-положительные респонденты чаще занимались секс-работой и сексом в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, включая химсекс, имели большее число сексуальных партнёров, чаще занимались сексом с цисгендерными мужчинами, имели депрессию и считали вопросы ВИЧ более важными для себя. Напротив, различия в употреблении ПАВ, распространённости тревожности, использовании ЗГТ и презервативов, уровне гендерной дисфории, принятии со стороны сексуального партнёра и числе неудовлетворённых медицинских потребностей не были статистически значимыми (Таблица 11). Последнее наблюдение противоречит данным, полученным ранее для ТЖ. Так, Wilson et al. (2015) показали, что ТЖ, прошедшие маммопластику или генитальную операцию, с меньшей вероятностью имели ВИЧ; а Luzzati et al. (2016) показали ассоциацию между возрастом, в котором ТЖ прошли генитальную операцию, и риском ВИЧ, что может служить косвенным доказательством того, что невозможность пройти операцию может являться риск-фактором заражения ВИЧ. Основываясь на этих данных, можно было ожидать ассоциацию между числом неудовлетворённых медицинских потребностей и распространённостью ВИЧ, однако такая ассоциация отсутствует.

Таблица 11. Сравнение ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных респондентов. \* p-value < 0.05, то есть различия статистически значимы; † – критерий  $\chi^2$ ; § – t-критерий Уэлча..

	ВИЧ+ (n = 8)	ВИЧ- (n = 645)	p-value
Опыт секс-работы†	4 (50.0%)	28 (4.3%)	1.5e-8 *
Секс в состоянии алкогольного опьянения†	7 (87.5%)	159 (24.7%)	2.6e-4 *
Секс в состоянии наркотического опьянения†	3 (37.5%)	49 (7.6%)	4.8e-3 *
Химсекс†	3 (37.5%)	23 (3.6%)	4.2e-6 *
ПАВ: неинъекционные / инъекционные†	3 (37.5%) / 0 (0.0%)	84 (13.3%) / 2 (0.3%)	0.15
Число сексуальных партнёров: 0 / 1 / 2 / 3-5 / 6-10 / >10†	0 (0.0%) / 0 (0.0%) / 1 (12.5%) / 2 (25.0%) / 0 (0.0%) / 5 (62.5%)	145 (22.5%) / 200 (31.0%) / 64 (9.9%) / 61 (9.5%) / 17 (2.6%) / 16 (2.5%)	1.3e-14 *
Секс с трансгендерными мужчинами†	8 (100.0%)	138 (21.4%)	1.1e-6 *
Депрессия†	6 (75.0%)	417 (64.7%)	2.2e-16 *
Тревожность†	7 (87.5%)	492 (76.3%)	0.8
ЗГТ: прошли / хотели бы пройти†	4 (50.0%) / 4 (50.0%)	240 (37.2%) / 193 (32.9%)	0.18
Использование презерватива (0 = никогда, 10 = всегда)§	7.1	5.3	0.25
Важность ВИЧ (1 = очень важно, 13 = неважно)§	4.8	9.6	8.4e-3 *
Уровень гендерной дисфории (0 = нет, 10 сильная)§	5.9	5.8	1.0
Число неудовлетворённых медицинских потребностей§	2.0	1.9	0.9
Принятие сексуальным партнёром (0 = полное неприятие, 10 = полное принятие)§	7.2	8.2	0.3

Отвечая на вопрос, сколько раз они обращались за получением услуг в сфере ВИЧ за последние 12 месяцев, респонденты дали ответы, показанные на Рисунке 1. Больше всего обращений было зарегистрировано в НКО, что связано с более высоким уровнем компетентности их сотрудников в вопросах трансгендерности: «Я предпочитаю посещать только транс-компетентные или ЛГБТ-организации. Я, скорее, откажусь от любой помощи, даже нуждаясь в ней, чем обращусь в обычную» (ТМ, 25).

Рис. 1. Обращаемость за услугами в сфере ВИЧ за последние 12 месяцев.



Больше всего респонденты обращались за тестированием на ВИЧ (30.4%), на втором месте — получение презервативов и смазок (17.2%) (Таблица 12). За получением АРВТ обращались 9 человек (1.2%), тогда как ВИЧ-положительный статус указали 8 человек, из которых только 6 отметили, что находятся на АРВТ. Таким образом, в выборке было три человека, указавших, что получали АРВТ, но являются ВИЧ-отрицательными. К сожалению, нет возможности проверить, в каком случае был указан неверный ответ. Различия по гендерным подгруппам статистически значимы (критерий  $\chi^2$ , p-value = 1.8e-6).

Таблица 12. Причины обращения в ВИЧ-сервисные организации.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MtN (%)
Тестирование на ВИЧ	30.4	31.1	25.4	47.4
Получение информации о ВИЧ	7.8	8.1	6.6	10.5
Получение бесплатных презервативов и/или смазок	17.2	15.6	13.7	55.3
Получение АРВ-терапии	1.2	0.6	1.5	7.9

Барьеры в получении ВИЧ-сервисов показаны в Таблице 13. Вопрос не содержал поля для открытого ответа, однако, отвечая на другой вопрос, один респондент привёл пример негативного опыта: «Во время последнего тестирования, куда мы пришли вместе с партнёршей, получили от работницы приглашение «приводить также своих ребят на анализы», после уточнения, что мы в отношениях друг с другом, имели определённый дискомфорт в коммуникации» (FtN, 23). Результаты соответствуют данным международных исследований, также показывавших среди ведущих причин страх плохого обращения (Peters 2016; Scheim & Travers, 2017; Perez-Brumer et al., 2018). Различия по гендерным подгруппам статистически значимы (критерий  $\chi^2$ , p-value = 0.01).

Таблица 13. Барьеры в получении ВИЧ-сервисов.

	Все (%)	ТМ (%)	FtN (%)	MtN (%)
Страх дискриминации, негативного обращения, отказа в предоставлении услуг	10.3	9.5	10.7	18.4
Страх мисгендеринга или деднейминга	13.6	13.7	14.7	7.9
Отсутствие у сотрудников компетентности в работе с трансгендерными людьми	14.6	16.2	12.2	5.3
Необходимость раскрывать факт своей трансгендерности	13.9	17.0	7.6	5.3
Необходимость указывать в анкетах пол и имя согласно паспортным данным	14.7	14.3	16.8	10.5
Страх раскрытия вашей гендерной идентичности без вашего согласия	10.8	11.7	10.2	2.6
Страх раскрытия вашего ВИЧ-статуса без вашего согласия	4.5	4.0	4.6	10.5

Отвечая на открытый вопрос, что бы они сделали, чтобы посещение ВИЧ-сервисных организаций стало более комфортным для них, 9 человек отметили важность наличия равных консультантов (других ТГЛ) в ВИЧ-сервисных организациях. 26 высказались о необходимости повышать компетентность и тактичность трансгендерных сотрудников: «Повышение информированности врачей о транс\* персонах, обучение работе с такими людьми, понимание особенностей организма на ЗГТ» (ТМ, 24). 11 отметили анонимность и конфиденциальность: «Было бы удобнее, если бы всё проходило более анонимно, или эта тема в принципе была менее табуирована» (ТМ, 22). Ещё 6 предпочли бы не указывать паспортные данные и выбирать имя, по которому к ним обращаются. 8 высказались о необходимости более широких изменений на уровне социума, включая дестигматизацию и депатологизацию: «Считаю нужным открыто говорить о трансгендерности, таким образом увеличивая видимость транс\*сообщества, это позволит другим людям с комьюнити чувствовать себя комфортнее и медработникам лучше нас понимать» (ТМ, 21). Или: «Поменял бы настрой общества и внутреннюю политику страны в целом, иначе комфортнее не становится» (ТМ, 23).

По мнению одного человека, ВИЧ-сервисы в некоммерческих структурах должны быть доступны не только для ключевых групп: «ВИЧ-сервис в ОО [общественных организациях] — наиболее комфортный и доступный из всех. Но мне было бы комфортнее, если бы у меня была такая возможность, потому что я человек, а не потому, что у меня та или иная идентичность. Потому что я прохожу там как МСМ» (MtN, 26). Двое беспокоились о том, что посещение ими ВИЧ-сервисных организаций может привести к стигме, а следовательно необходимо «снизить узкоспециализированность, когда всем окружающим понятно, куда я иду» (ТМ, 28), или «региональные центры должны находиться в более секретных местах» (ТМ, 19). Организации, работающие с ТГЛ, должны размещать информацию об этом на своих сайтах и в социальных сетях: «Размещение корректной информации о профилактике и лечении ВИЧ для транс\* и небинарных людей в интернет-ресурсах таких центров, чтобы можно было легко оценить уровень компетентности и степень безопасности посещения организации» (ТМ, 29).



Несколько комментариев касались организационных моментов: «Отсутствие очередей и бюрократия» (ТМ, 24). Или: «Какую-то интерактивную карту и понятное расписание. Чтобы было как можно легче запланировать визит и было точно понятно, потрачу ли я там деньги и какие. К финансовым сюрпризам или потратить час на дорогу к закрытой двери я не готов» (FtN, 22). Также высказывались пожелания сделать ДКП бесплатной и получать АРВТ препараты на дому. Аналогичные пожелания высказывали и ТГЛ в международных исследованиях, однако примечательно, что никто из респондентов в ВЕЦА не упомянул о важности совмещения ВИЧ-сервисов с предоставлением гормональных препаратов, о чём сообщалось в предыдущих исследованиях (Scheim & Travers, 2017).



## ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о том, что распространённость ВИЧ и рискованного поведения среди ТМ в ВЕЦА может быть ниже, чем в других частях света, в частности, в Северной Америке, откуда имеется больше всего данных (Таблица 14). Этому может быть несколько объяснений. Во-первых, транс\* организации, через которые распространялась анкета, могли иметь недостаточный выход на ТГЛ, принадлежащих к другим ключевым группам (секс-работники, наркопотребители, мигранты). Например, недавнее исследование показало, что значительная доля трансгендерных мигрантов в России (среди которых многие заняты в сфере секс-услуг) не осведомлена о существовании транс\* организаций (Kirey-Sitnikova, 2023). С другой стороны, стигматизация и маргинализация ТГЛ в США, где тема трансгендерности получает больше общественного освещения и выше степень социального расслоения (коэффициент Джини), может быть выше. Так, по данным проекта Trans Murder Monitoring, в пяти обсуждаемых странах ВЕЦА было совершено совокупно 13 убийств ТГЛ (на 203 млн. жителей, то есть  $6.4e-8$ ), тогда как в США зарегистрировано 375 убийств (на 332 млн. жителей, то есть  $1.1e-6$ ), таким образом, в 17 раз больше (Transrespect versus Transphobia, 2023). Похожие различия мы видим и при сравнении распространённости суицидальных попыток среди ТГЛ: 40.0% в США (James et al., 2016) и 12.6% в России (Соловьева и др., 2022). В качестве альтернативного объяснения можно предложить культуральные различия, например, в отношении к сексу и ПАВ, принятие ТМ в качестве мужчин со стороны цисгендерных МСМ, однако эта гипотеза требует дальнейшего изучения.

Таблица 14. Распространённость ВИЧ и рискованного поведения среди ТМ в ВЕЦА и Северной Америке.

	ВЕЦА	СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА
Распространённость ВИЧ	0.6%с	2.6% - 3.2%
Секс-работа в последние 12 месяцев	4.4%	17.8%
ПАВ в последние 12 месяцев	11.9% — неинъекционные, 0.4% — инъекционные	53.3% марихуана, 20.0% — экстази, 17.8% — попперсы, 8.0% — инъекционные ПАВ
Секс в состоянии алкогольного опьянения	25.1%	42.0% — общее
Секс в состоянии наркотического опьянения	6.1%	










При сравнении ВИЧ-положительных и отрицательных респондентов выяснилось, что первые чаще занимались секс-работой и сексом в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, включая химсекс, имели большее число сексуальных партнёров, чаще занимались сексом с цисгендерными мужчинами, имели депрессию и считали вопросы ВИЧ более важными для себя. Эти ассоциации не обязательно означают причинно-следственные связи, однако логично говорить о том, что небезопасный секс, особенно с цисгендерными мужчинами, является риск-фактором заражения ВИЧ.

Несмотря на это, респонденты оценивали свой риск заражения как достаточно низкий, что являлось ведущей причиной отказа от тестирования. Большинство предпочитали получать услуги в сфере ВИЧ в НКО. Из пожеланий по совершенствованию качества услуг отмечалось: найм ТГЛ (равных консультантов) в ВИЧ-сервисные организации, повышение информированности сотрудников о трансгендерности, возможность не указывать паспортные данные, гарантии анонимности и конфиденциальности.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222.
- Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K., & Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 12(1), 1–12.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2019). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), 1–8.
- Chen, S., McFarland, W., Thompson, H. M., & Raymond, H. F. (2011). Transmen in San Francisco: What do we know from HIV test site data? *AIDS and Behavior*, 15(3), 659–662.
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT health*, 8(6), 412–419.
- Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Schwarz, K., Stucky, J. L., Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., & Koller, S. H. (2018). HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS and Behavior*, 22(8), 2534–2542.
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). Executive Summary of the Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Kenagy, G. P., & Hsieh, C. M. (2005). The risk less known: Female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection. *AIDS Care*, 17(2), 195–207.
- Kirey-Sitnikova, Y. (2023). Experiences of Transgender Migrants from Central Asia Living in Russia. Association for Asian Studies 2023 Annual Conference, Virtual.
- Luzzati, R., Zatta, M., Pavan, N., Serafin, M., Maurel, C., Trombetta, C., & Barbone, F. (2016). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among transgender persons referred to an Italian center for total sex reassignment surgery. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(7), 407–411.
- Namaste, V. K. (1999). HIV/AIDS and female-to-male transsexuals and transvestites: Results from a needs assessment in Quebec. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2.
- Perez-Brumer, A., Nunn, A., Hsiang, E., Oldenburg, C., Bender, M., Beauchamps, L., Mena, L., & MacCarthy, S. (2018). We don't treat your kind»: Assessing HIV health needs holistically among transgender people

-  Peters, M. M. (2016). They wrote “gay” on her file’: Transgender Ugandans in HIV prevention and treatment. *Culture, Health & Sexuality*, 18(1), 84–98.
-  Reisner, S. L., Perkovich, B., & Mimiaga, M. J. (2010). A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(8), 501–513.
-  Scheim, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990–995.
-  Sevelius, J. (2009). There’s no pamphlet for the kind of sex I have”: HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with nontransgender men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 398–410.
-  Stutterheim, S. E., Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021). The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(12), 0260063.
-  Transrespect versus Transphobia (2023). TMM Absolute numbers (2008 - Sept 2022). Transgender Europe. URL: <https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/>
-  Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women’s utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192.
-  Кирей-Ситникова, Я. (2023). Трансгендерные мужчины и небинарные люди в контексте ВИЧ. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 15(3).
-  Соловьева, Н. В., Креницкая, С. А., & Макарова, Е. В. (2022). Клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию лиц с гендерным несоответствием. *Медицинский вестник Юга России*, 13(3), 50–58.

*Сбор, анализ данных и подготовку отчета  
выполнила независимая исследовательница  
Яна Кирей-Ситникова*

The logo for ECOM, featuring a white icon of a 3x3 grid of squares to the left of the word "ECOM" in a bold, white, sans-serif font. The background is a vibrant, abstract pattern of purple, blue, red, and teal shapes, including circles, lines, and organic forms.