

ИРИНА КАРАГАПОЛОВА
ВЯЧЕСЛАВ КАРАГАПОНОВ

ТРАНСГЕНДЕРНОСТЬ: УТВЕРЖДАЯ РАЗНООБРАЗИЕ

ИЗБРАННЫЕ СТАТЬИ И ЛЕКЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2021

Трансгендерность: утверждая разнообразие. Избранные статьи и лекции / Ирина Карагаполова, Вячеслав Карагаполов. — СПб.: Транс-инициативная группа «Т-Действие», 2021. — 78 с.

В сборнике представлены избранные статьи и лекции транс-союзников и дружественных специалистов Ирины и Вячеслава Карагаполовых, в которых отражен сегодняшний взгляд на подходы к помощи трансгендерным и небинарным людям, взгляд, который учитывает актуальные мировые тенденции, историческую перспективу, региональные контекстные рамки и опыт, изменчивость и развитие этой темы.

Сборник предназначен для ознакомления медицинских и других помогающих специалистов с актуальными на текущий момент времени позициями в вопросах гендерного разнообразия, аффирмативным подходом к помощи трансгендерным и небинарным людям, историей развития профессиональных позиций и помогающих практик в мире и русскоязычном пространстве, а также с этическими принципами при оказании помощи, одобряемыми транслюдьми. Сборник может быть полезен транс-активисткам и транс-активистам в работе, нацеленной на улучшение доступа трансгендерных и небинарных людей к необходимой помощи, и всем, для кого важна тема гендерного разнообразия, а неравенство в отношении трансгендерных и небинарных людей не оставляет равнодушными.

Об авторах:

Ирина Карагаполова

врач-психиатр, сексолог, специалистка по развитию помощи транслюдям, автор образовательных и просветительских программ по вопросам СОГИИВ, исследовательница; член WPATH (Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей) и Российского научного сексологического общества; в 2016 году за многолетнюю работу в области просвещения в вопросах гендерного и сексуального многообразия и защиту прав человека награждена премией Гарри Бенджамина.

Вячеслав Карагаполов

врач-психотерапевт, специалист по аффирмативному (гендер-утверждающему) психологическому сопровождению и психотерапевтической помощи трансгендерным и небинарным людям.

© Ирина Карагаполова, Вячеслав Карагаполов

Дизайн и верстка: Карл Мартин

Редактура: Вячеслав Карагаполов

Корректура: Марк Кантуров



СОДЕРЖАНИЕ

Вступление.	4
Специфический глоссарий	5
Реалии существования транслюдей.	11
Начало гуманистического этапа в развитии дискурса и практик помощи людям, чья гендерная идентичность отличается от пола, зарегистрированного при рождении.	14
Позиции и подходы к помощи трансгендерным людям в советском и постсоветском здравоохранении.	24
Актуальные подходы к помощи трансгендерным и небинарным людям	36
Поддержка трансгендерных, гендерно- неконформных и небинарных детей и подростков и их семей	45
Транстактичность. «Не навреди» в действии	53
Немного размышлений о том, как формируется сексуальная культура трансгендерных и небинарных людей и от чего может зависеть благополучие их сексуальной жизни.	59
Психотерапевтическое сопровождение трансгендерных и небинарных людей. Актуальный дискурс и аутентичность	69

ВСТУПЛЕНИЕ

Перед вами книга, которая уже очень давно должна была появиться на русском языке, и я рад, что это наконец случилось.

Ирина Карагаполова — психиатр, сексолог, член Всемирной ассоциации профессионалов по здоровью трансгендерных людей. Вячеслав Карагаполов — психиатр и психотерапевт. Ирина и Вячеслав много лет работают с трансгендерными людьми. Но это еще не все. Ирина и Вячеслав — наши давние союзники. Не только «Т-Действия», но и транс-сообщества и транс-активистов на всем русскоязычном пространстве. Они — одни из первых медицинских профессионалов, кто, помимо поддержки трансгендерных людей, стали посредниками, своего рода мостом, между трансгендерным сообществом и медицинским и психологическим сообществом, теми, кто начали формирование поддерживающего профессионального сообщества в русскоязычном пространстве и не только, на практике сформировали актуальные стандарты помощи трансгендерным людям в нашем регионе. В 2016 году Ирина Карагаполова стала лауреатом премии Гарри Бенджамина за вклад в развитие научных представлений о трансгендерности.

Эта книга — тоже своего рода мост. Между транс-сообществом и помогающими специалистами, между историей развития научных идей о трансгендерности и современными реалиями и даже немного между настоящим и будущим помогающих подходов в работе с трансгендерными людьми.

В эту книгу вошли как статьи, уже опубликованные ранее в других сборниках, и тезисы к конференциям, так и тексты, специально написанные для этого сборника. Внутри книги — авторский глоссарий, который не ограничивается сухими определениями терминов, а приглашает нас к рефлексии, история развития как зарубежных, так и отечественных гуманистических подходов к трансгендерности, а также описание актуальных подходов к помощи трансгендерным людям и практические рекомендации помогающим специалистам, в том числе по таким мало описанным темам, как работа с гендерно-неконформными детьми и подростками.

Если вы прочитали это предисловие, значит, вы уже сделали свой первый шаг по этой книге-мосту. Счастливого вам перехода!

*Антон Макинтош,
транс-инициативная группа «Т-Действие»*

СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ГЛОССАРИЙ

Из «Книжки для родных и близких людей,
ЧЬЕ САМООЩУЩЕНИЕ И САМООПРЕДЕЛЕНИЕ ОТЛИЧАЕТСЯ
ОТ ПОЛА, УСТАНОВЛЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ»

Бишкек, 2019

Пол — заключение о половых признаках человека, которое, чаще всего, делается сразу после рождения, регистрируется как «мужской» или «женский» с помощью гендерного маркера (паспортного/гражданского пола). Заключение делается обычно на основании внешнего вида наружных половых органов, а при необходимости — с учетом других **половых признаков** (хромосомного набора, половых желез, гормонов).

Гендер, или социокультурный пол человека. Это некий «социальный норматив», определяющий роль и поведение «мужчин» и «женщин» в обществе, который задается и подкрепляется обществом, государством, да и самими людьми.

Это условный набор предписаний о том, что значит «быть мужчиной» или «быть женщиной», социальных и культурных ожиданий и требований в отношении мужчин и женщин, мальчиков и девочек, стандартов всего «мужского» и «женского».

Эти гендерные предписания могут касаться того, как людям выглядеть, как себя вести, как проявлять эмоции, чем заниматься или не заниматься, какие выбирать профессии и работы, какими быть. Предписаны они, прежде всего, в соответствии с зарегистрированным полом.

Основаны эти социокультурные «нормативы» на усредненных, обобщенных и стереотипных представлениях о «мужчинах» и «женщинах» без учета индивидуальности и разнообразия.

Социокультурные требования к маскулинности (мужественности) и феминности (женственности) зависят еще и от этноса, традиций, территории проживания и времени действия.

Гендерная идентичность — самоосознавание и самоопределение человека как «мужчины», «женщины», сочетания «того и другого» или «ни того, ни другого». Гендерная идентичность человека может либо совпадать с полом, определенным и зарегистрированным при рождении, либо отличаться от него.

Людей, чья гендерная идентичность совпадает с полом, зарегистрированным при рождении, называют **цисгендерными**.

Людей, чья гендерная идентичность отличается от пола, зарегистрированного при рождении, — **трансгендерными**, транссексуальными, **гендерно-неконформными** или **небинарными**.

Трансгендерные люди — люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, зарегистрированного при рождении.

Трансгендерные люди могут лишь ощущать и осознавать себя людьми иного, несовпадающего с полом, гендера. А могут еще и испытывать тяжелые переживания и дискомфорт (гендерную дисфорию) в связи с этим несовпадением. Кроме этого и в связи с этим трансгендерные люди могут приводить свой образ, тело, социальную роль и документы в соответствие со своей гендерной идентичностью, в соответствие с тем, кем себя чувствуют и как самоопределяются. Это зависит от переживаний и потребностей людей и их представлений о себе и своей жизни.

Трансмужчины, или **трансгендерные мужчины** — это мужчины, чей пол при рождении был зарегистрирован как женский, а чувствуют и определяют они себя мужчинами. Их гендерная идентичность — мужская. В некоторых случаях они говорят о себе именно как о трансгендерных мужчинах.

Трансженщины, или **трансгендерные женщины** — это женщины, чей пол при рождении был зарегистрирован как мужской, а чувствуют и определяют они себя женщинами. Их гендерная идентичность — женская. В некоторых случаях они говорят о себе именно как о трансгендерных женщинах.

Иногда люди называют себя **транссексуальными**, возможно, тем самым подчеркивая медицинскую природу своей идентичности и потребность привести свое тело / половые признаки в соответствие с гендером самоопределения. Термин происходит от медицинского «транссексуализм/транссексуальность» — устаревшего, но все еще используемого, прежде всего потому, что присутствует в официальном языке системы здравоохранения.

Некоторые люди не определяют себя ни мужчинами, ни женщинами, не чувствуют себя комфортно в рамках обоих гендеров или не хотят самоопределяться в бинарной (двоичной) системе, подразумевающей деление лишь на «мужчин» и «женщин». Они не могут соотнести свою гендерную идентичность с «мужской» или «женской». Их гендерная идентичность, а также гендерная роль и гендерное самовыражение

могут отличаться от общепринятых в данной культуре и историческом периоде как для их зарегистрированного пола, так и для «противоположного». Они могут называть себя **небинарными, гендерно-неконформными** или как-то еще.

Некоторые люди, чья гендерная идентичность переменчива, могут называть себя **гендерно-флюидными** или говорить, что у них «**плавающий**» или «**меняющийся**» гендер. Некоторые ощущают себя и в мужском, и в женском гендере и называют себя **бигендерными**. А другие не отождествляют себя ни с одним из предложенных обществом гендеров и говорят о себе как об **агендерных людях**, подчеркивая, что не никак не идентифицируют себя в гендерной системе.

Иногда людям, вне зависимости от их гендерной идентичности, важно подчеркнуть свой транс-опыт и «направление» трансперехода. Тогда они могут говорить о себе: «я — **трансмаскулинный (трансфеминный) человек**».

Многие люди транслируют свой гендер и/или гендерную идентичность через **гендерное самовыражение**. Гендерное самовыражение — способ презентации себя в гендере самоопределения. Это касается особенностей внешности, например прически и одежды, выбора аксессуаров, личностных и поведенческих проявлений, иных атрибутов, которые в данной культуре и историческом периоде считаются присущими мужскому или женскому, но может выражаться в альтернативном, смешанном или неопределенном варианте. Гендерное самовыражение может совпадать или не совпадать с гендерной идентичностью человека.

Многие трансгендерные и небинарные люди испытывают серьезный дискомфорт от несоответствия своей гендерной идентичности зарегистрированному полу и половым признакам, который называется **гендерной дисфорией**.

Эти переживания могут относиться к строению тела и предписанному гендеру и достигать уровня глубоких страданий, которым сопутствуют тревога, депрессивные симптомы и даже суицидальные тенденции.

Такие тяжелые переживания есть не у всех транслюдей. Но люди, которые испытывают гендерную дисфорию, могут страдать от «неподходящих» половых признаков, тела, внешнего вида и стремиться привести их в максимальное соответствие со своей гендерной идентичностью, со своими представлениями о комфортном теле и своем образе, которые могут быть основаны на усвоенных общепринятых

представлениях о мужских и женских образах. Стремление преодолеть гендерную дисфорию — это, прежде всего, желание обрести комфорт со своей идентичностью и телом или потребность быть принятыми близкими и/или обществом в ощущаемом гендере.

Гендерная дисфория, вернее уровень ее интенсивности, может изменяться. В течение жизни или даже в течение дня. Это может зависеть от разных факторов — например, от удачных или неудачных шагов трансгендерного перехода, степени принятия близкими, восприятия человека окружающими или самим собой, разных других причин. А может не зависеть от них. Но ее, безусловно, гораздо легче переносить, если рядом есть принимающие и поддерживающие люди, возможность получить помощь, безопасная среда. А еще гендерная дисфория напрямую зависит от того, насколько развиты в человеке и вокруг гендерные стереотипы о том, «каким должен быть» и «как должен выглядеть» человек в своем гендере.

Многие трансгендерные и небинарные люди осуществляют **трансгендерный переход**.

Это период времени и набор действий, когда люди изменяют приписанную им с рождения гендерную роль на другую — желаемую и максимально соответствующую их гендерной идентичности.

В процессе перехода люди могут изменить свой образ и стиль одежды на более подходящий их гендерной идентичности и представлению о себе, выбрать себе новое имя, изменить местоимение. Кто-то нуждается в медицинских вмешательствах, направленных на приведение своего тела в соответствие с гендерной идентичностью: маскулинизации или феминизации с помощью гормонов или хирургических операций. Для многих важным является **юридическое признание гендера** — смена гендерного маркера (паспортного пола), имени и других персональных данных в документах, удостоверяющих личность. И для большинства важным шагом является раскрытие своей идентичности окружающим и принятие и признание в их гендерной идентичности.

Гендерное несоответствие — это новое, обобщающее название для разных вариантов несоответствия гендерной идентичности полу, определенному и зарегистрированному при рождении. Это название предложено Всемирной организацией здравоохранения, чтобы выделить группу людей, которые могут нуждаться в медико-социальной и психологической помощи, направленной на подтверждение идентичности человека, приведение тела в соответствие с собственным самоощущением и самоопределением, преодоление дискомфорта

от несоответствия (гендерной дисфории), адаптацию и социализацию в гендере, соответствующем гендерной идентичности человека, максимально комфортную реализацию себя в личной, профессиональной, творческой и иных сферах.

Из-за малой просвещенности социума и государства в вопросах гендерного многообразия и в связи с низким уровнем социальной терпимости по отношению к любым «отличающимся» людям отношение к транслюдям в обществе зачастую трансфобное. **Трансфобия** — это необоснованные, иррациональные отрицательные эмоции, испытываемые по отношению к людям с отличающимися «от общепринятых» гендерной идентичностью и гендерным самовыражением, которые могут выражаться в негативном отношении, страхе, неприязни, открытой ненависти и даже насилии. Некоторые транслюди, выросшие в атмосфере трансфобного общества, семьи, культуры могут усваивать это отношение, и тогда у них развивается **внутренняя (усвоенная, интернализированная) трансфобия**. Они начинают испытывать сложный комплекс негативных чувств: страха, вины, стыда, неприятия, сомнений, отрицания в отношении себя и собственной трансгендерной идентичности (и идентичности других транслюдей), связанный с оценкой ее как возможно неправильной, греховной, болезненной, постыдной. Помочь в профилактике и преодолении внешней и внутренней трансфобии может политика государства, защищающая всех своих граждан, просвещение общества — в том числе в вопросах гендерного разнообразия, помогающая и поддерживающая работа с самими трансгендерными людьми, работа с их близкими и окружением, направленная на то, чтобы разъяснить, что так бывает: некоторые люди не похожи на других, есть те, чье самоощущение и самоопределение отличаются от пола, установленного при рождении, и они могут жить и быть счастливыми, если им дать возможность быть самими собой и жить так, как им наиболее комфортно в этом и без того непростом мире.

В страхе перед непониманием, неприятием, трансфобией трансгендерные и небинарные люди могут скрывать свою идентичность, свою историю, часть своей жизни даже от самых близких. Но это довольно нелегкий путь, который заставляет людей жить «двойной жизнью», многое скрывать, притворяться, обманывать. Это происходит оттого, что люди боятся оказаться в ситуации, когда самые родные люди не пытаются их услышать и понять, могут начать перевоспитывать их, подвергать сомнению их идентичность, стремиться «исправить», наказать или даже отвергнуть их. Но зачастую люди нуждаются в открытии близким, и тогда они делают **каминаут** — раскрываются, или, как

об этом часто говорят, «выходят из подполья». Это очень серьезный шаг в жизни человека. Иногда каминдут делают тем, от кого что-то зависит в их жизни: врачам, партнерам, работодателям. Не всегда раскрытие заканчивается благополучно, так как в мире очень много трансфобии и предрассудков, люди мало знают о гендерном разнообразии и их представления часто искаженные и демонизированные. Однако жить скрывая — не выход, потому что зачастую человек меняется внешне, перестает соответствовать фотографии и данным в паспорте, и вообще, очень трудно жить не в своем гендере, под неподходящим и иногда ненавистным именем, притворяться тем, кем себя не ощущаешь. Иногда людям легче открыться внешнему миру, чем своим близким, потому что получить дозу непонимания и агрессивной трансфобии от чужих не так больно, как от самых близких. Или потому, что испытывают чувство вины оттого, что невольно расстроили, разочаровали или ранили своих родных. Но люди стремятся открыть себя самым близким и родным. И очень важно, чтобы в этой ситуации самые близкие смогли услышать их, попытаться понять, не отказываться от своего родного, разобраться в том, что с ним происходит. Потому что каждый и каждая ждут от своих родных и близких, что их смогут понять, принять, поддержать, защитить, потому что их любят.

Важно, чтобы человек раскрывался, делал свой каминдут осознанно, по собственному желанию и ясно понимая цели и последствия. Здорово, если то, как это будет сделано, будет продумано заранее.

Однако иногда за человека это делают другие люди или вынуждают сделать это без желания. Такое насильственное раскрытие идентичности человека называют **аутинг**. Это всегда очень травматично для человека и его близких и часто имеет неприятные и даже опасные последствия. Если это аутинг на работе, человек может подвергнуться насмешкам, унижению или даже потеряет работу. Если это аутинг публичный, человеку может грозить опасность. Если это аутинг родным, то, будучи неподготовленными, они могут оказаться несправедливо суровыми, совершить необдуманные и ошибочные действия, да и для самого человека это станет экстремальной вынужденной ситуацией.

В противовес этому осознанное раскрытие — каминдут — это возможность заявить о себе в комфортном гендере, рассказать людям о гендерном многообразии, требовать равных прав, жить открыто и открыто строить взаимоотношения с этим миром и своими близкими.

РЕАЛИИ СУЩЕСТВОВАНИЯ ТРАНСЛЮДЕЙ

Из сборника МАТЕРИАЛОВ
Первой ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ТРАНСЛЮДЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ»
КЫРГЫЗСТАН, БИШКЕК, 2019

В центре нашего внимания — здоровье и качество жизни трансгендерных, небинарных, трансмаскулинных и трансфеминных людей — людей, чья самоидентификация (самоощущение и самоопределение), а возможно и самовыражение, отличаются от пола, установленного и зарегистрированного при рождении.

Не только в странах Восточной Европы и Центральной Азии, но и во всем мире транслюди живут в обществе, которое крайне мало знает о гендерном многообразии, поддерживает патриархальные гендерные стереотипы, зачастую нетерпимо к разного рода инаковости, практикует гендерное насилие, где наказывают и даже могут убить тех, кто не вписывается в общепринятые стандарты.

Порой даже семья не понимает и не принимает транслюдей, стыдится и стыдит их, ограничивает их свободу, подавляет желания, стремится исправить и наказывает, а порой изгоняет из дома.

Начиная учебу в школе и сталкиваясь со своим первым социумом, гендерно-неконформные дети оказываются в условиях неравенства и травли, получают первый опыт дискриминации и насилия, иногда не имеют возможности удовлетворять свои базовые потребности, например пользоваться туалетом — из-за сложности выбора двери в гендерированное пространство или ожидания опасности за любой из них. Они оказываются в ситуации, где даже педагоги часто не защищают их и не помогают им, а, подчеркивая их отличия, не всегда в корректной манере, способствуют тому, что отличающиеся дети пребывают в отчуждении и становятся изгоями. Необходимость выживания в такого рода условиях вынуждает детей учиться жить двойной жизнью, может стать барьером в развитии и самореализации, способствует самостигматизации и развитию интернализованной трансфобии.

Зачастую после школы гендерно-неконформные дети встречаются с препятствиями в получении дальнейшего образования, так как оказываются в ситуации несовпадения гендерного маркера (паспортного пола) в документах с их самовыражением, не могут или не хотят продолжать нежелательную социализацию — и откладывают продолжение

обучения до смены гендерного маркера в документах и в ожидании качественного пасса или вообще не имеют возможности получить профессию в отсутствие финансовой поддержки от семьи и в связи с необходимостью выживать.

В сфере труда те, о чьем несоответствии зарегистрированному полу становится известно, могут столкнуться с угрозой потери работы, унижениями на рабочем месте, «стеклянным потолком» в продвижении, профессиональном развитии и карьере. Многие вынуждены или предпочитают работать не по специальности, на малоквалифицированных работах, удаленно, чтобы минимизировать риски раскрытия идентичности и неприятные и опасные последствия этого.

Система здравоохранения зачастую не ориентирована на специфические потребности транслюдей и не включает услуг, отвечающих им. Поэтому люди могут столкнуться с отказом в помощи, получить помощь невысокого качества из-за профессиональной некомпетентности специалистов в трансвопросах. Люди избегают обращаться за помощью и зачастую прибегают к самолечению из-за страха столкнуться с предубеждениями специалистов или не надеясь на эффективный результат.

Права транслюдей как граждан своих стран гарантированы, но зачастую нарушаются, и это подкрепляется дискриминационными законодательными инициативами. СМИ порой искажают действительность, формируют мифологию, ужесточают стереотипы, подвергают опасности, способствуют разжиганию вражды и ненависти, прямо или опосредованно поддерживают трансфобию.

Транслюди нуждаются в том, чтобы в их странах была возможность иметь документы, соответствующие гендерной идентичности человека, на основе самоопределения, без необоснованных требований, унижительных процедур и репрессивных условий. Транслюди хотят быть защищенными от дискриминации и насилия, надеются на справедливый суд. Транслюдям необходима доступная аффирмативная этичная помощь специалистов, основанная на индивидуальных потребностях, направленная на признание и подтверждение их гендерной идентичности, преодоление гендерной дисфории, поиск максимально комфортного образа «я» и формирование комфортной телесности. Транслюдям хотелось бы, чтобы помогающие специалисты помогали и чтобы у них была возможность получать актуальные знания, необходимые для оказания помощи с учетом актуального мирового опыта и на основе лучших практик.

Трансгендерные, транссексуальные, гендерно-неконформные и небинарные, трансмаскулинные и трансфеминные люди, вообще все люди, нуждаются в возможности самоопределения, в безопасности и свободе быть собой, в признании и принятии, в защите и справедливости, в возможности иметь семью и работу, в развитии и самореализации, в уважении достоинства и выбора, в праве жить.



НАЧАЛО ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ЭТАПА В РАЗВИТИИ ДИСКУРСА И ПРАКТИК ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ЧЬЯ ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПОЛА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ

Из доклада «Игры, в которые играют люди...»
ТРАНС*ФЕСТ 2020, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Давно, более чем сто лет назад, отношение к людям, чье самоопределение и самовыражение не совпадали с полом, установленным при рождении, как и ко многим другим «отличающимся» людям, укладывалось в примитивную инерционную схему, когда любое отличие воспринималось выходящим за рамки «нормы» как характеристики, присущей условному большинству, а любая «не норма» трактовалась как «отклонение» и автоматически наделялась патологическим статусом. Это происходило и на бытовом уровне, и в научном дискурсе.

И, как многие такого рода феномены, не отвечающие социокультурным установкам своего времени, находящиеся вне понимания обывателей и подолгу остающиеся без осмысленного внимания исследователей, феномен несоответствия самоопределения и/или самовыражения установленному полу оставался мишенью для неоправданных, жестоких психиатрических вмешательств — от изоляции до разного рода попыток «исправить». Это происходило до того времени, пока не начал развиваться иной помогающий подход, когда помощь направлена не на примирение с полом, установленным при рождении, и приведение в соответствие ему, а на облегчение жизни со своей идентичностью, возможность обретения наиболее комфортного и желанного образа и гендерной роли, безопасной адаптации в социуме.

Здесь представлены зарисовки из истории развития помощи трансгендерным людям в двадцатом столетии. Это попытка отметить некоторые шаги в развитии аффирмативного помогающего подхода и отдельных людей, которые так или иначе повлияли на его формирование.

Магнус Хиршфельд (1868–1935) — немецкий врач, сексолог, исследователь сексуального разнообразия, ученый и просветитель; активист, поддерживавший феминистское движение, борец за права ЛГБТ и исключение параграфа 175 (ответственность за гомосексуальные контакты) из законодательства Пруссии; сооснователь Института сексуальной науки, Всемирной лиги сексуальных реформ,

а также первой организации, отстаивающей права гомосексуальных людей и первого печатного издания для и о ЛГБТ; ученый, названный «Эйнштейном секса» в биографическом фильме о нем, один из основоположников сексологической науки, чьи печатные труды были сожжены национал-социалистами.

В начале девятнадцатого века, наблюдая и постигая гендерную и сексуальную вариативность, отмечая разнообразие этих феноменов, он предложил первый термин с префиксом «транс-» — «трансвестизм» — для использования в отношении разных людей, чье самовыражение отличалось от свойственного их полу, а позднее стал использовать термин «транссексуализм/транссексуальность» в отношении тех, для кого ключевым являлось несовпадение самоощущения с полом, установленным при рождении.

Значение этого события не только и не столько в появлении нового термина. Скорее появление этого термина стало отражением серьезности взгляда ученого на реальность трансгендерного перехода как возможности обрести наиболее комфортный способ существования для людей, чье самоощущение (гендерная идентичность) не совпадает с установленным полом.

Хиршфельд был одним из первых врачей, кто не просто наблюдал транспациентов, но и содействовал получению ими гендер-утверждающей помощи. В его Институте сексуальной науки наблюдалась **Дора Рихтер** (1891–1933) — одна из первых известных трансгендерных женщин. За женское самовыражение ее неоднократно арестовывали. Хиршфельд вызволял ее из заключения. В конце концов она получила полицейское разрешение на ношение женской одежды. Как и у других трансгендерных людей, проявляющих свою идентичность через самовыражение, у нее практически не было возможностей для трудоустройства. Дора стала работать в Институте Хиршфельда. Там она получила феминизирующую хирургическую помощь. Дора погибла во время нападения нацистов на Институт.

Хиршфельд начал развивать идею помощи, направленной на признание и подтверждение гендерной идентичности, что способствует более комфортному существованию, принятию и адаптации транслюдей.

Генри Хэвлок Эллис (1859–1939) — английский врач, фармацевт и публицист, который в это же время изучал биологические и психологические основы человеческой сексуальности и был автором и адептом концепции сексуального разнообразия: «не каждый таков, как ты». Его профессиональный интерес был сфокусирован в том числе

на гендерной вариативности. Он не был согласен с терминологией Хиршфельда, предлагая свои варианты для описания несоответствия гендера полу, установленному при рождении, и феномену перехода к иной гендерной роли: «сексоэстетическая инверсия», а затем «эонизм» (в честь шевалье де Эона, известного гендерно-вариативным самовыражением), — которые не стали широко используемыми. В своем труде «Исследования психологии пола» (1897–1928) он привел феноменологические клинические описания трансгендерных людей, выделял «одевающихся» от «относящих себя» к иному «полу», концептуально отделял людей с гендерно-вариативной идентичностью и самовыражением от гомосексуальных людей. Это была попытка более осмысленного и дифференцирующего взгляда на разнообразие.

Дэвид Оливер Колдуэлл (1897–1959) — американский сексолог, просветитель и популяризатор науки. Он привлек внимание к феномену «транссексуальности», использовал термин «транссексуал» в 1949 году во время публичных выступлений и, по сути, ввел его в профессиональный обиход. Он разделял биологический и «психологический пол», считая, что последний детерминирован социальными установками и условиями, и отрицал биологическую основу разделения мышления по половому признаку. Выступал за принятие гомосексуальности и трансвестизма, но рассматривал транссексуальность через призму психиатрии и отрицал обоснованность оперативных вмешательств у транслюдей.

Джон Мани (1921–2006) — американский медицинский психолог, сексолог. Изучал «полороловое поведение» человека, в этом контексте использовал термин «гендер», изучал «сексуальную идентичность» людей, искал помогающие подходы при «транссексуализме», исследовал маскулинизирующие и феминизирующие вмешательства и их влияние на адаптацию, сделал предположение о гендерной нейтральности детей, но поддерживал концепцию зависимости гендерной идентичности от гендерного воспитания. В Университете Джонса Хопкинса консультировал пациентов с интерсекс-вариациями. Опубликовал «Избранные работы по сексологии», где рассматривались взаимосвязи в цепочке «гены — гениталии — гормоны — гендерная идентичность». Мани известен опытом адаптации ребенка в гендере, отличающемся от пола, после неудачной генитальной операции вне сформированной гендерной идентичности. Опыт не был удачным, заслуженно подвергается критике. И хотя он отражает научный поиск ученого, ищущего «лучшего» для пациента, прежде всего этот невольный «социальный эксперимент» важен уроком, подчеркивающим необходимость самоопределения человека в его идентичности и желаниях перед стартом

вмешательств, даже если специалистом движет стремление помочь человеку.

Роберт Столлер (1924–1991) — американский профессор психиатрии, психоаналитик. Размышлял о социокультурном «поле» и использовал для его обозначения перенесенный из лингвистического в социальный дискурс термин «гендер». Исследовал транссексуальность, использовал термин «гендерная идентичность» для обозначения гендерного самоопределения человека, посвятил этой теме свой доклад на конгрессе психоаналитиков в Стокгольме в 1963 году.

Гарри Бенджамин (1885–1986) — американский эндокринолог, сексолог, геронтолог. Уже в сороковые годы прошлого столетия начал исследовать феномен транссексуальности и сопутствующий ему дискомфорт, который позже стал называться гендерной дисфорией, искал подходы к помощи, направленные на преодоление этого дискомфорта, практиковал маскулинизирующую и феминизирующую гормональную терапию для достижения комфортных и желаемых изменений. В 1966 году опубликовал свой труд, посвященный разным аспектам транссексуальности (*Transsexual Phenomenon*). Предложил систематизацию гендерной вариативности, которая известна как шкала Бенджамина. Развивал идею и практику мультидисциплинарной помощи специалистами разных профессий и гендер-принимаящий подход к помощи. Был предтечей создания междисциплинарной профессиональной ассоциации, которая позже носила его имя, а в дальнейшем развилась во Всемирную профессиональную ассоциацию по здоровью трансгендерных людей. Подвергается осуждению как специалист, повлиявший на развитие доступности маскулинизирующих и феминизирующих вмешательств, что не просто определило этот вид помощи как основной в определенный исторический период, но, якобы, способствовало увеличению запроса на эти вмешательства.

Развитием и продвижением профессионального дискурса, касающегося гендерного разнообразия, довольно рано стали заниматься сами транслюди, чьи имена вошли в историю развития помощи людям, чья гендерная идентичность отличается от установленного пола.

Вирджиния Чарльз Принс (1912–2009) — трансженщина, фармаколог. В 1957 году в Американском журнале психотерапии опубликовала свой труд «Гомосексуальность, трансвестизм и транссексуализм. Размышления об их этиологии и различиях». Вирджиния разделяла вопросы гендера и сексуальности, придавала большое значение вариативности, которую рассматривала «за пределами транссексуализма» и «в сторону депатологизации». Стояла на позиции «трансгендеризма без генитальной хирургии».

Важно отметить, что практически одновременно с развитием нового взгляда на вопросы несоответствия гендерной идентичности полу, установленному при рождении, стали развиваться медицинские практики, способствующие маскулинизирующим и феминизирующим изменениям тела и образа человека в сторону наиболее комфортных и соответствующих собственным представлениям о своей телесности.

И снова движущей силой, влияющей на развитие помогающих практик, признающих и подтверждающих гендерную идентичность, стали сами транслюди, стремящиеся найти способы преодолеть гендерную дисфорию и обрести комфортную телесность.

Карл М. Байер (1885–1956) — трансмужчина, политический активист, участник движения суфражисток. Добился максимально возможного для себя и своего времени трансперехода (1906–1907): использовал мужское самовыражение, прошел «многоступенчатую рудиментарную маскулинизирующую терапию», получил заключение о мужском «поле» и судебное признание гендера. В процессе работы с доктором Магнусом Хиршфельдом писал для него «дневник», который они позже совместно переработали и опубликовали беллетризованную, адаптированную историю трансмужчины о его «девичьих» годах и проживании своей мужской идентичности.

Алан Л. Харт (1890–1962) — трансмужчина, врач, работал в области фтизиатрии, занимался рентгендиагностикой туберкулеза. В стремлении к маскулинизации, желании «не беременеть и прекратить менструации» нашел хирурга **Джошуа Аллена Гилберта**, которого убедил провести ему гистерэктомию уже в 1917 году, мотивируя эту операцию как помощь в преодолении дискомфорта и улучшении адаптации. В своей научной работе (1920) доктор Гилберт подчеркивал обоснованность этого вмешательства с социальной и психологической точек зрения. Позднее Харт прибежал к гормонотерапии. После пере-хода был женат.

Развитие хирургической и гормональной помощи происходило как следствие того, что феномен несовпадения гендерной идентичности с установленным полом стал рассматриваться за пределами узкого психопатологизирующего взгляда, концепция «лечения» трансформировалась из «исправляющей» к «помогающей», где вмешательство — возможность помочь людям, имеющим «особенность», жить наиболее комфортно. Признание потребности людей в реализации своей гендерной идентичности и социализации в ощущаемом гендере способствовало развитию новой концепции помощи, суть которой не в преодолении несовпадения и примирении с полом, зарегистрированным

при рождении, а в возможности преодолеть дискомфорт, обрести комфортную телесность, привести свое тело и образ в максимально возможное соответствие с представлением о себе в желаемом гендере, содействии в комфортной адаптации в ощущаемом гендере.

В 1922 году психиатр Института Хиршфельда **Феликс Абрахам** произвел удаление яичек у трансженщины (Доры Рихтер) как вариант феминизирующего вмешательства. В 1931 году глава гинекологического отделения **Людвиг Леви-Ленс** (1889–1876) провел ей пенэктомию, а в июне того же года берлинский хирург, профессор **Эрвин Горбандт** (1890–1965), оперируя Дору, предпринял попытку сформировать большие половые губы и влагалище из кожи мошонки. Этот случай вошел в историю как первый опыт вагинопластики.

Доктор Горбандт под наблюдением Магнуса Хиршфельда сделал первую из операций художнице Лили Эльбе — удаление яичек. А генитальный хирург **Курт Варнекросс** (1882–1949) провел ей серию феминизирующих операций, суть которых заключалась в формировании женской репродуктивной системы. Последний этап вмешательств привел к осложнениям. Лили погибла в результате развившейся инфекции.

Что касается маскулинизирующих хирургических вмешательств, то выделить историю их развития отдельно от истории развития пластической и реконструктивной хирургии непросто. Кроме этого, известно, что многие способы вмешательств и оперативных помогающих практик иногда открывались и разрабатывались независимо друг от друга учеными разных стран, что также не упрощает воссоздание истории. Тем не менее анализ данных из разных источников позволяет обрисовать историческую картину, достаточную для ознакомления с тем, как развивалась помощь трансгендерным людям.

Есть данные, что уже в тридцатые годы прошлого столетия в Германии трансмаскулинному человеку была проведена операция по формированию из кожного лоскута органа, имитирующего пенис.

Сэр Гарольд Гиллес (1882–1960) — британский отоларинголог, хирург, работал с военными травмами лица, реконструировал гениталии, делал операции интерсекс людям, специалист, которого иногда называют основоположником пластической хирургии. В 1946–1949 провел транспациенту **Майклу Диллану** (1925–1962) серию маскулинизирующих операций и сформировал фаллос, для чего использовал лоскут передней брюшной стенки. Позднее он развил из этого подхода технику «трубка в трубке», формируя таким образом неофаллос и неоуретру. Похожие техники использовали независимо друг от друга хирурги в разных странах. Сам Майкл Диллан смог изменить

свидетельство о рождении, получил медицинское образование, опубликовал работу об эндокринологических аспектах и этике в вопросах трансперехода, еще в период обучения провел орхиэктомию своей подруге — трансгендерной женщине **Роберте Коуэлл** (1918–2011). А доктор Гиллес провел Роберте вагинопластику в технике, ставшей модельной на многие годы.

Встречаются упоминания о том, что Гиллес в 1948 году опубликовал свой опыт фаллопластики именно транслюдям. Известно, что похожий метод фаллопластики с использованием тканей живота, но для реконструкции травматических ампутаций полового члена, описал русский хирург Н. А. Богораз в 1936 году.

В 70-е же годы американский хирург **Дональд Лауб** (род. 1935), известный как пионер ректосигмоидальной вагинопластики для трансфеминных людей и второй президент Ассоциации по гендерной дисфории имени Гарри Бенджамина (NBIGDA, позднее — WPATH), пришел к идее о клиторе как источнике эректильности, что способствовало изобретению радикально нового подхода помощи трансмаскулинным людям — метоидиопластики.

Еще в 1920–1930-е годы гг. стала рассматриваться и возможность введения экзогенных гормонов для достижения маскулинизирующих и феминизирующих эффектов у транслюдей, осуществлялись первые опыты применения. Вообще, гормонотерапия долгое время была труднодоступна, имела значительное количество побочных эффектов, и стала более широко применяться, когда развилось фармакологическое производство гормонов. В конце 40-х годов прошлого столетия появились транспациенты, которым назначал гормоны Гарри Бенджамин. В конце 50-х — середине 60-х годов у Гарри Бенджамина и его коллеги Кристиана Гамбургера наблюдались уже несколько сотен транспациентов из разных стран мира, получавших гормоны с целью маскулинизации или феминизации. **Кристиан Гамбургер** (1904–1992), датский эндокринолог, считал неэтичным отказывать в гормональной терапии трансгендерным людям, если можно сделать их жизнь более комфортной. Широко известен случай **Кристин Йоргенсен** (1926–1989), которая наблюдалась у доктора Гамбургера и начала феминизирующую терапию в 1952 году. В 1969 году под его авторством в коллективной монографии *Transsexualism and sex reassignment* была опубликована глава «Эндокринное лечение мужского и женского транссексуализма».

К середине прошлого века стало ясно, что сначала развитие помогающих практик было ориентировано в большей степени на

формирование комфортной телесности. Но уже тогда были очевидны и другие вызовы, связанные с социальным и гражданским признанием, психосексуальными сложностями, трудностями в адаптации у самих людей, что ставило задачи, касающиеся юридического признания гендера, социально-психологической поддержки, комплексной работы, направленной на преодоление гендерной дисфории и усвоенной стигмы. Стали возникать мультидисциплинарные команды. Большое значение приобрели практики равной (peer-to-peer) взаимопомощи.

Какое-то время в качестве меры адаптации транслюдей применялась практика «стирания прежней личности», когда люди в процессе перехода стремились избавиться от своей «прежней» истории, зачастую наполненной травматичными событиями и фиксированной на социализации в нежелательном гендере, «придумывая» новую — о своем детстве, родителях, жизни, в чем иногда помогали неравнодушные специалисты.

Новый этап развития дискурса, связанного с гендерным разнообразием, тенденция к его депатологизации и, конечно же, публикация книг о жизни, опыте, трансгендерном переходе стали поводом для смены отношения многих людей к собственной транс-идентичности, когда транс-история человека, опыт перехода не становились «стыдной» тайной или травматичным прошлым. Этому послужили, например, личность и история Кристин Йоргенсен, ее открытость, ее лекции и публичные выступления, публикация ее биографии. Другой пример — неоднократные переиздания истории Карла М. Байера.

Развитие междисциплинарного помогающего дискурса привело к созданию профессиональной ассоциации, которая сначала называлась **Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association**, а затем была переименована в **World Professional Association on Transgender Health — WPATH (Всемирную профессиональную ассоциацию по здоровью трансгендерных людей)**. Начиная с 1979 года Ассоциация формирует и публикует стандарты помощи транслюдям.

При ретроспективной оценке работы Ассоциации в первые годы ее существования отмечалось недостаточное влияние транслюдей на развитие помогающих подходов, когда ведущими считались представления медиков о пользе, помощи и их власть над процессом.

Позднее, когда участие трансгендерных людей в деятельности ассоциации стало более значимым — появилась равная возможность членства, участия в развитии подходов к помощи, определения стандартов и практик, влияния на развитие помощи в разных странах, поддержки активистов на местах, — усилилась активность, направленная

на предотвращение формирования стереотипов о трансгендерности, развитие помощи, в объеме и качестве которой ведущая роль отводится потребностям самих людей, стало уделяться внимание уважительному языку и этике.

Влияние трансгендерных людей стало не просто значимым, но и ведущим, трансгендерные люди не просто становились членами профессиональной ассоциации, но и возглавляли ее.

В 2007 году президентом WRATH впервые был избран трансгендерный человек. Им стал **Стивен Уитл** (род. 1955) — британский юрист, профессор права Манчестерского столичного университета, трансактивист, исследователь и публицист, кавалер ордена Британской империи (ОБЕ) «За заслуги в области гендерных проблем», автор множества публикаций на темы трансгендерности.

С 2014 по 2016 год президентом WRATH был еще один выдающийся транс-активист — **Джемисон Грин** (род. 1948), писатель, педагог, оратор, независимый юрист и эксперт-консультант по судебным спорам, касающимся здоровья трансгендерных людей и дискриминации при приеме на работу, консультирующий коммерческие, образовательные и государственные учреждения, автор автобиографического бестселлера об истории трансгендерного мужчины¹.

В настоящее время WRATH — международная междисциплинарная профессиональная ассоциация, и ее миссия — содействие научно обоснованному здравоохранению, просвещению, исследованиям, государственной политике, защите интересов и здоровья трансгендерных, транссексуальных и гендерно-неконформных людей.

Актуальна и применима с 2012 года по настоящее время 7-я версия стандартов помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно-неконформным людям². Стандарты содержат профессиональный глоссарий, принципы помощи, задачи для специалистов по психическому здоровью, предоставляют протоколы гормональной маскулинизации/феминизации, описывают хирургическую помощь, помощь детям и подросткам, иные вопросы.

В настоящее время идет работа над обновлением стандартов помощи, к выпуску готовится 8-я версия.

Работа над обновлением выполняется международной командой

1 *Becoming a visible man*. 2004, 2020 (второе, переработанное издание).

2 Переведены на русский язык. Авторизованный перевод размещен на сайте wpath.org. Доступен перевод «Стандартов» под редакцией Д. Д. Исаева и А. Ю. Бабенко, организованный и изданный силами инициативы «Т-Действие» (2018).

ученых — специалистов разных направлений медицины, рабочих групп трансгендерных и небинарных людей и их родных и специалистов по доказательному подходу. При формировании новых стандартов учитываются мировой опыт, практика, исследовательские данные и обратная связь от фокус-групп пользователей услуг. В обновленной версии будет уделено больше внимания подходам к помощи детям, подросткам, небинарным людям, сексуальному и репродуктивному здоровью транслюдей, этике оказания помощи.

Работа над стандартами оказалась затяжной, ибо сохраняются вопросы, вызывающие особое внимание, вокруг которых продолжают дискуссии. Прежде всего это вопросы, касающиеся терминологии, помощи детям и подросткам. WPATH стремится сделать стандарты помощи максимально соответствующими потребностям транслюдей, отражающими современный дискурс и инклюзивными для разных культур и идентичностей.



ПОЗИЦИИ И ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЛЮДЯМ В СОВЕТСКОМ И ПОСТСОВЕТСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

НА ОСНОВЕ СТАТЬИ ИЗ СБОРНИКА «ГЕНДЕРНОЕ ПУТЕШЕСТВИЕ»
№ 1, 2016

Речь пойдет о том, как менялись профессиональные позиции в отношении трансгендерности и подходы к помощи транслюдям в Советском Союзе, России и на постсоветском пространстве в последние четыре десятилетия.

Учитывая контекст, в центре внимания оказываются «транс-сексуальность» и «транссексуальные люди» — термины, пока еще употребимые в профессиональной среде в силу своего наличия в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, которая по сей день определяет регламенты и язык в системе здравоохранения РФ и в странах СНГ. Кроме этого, в цитируемых документах используется понятие «половая идентификация», появившееся в результате некорректного перевода и адаптации термина «гендерная идентичность».

СССР. 80-е годы. Отечественная психиатрическая наука, как и страна в целом, находится на пике застоя. В начале восьмидесятых годов Советская страна присоединилась к актуальной мировой системе систематизации, предложенной ВОЗ, и приняла Международную классификацию болезней 9-го пересмотра, которая в русскоязычной версии имеет «говорящее» название **Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра, адаптированная для использования в СССР**.

Печатная версия МКБ была издана в Москве, в 1983 году. В разделе V классификации в рубрике **302 «Половые извращения и нарушения»** присутствовала диагностическая категория **302.5 «Транссексуализм»**. Данная категория имела следующее описание: «Половое извращение, основанное на убеждении субъекта в том, что имеющиеся у него половые признаки ему не соответствуют. В результате поведение направлено на изменение половых органов путем операции либо на стремление скрыть свою половую принадлежность с помощью переодевания в одежду противоположного пола».

В том же году выходит монография маститого советского психиатра, директора Института психиатрии АМН СССР, абсолютно непререкаемого в те годы авторитета в профессии, ключевого «лица» советской репрессивной психиатрии профессора Андрея

Владимировича Снежневского — «Руководство по психиатрии». Действительный, в то время почетный, член Всемирной психиатрической ассоциации Снежневский не обошел своим вниманием категорию «транссексуализм», и вот что писал он во 2-м томе упомянутого руководства в статье, посвященной «трансвестизму»: «...при этой перверсии сексуальное возбуждение возникает при переодевании в одежду лиц противоположного пола. Конечным этапом трансвестизма становится транссексуализм. Лицам с этим извращением свойственно не только переодевание, но и стремление приобрести все черты лица противоположного пола. В некоторых случаях трансвестисты (именно в таком написании, — прим. ред.) стремятся с помощью хирургической операции изменить свой пол на противоположный».

На практике встреча с пациентами, описанными в классификации в категории «транссексуализм», вызывала у профессионалов очень разный спектр человеческих эмоций и профессиональных действий.

До того времени, пока в советской психиатрии отчетливо не прижился новый диагноз, зачастую им выставляли диагноз «шизофрения», ставили на психиатрический учет, назначали лечение психотропными препаратами, что влекло за собой пожизненные ограничения не только в возможности адаптации в желаемом гендере, но и в ряде других вопросов.

Желание человека «сменить пол» гораздо легче интерпретировалось психиатрами как бредовая симптоматика, нежели как потребность в помогающем вмешательстве.

В своей книге «Третий пол» (2000) Арон Белкин, рассказывая об одном из случаев из практики, связанном с транспациентом, упоминает вердикт того же «главного советского психиатра»: «С огромным интересом отнесся к этому необычному пациенту профессор Снежневский, величайший в то время авторитет в психиатрии. Поначалу его приговор звучал категорично: „Шизофрения, и думать нечего!“ Правда, после дальнейшего наблюдения и обследования, когда очевидным стало отсутствие психопатологической составляющей в состоянии пациента, Снежневский вопреки своим устоявшимся взглядам „вынужден был снять роковой диагноз“, и впервые в стране был выставлен диагноз „транссексуализм“».

Но и позднее, когда диагноз «транссексуализм» был уже внедрен в обиход психиатров, история «пациента» могла сложиться очень поразному. Это зависело от того, в каком регионе он обратился за помощью, кто был инициатором обращения, с какой целью человек

пришел на прием к врачу; многое зависело от врача, к которому человек обратился, и даже от позиции руководства клиники в этом вопросе.

Мне в клинической практике и в исследуемых источниках попадались разные истории — и тех, кто стал «пожизненным пациентом с психотическим диагнозом», многие годы получавшим «лечение» от своего «транссексуального бреда», и тех, кто в лице врача встретил понимание и помощь в том, чтобы адаптироваться в соответствии со своей гендерной идентичностью.

Как пионеров в изучении транстемы, повлиявших на развитие подходов к оказанию помощи трансгендерным людям в истории советской/постсоветской медицины, хочется упомянуть ряд специалистов.

Арон Исакович Белкин (1927–2003) — советский психиатр, доктор медицинских наук, профессор, один из основоположников отечественной психозндокринологии. Он был одним из первых в СССР исследователей транссексуальности. Его статьи, касающиеся «половой идентификации» и «смены пола», опубликованы еще в начале 70-х годов XX столетия. Позже он описал критерии диагностики «транссексуализма»: «Чувство принадлежности к противоположному полу, доходящее до уверенности, что при рождении произошла какая-то ошибка; отвращение и ненависть к своему телу; желание приобрести облик „правильного“ пола путем лечения, включая оперативное... Но есть и четвертый признак. Он может не так сильно бросаться в глаза, но без него, как и без любого из первых трех, нет цельного представления о транссексуализме. Это доходящее до такой же всепоглощающей настоятельности желание быть принятым в обществе в качестве представителя противоположного пола».

Его подход помощи легко описать его же словами: «Смена пола у таких субъектов является высокогуманным актом, помогающим личности не только избавиться от мучительной для нее ситуации, приводящей порой к суицидальным действиям, но и найти свое место в обществе».

Принципиальным в его работе был диалог с пациентом об объеме помощи, вариантах перехода, способах социальной адаптации. Он был ключевой персоной в системе, позволяющей маскулинизирующие и феминизирующие вмешательства, помогал своим пациентам в процессе смены «паспортного пола», способствовал их социализации.

«Белкин стал первым известным ученым, который вместе с хирургом И. В. Голубевой начал диагностировать таких людей и изменять их гражданский пол, а если нужно, и тело», — писал о нем И. С. Кон.

В сегодняшнем прочтении его научно-популярный труд «Третий пол» — лишь историческая зарисовка «о том, как это было» с большим количеством устаревших терминов, непрогрессивных сегодня установок и даже ошибочных подходов. Но для своего времени это был врач, который одним из первых в русскоязычном пространстве воплотил в практику гуманистический подход к оказанию помощи трансгендерным людям.

Арон Исакович Белкин вошел в историю как автор первых полноценных отечественных **«Методических рекомендаций по смене пола при диагнозе „транссексуализм“»**, утвержденных Министерством здравоохранения в 1991 году.

В методических рекомендациях предлагались два «пути лечения», по которым возможно было пойти после установления соответствующего диагноза.

Первый — «половая переориентация» — «перемена только гражданского пола или перемена гражданского и анатомического пола (хирургическим путем)». Термин «половая переориентация» впервые был официально использован именно в этом документе, касался помощи, направленной на признание и подтверждение гендерной идентичности, по сути, служил заменой понятию «трансгендерный переход» и был описан как «длительный процесс „освобождения“ транссексуала от природного пола и вживания в противоположный». Другой путь — «половая реконсалиация» — подразумевал «усилия к примирению пациента с его половой принадлежностью», что, безусловно, не может рассматриваться как вариант помощи в настоящее время. В качестве лечебных мер предлагались: «психотерапия (при любых путях лечения), медикаментозная терапия, прежде всего гормональная, хирургическое вмешательство — производится при перемене анатомического пола, социальная реабилитация — целый комплекс мер по адаптации пациента в жизни и обществе в новой для него роли». Указывалось, что «в лечении пациента участвуют психотерапевты, психиатры, психоэндокринологи, сексологи, психологи, хирурги, а также, на определенных этапах, привлекаются дерматологи, психолингвисты и др.» В качестве первостепенной меры в процессе адаптации в новой гендерной роли была отмечена смена гражданского пола.

Александр Олимпиевич Бухановский (1944–2013) — российский психиатр, доктор медицинских наук, профессор. Стал изучать «транссексуализм» еще тогда, когда тот считался «лживой буржуазной проблемой», в отсутствие полноценного доступа к западным

источникам информации. Уже в 80-е годы он публиковал материалы о подходах к помощи «пациентам с транссексуализмом», в которых обосновывал «медицинскую и социальную реадaptацию и реабилитацию», подчеркивал оправданность «трансформации» пациентов, значение «права гражданства» в ощущаемом «поле».

По словам его ученика и соратника, доцента кафедры психиатрии и наркологии Ростовского медицинского университета Алексея Перехова: «К Бухановскому стали постепенно приезжать люди со всей страны, потому что ни в одном другом городе их не консультировали, не помогали, а только гнали или в лучшем случае говорили, что не могут ничего сделать».

Он не просто занялся исследованием, касающимся транслюдей, что стало темой его научной работы, но включился в систему помощи и поиска путей адаптации. Несмотря на то что сегодня публикации Александра Олимпиевича видятся патологизирующими, в свое время его работа внесла соответствующий дискурс в сферу научного развития и является примером поисков ученого в ситуации запретов и ограниченного доступа к информации, имея в настоящее время историческое значение.

Соратницей докторам Белкину и Бухановскому в теме помощи трансгендерным людям стала **Ирина Вячеславовна Голубева** (1921–1986) — хирург, гинеколог-эндокринолог, которая, имея опыт проведения генитальных операций при интерсекс-вариациях, стала помогать транслюдям и, по сути, оказалась основоположницей целого направления в отечественной эндокринологической и хирургической помощи, а ее ученики продолжили эту работу.

В 1989 году в Литературной газете в рубрике «Научные среды» появилась публикация — «13 шагов. Рассказ о серии уникальных операций, в результате которых женщина стала мужчиной» — о том, как за 20 лет до этого рижский хирург **Виктор Калнберз** (род. 1928) проводил операции «по смене пола». Тогда, в начале 70-х, публикации об этой работе и продолжение такого рода вмешательств были «прикрыты», доктор Калнберз получил выговор от Минздрава СССР, его работу проверяла «высокая комиссия», но он получил авторское свидетельство на один из оперативных методов.

90-е. Время перемен. Распад СССР. В психиатрической науке, как и во многом другом в те годы, замешательство. Конфликт убежденности в правильности устоявшихся традиций с «тлетворным влиянием Запада», репрессивной идеологии с демократическими реформами — в стране и в психиатрической службе. Время социальной

неустойчивости и ощущения свободы. Время начала декриминализации гомосексуальности и реабилитации ранее осужденных по соответствующей статье в странах бывшего СССР. Время, когда стали доступными западные публикации и научные источники. Время введения в обиход в государствах — членах ВОЗ пересмотренной версии Международной классификации болезней — МКБ-10. В России и большинстве стран СНГ органы и учреждения здравоохранения осуществили переход статистического учета на МКБ-10 в 1999 году. Как водится, применена была «адаптированная к особенностям отечественной медицинской практики» версия МКБ-10. Она же была рекомендована к использованию в бывших союзных республиках.

В этом же году Минздрав РФ выпустил Приказ от 06.08.1999 № 311 «Об утверждении клинического руководства „Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств“ и собственно **клиническое руководство «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств»**. В руководстве были отчетливо прописаны критерии диагностики, симптомы, принципы терапии и комплекс медико-социальных мероприятий при «транссексуализме».

Безусловно, в связи с тем, что документ этот был так или иначе наследием отечественной школы на основе «адаптированной» версии МКБ, в нем было некоторое количество «специфических» ортодоксальных деталей, к которым можно отнести, к примеру:

- «дифференциальную диагностику с гомосексуализмом, имеющим в своей клинической картине полоролевою инверсию» (и это с учетом того, что сама по себе гомосексуальная ориентация была исключена из патологических списков МКБ-10);
- лечение с помощью «психокоррекционных мероприятий половой реконсильации (попытка примирения с врожденным полом)» (позднее признанное не просто неэффективным, но и неэтичным);
- длительное — «в течение 2 и более лет» — наблюдение психиатра, отведенное на обследование, установление диагноза и принятие решения о дальнейшей тактике ведения пациента;
- а также сам подход, когда «решение о целесообразности изменения пола пациенту принимается специальной медицинской комиссией, состоящей из трех врачей-специалистов. Комиссия заседает 1 раз в месяц. Комиссия выносит одно из следующих решений: изменить гражданский пол; отказать в смене гражданского пола; отложить решение до получения дополнительных сведений о пациенте; провести хирургическую коррекцию пола».

Но в целом это был вполне прогрессивный для своего времени документ, который:

- транслировал основополагающий принцип оказания помощи таким образом: «В настоящее время общепринятой радикальной мерой помощи при транссексуализме является психосоциальная адаптация пациента в осознаваемом им поле»;
- в качестве лечебной меры предлагал «психотерапию в подготовительный период перед половой переориентацией, включающую информационно-разъяснительную, рациональную методики, а также семейную терапию с родственниками и партнерами индивидуально и путем групповых бесед; поддерживающую психотерапевтическую помощь в процессе и после перемены пола, в том числе перед этапом гормональной и хирургической коррекции пола»;
- предписывал в качестве меры помощи «гормональную заместительную терапию с целью подавления врожденных и стимулирования развития желаемых вторичных половых признаков; использование при ж/м транссексуализме андрогенных препаратов, при м/ж — женских половых гормонов»;
- предлагал в качестве еще одного метода помощи «хирургическую коррекцию анатомических половых признаков», не делая акцента на ее обязательности;
- включал в качестве одного из этапов комплекса медико-социальных мероприятий «перемену гражданского пола (медико-юридический акт, позволяющую лицу исполнять в обществе желаемую половую роль)»;
- предлагал спектр реабилитационных мероприятий, который включал «постхирургическое диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающую психотерапию и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации».

Эта модель помощи транслюдям была не просто довольно адекватной для своего времени, она открыла возможность для понимания подходов к помощи на основе преодоления патологизирующего взгляда к транссексуальности, с использованием международного опыта, с учетом значения социализации как ключевого фактора улучшения качества жизни и здоровья людей.

Но, увы, прогрессивного развития этот подход не получил ни на родине документа, ни в других странах СНГ. Очень скоро появились «перекося» и интерпретации, прежде всего в сторону излишней

патологизации транссексуальности, ограничения возможности самостоятельного выбора объема вмешательств, удаления от помогающего подхода. Документ утратил свое стандартизирующее значение, а затем был упразднен, но нового, более совершенного с точки зрения развития понимания феномена транссексуальности и подходов к помощи, сформировано не было.

В этот период активно развивается эндокринологическая помощь трансгендерным людям. Перенявший эстафету у Ирины Голубевой **Геннадий Ильич Козлов** (1928–2005) не просто развил помогающие практики гормональной маскулинизации и феминизации для трансгендерных людей, но и способствовал тому, чтобы эта тема развивалась и распространялась. «И этими знаниями он поделился с нами, благодаря чему были подготовлены и защищены наши кандидатские диссертации по лечению транссексуализма», — пишет о своем учителе Светлана Юрьевна Калининко, доктор медицинских наук, профессор, автор монографии об эндокринологических аспектах «транссексуализма», посвященной учителю.

В это десятилетие на базе Российского научного центра хирургии начала развиваться отечественная практика маскулинизирующих и феминизирующих операций для транслюдей. Ведущим специалистом в этой теме стал **Рубен Татевосович Адамян**. Его работа стала вкладом в развитие отечественной пластической хирургии с использованием микрохирургических техник, «регулярно и планомерно» трансгендерные люди стали получать помощь, было запатентовано более 10 различных методик, когда значительное внимание уделялось и эстетике, и функциональности, и комфортной «достаточности» для человека.

Именно в 90-е годы прошлого столетия появилось наибольшее количество публикаций на русском языке, посвященных различным аспектам «транссексуализма»: эндокринологической помощи, хирургическим вмешательствам, иным медицинским и социальным вопросам. Стоит отметить, что несмотря на крайне медицинализированный и патологизирующий профессиональный язык, описывающий помощь транслюдям как «лечение транссексуализма», публикации этого времени отражают не просто стремление упомянутых специалистов к тому, чтобы облегчить жизнь людям, помочь их социализации и адаптации — его можно рассматривать как начало гендер-утверждающего подхода к помощи.

Век нынешний. Ситуацию с психиатрической помощью трансгендерным людям кратко отразил в предисловии к сборнику «Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям» (2015) отечественный психиатр, сексолог, специалист в транс-теме **Дмитрий Дмитриевич Исаев**: «Фактически мы видим, что уровень развития помощи в нашей стране лицам с „гендерной дисфорией“ серьезно отстает от таковой в большинстве развитых стран. Это проявляется в убежденности многих медиков, что „транссексуализм“ — это психическая болезнь или поведенческая девиация, с которой должны разбираться (т. е. лечить) психиатры, и, лучше всего, в психиатрических больницах».

До недавнего времени в профессиональном русскоязычном диалоге постсоветских медицинских специалистов практически не употреблялись понятия «гендер», «гендерная идентичность», «гендерная дисфория», «трансгендерные люди», «гендерно-неконформные/небинарные люди»; тема гендерного разнообразия рассматривалась исключительно через медицинскую и патологизирующую призму; система здравоохранения не предлагала протоколов помощи людям; законодательная база оставалась несовершенной, предусматривая смену документов для транслюдей при наличии документа установленной формы, которая не была утверждена; в значительном числе случаев смена документов на соответствующие гендерной идентичности осуществлялась в судебном порядке. Позиции большого числа специалистов, занимающихся вопросами помощи транслюдям, были основаны на цисгетеронормативной матрице, засилье бытовых представлений в отношении этой темы, наследии советской тоталитарной психиатрии, отказе от эволюции научной мысли в вопросах гендерного разнообразия и диалога с международным профессиональным сообществом, табуированности и маргинализации тем, связанных с СОГИ, в постсоветском обществе, отражали невидимость и отрицание вариативности — людей, их идентичностей, разнообразия их потребностей, персонализированного подхода к помощи. Возможность получения помощи имели лишь те люди, чья идентичность и самовыражение подходили под диагностические критерии «транссексуализма». А все остальные — те, кто не вписывается в эту матрицу: небинарные, гендерно-неконформные, не «транссексуальные» трансгендерные люди — не имели официального мостика к терапии своей гендерной дисфории, помощи в подтверждении идентичности, шанса на смену гендерного маркера в документах или получали эту возможность иным, витиеватым путем.

Доступ к гендер-утверждающим процедурам и помогающим практикам существовал лишь в столичных городах РФ.

Характерной чертой второго десятилетия нового века стало развитие более напористого транс-активизма, когда организованные сообщества конференции, опубликованные и переведенные материалы, адвокационные действия повлияли на профессиональный дискурс и практики помогающих специалистов.

В 2013 году был сделан авторизованный перевод на русский язык 7-й версии «Стандартов медицинской помощи» WPATH, предпринята попытка публикации и распространения ее в профессиональной среде среди специалистов разных стран постсоветского пространства. Но из-за недостаточной корректности перевода и неоднозначно адаптированного языка публикации событие это не имело должного значения.

Инициативой трансгендерных людей «Т-Действие» из Санкт-Петербурга в партнерстве со специалистами — психиатром, кандидатом медицинских наук **Дмитрием Дмитриевичем Исаевым** и эндокринологом, доктором медицинских наук **Алиной Юрьевной Бабенко** — в 2015 году было осуществлено издание «Международных медицинских стандартов помощи трансгендерным людям». Оно включило в себя «Стандарты помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно-неконформным людям» WPATH и «Практические рекомендации по эндокринной терапии транссексуальных людей», разработанные Международным эндокринологическим сообществом. Это издание в настоящее время является основным руководством к действию для специалистов, работающих на основе актуальных профессиональных позиций. «Стандарты» были обновлены и переизданы в 2018 году и широко распространяются силами сообщества и специалистов. «Стандарты» являются теоретической основой многих толковых образовательных программ, в том числе первой официальной из них — курса повышения квалификации для эндокринологов, врачей-интернистов, узких специалистов, который организован в Национальном медицинском исследовательском центре им. В. А. Алмазова при партнерстве транс-инициативной группы «Т-Действие».

Правовая коллизия, связанная с юридическим признанием гендера на основе медицинского заключения, была преодолена, когда Министерство здравоохранения Российской Федерации вынесло приказ от 23.10.2017 № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола» (зарегистрирован в Министерстве юстиции РФ 19 января 2018 года), который регламентирует «порядок выдачи медицинской организацией документа о смене пола» и утверждает «справку об изменении пола». Новый порядок позволил упростить доступ к гендерному признанию для трансгендерных людей. Кроме того, наличие системы и практики

юридического признания гендера позволяет надеяться на ослабление маргинального статуса людей, усиление безопасности, возможности социальной адаптации.

К сожалению, возможность пройти комиссию и получить справку, необходимую для смены документов, отсутствует у значительного числа трансгендерных и небинарных людей. Доступ ограничен тем, что лояльные комиссии, руководствующиеся актуальными профессиональными позициями, находятся лишь в Санкт-Петербурге и Москве и их услуги весьма дорогостоящи. Комиссии, работающие в государственных учреждениях и в регионах, зачастую выполняют свою миссию в худших традициях советской психиатрии — без должного соблюдения профессиональной этики, через патологизирующую призму.

Кроме того, в системе здравоохранения сохраняется «уникальный» статус темы трансгендерности, а значит, не везде и не у всех специалистов можно получить специализированную и компетентную помощь: порой психиатры озвучивают необходимость стационарного обследования на предмет «наличия транссексуализма», большинство эндокринологов незнакомы со стандартами маскулинизирующей/феминизирующей гормонотерапии для транслюдей, гинекологи могут отказать в помощи трансмаскулинному человеку, специалисты не имеют представления о тактичной коммуникации с транслюдьми.

Если отмечать позитивные перемены в том, каким образом меняется ситуация в стране во взглядах на помощь трансгендерным и небинарным людям и в доступе людей к помощи, то стоит упомянуть следующее:

- тема гендерного разнообразия, противостояния гендерным стереотипам, противодействия насилию, стигме, дискриминации, вопросы, касающиеся транслюдей и их жизни, стали чаще подниматься в медийном и профессиональном пространстве, и зачастую — с актуальных позиций;
- усиливается влияние транс-сообщества на формирование дискурса в профессиональных сообществах, развитие этики, построение образовательных программ в профессиональном образовании, активисты развивают партнерское взаимодействие с ведущими специалистами и профильными клиниками страны;
- опять же, силами транс-сообщества специалисты привлекаются к участию в тематических образовательных программах — курсах повышения квалификации, сертифицированных программах, авторских семинарах, — проходя которые, они могут начинать свою помогающую практику на основе актуальных знаний.

Все больше специалистов ориентируются на актуальные международные позиции и стандарты помощи, используют современный язык, развивают свою практику в рамках аффирмативного подхода, позиционируют себя как дружелюбные.

Кажется, позитивных примеров немного... Но развитие продолжается.



АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ И НЕБИНАРНЫМ ЛЮДЯМ

НА ОСНОВЕ СТАТЬИ «ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ,
ТРАНССЕСУАЛЬНЫМ, ГЕНДЕРНО-НЕКОНФОРМНЫМ, НЕБИНАРНЫМ ЛЮДЯМ.
ОТ МИРОВОГО ОПЫТА К РЕГИОНАЛЬНЫМ ПЕРСПЕКТИВАМ»

ИЗ СБОРНИКА МАТЕРИАЛОВ

ПЕРВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ТРАНСЛЮДЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ»
КЫРГЫЗСТАН, БИШКЕК, 2019

Для того чтобы разобраться в том, какими могут быть подходы к помощи людям, чья гендерная идентичность отличается от пола, установленного и зарегистрированного при рождении, важно достаточно отчетливо обозначить, что является фокусом медицинского вмешательства, а какие аспекты бытия транслюдей (трансгендерных, транссексуальных, гендерно-неконформных, небинарных, трансмаскулинных и трансфеминных людей) находятся вне компетенции и практического интереса медицинских специалистов.

Очень важно понимать, что любая **гендерная идентичность** и любое гендерное самовыражение не могут рассматриваться как патология и сами по себе не могут быть объектом внимания медицины³. Несовпадение гендерной идентичности с полом, установленным и зарегистрированным при рождении, может рассматриваться как феномен, отражающий гендерное многообразие человечества.

Потребность же в помощи (медицинской, медико-социальной, психологической...) возникает при наличии сопутствующих переживаний или специфических нужд и как способ преодоления социальных вызовов, способствующих дегуманизации транслюдей, требующих ответа на эти вызовы или защиты от них.

Потребность в помощи возникает, когда человек с несоответствием гендерной идентичности полу, зарегистрированному при рождении, испытывает дискомфорт от этого несоответствия, связанный, например, с половыми признаками (вторичными, первичными) и предписанной и ожидаемой обществом гендерной ролью, не совпадающими с его гендерной идентичностью. Называется этот дискомфорт **гендерной дисфорией**⁴ и зачастую сопровождается потребностью и стремлением

3 Обращение совета директоров WPATH, 2010.

4 Как отдельная категория ГД выделена в американской классификации Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.

привести свой внешний вид и тело в соответствие со своим представлением о нем в ощущаемом гендере, желанием чувствовать и видеть себя таким или такой, какими хочется видеть и чувствовать себя в данном гендере. Возможно, это связано и с пониманием необходимости привести себя в соответствие с общепринятыми представлениями о том, как должен выглядеть человек этого гендера. Движущей силой этого стремления и предпринимаемых усилий могут стать желание избавиться от гендерной дисфории, поиск наиболее комфортного для себя образа, потребность в принятии окружающими в данном гендере, необходимость в подтверждении ощущаемого гендера, предполагаемая возможность жить более безопасно, соответствуя гендерным предписаниям в отношении внешнего вида. Гендерная дисфория не обязательно является постоянным спутником гендерного несоответствия, может иметь разную степень интенсивности, «исчезать» в ответ на предпринятые шаги трансгендерного перехода и достижение ожидаемого эффекта, «возвращаться» или существовать перманентно, лишь варьируя в степени выраженности, протекать мягче в атмосфере принятия или отсутствовать вовсе.

Кроме того, на протяжении всей жизни или отдельных ее этапах трансчеловек может испытывать интернализированную трансфобию и стресс меньшинства.

Интернализированная (усвоенная, внутренняя) трансфобия — сложный комплекс негативных чувств (страха, вины, стыда, неприятия, сомнений, отрицания по отношению к себе и своей трансгендерной идентичности (а также идентичности других транслюдей)), связанный с оценкой ее как возможно неправильной, греховной, болезненной, постыдной и формирующийся у людей с несоответствием гендерной идентичности полу, зарегистрированному при рождении, в ответ на существующую вокруг неприязнь к транслюдям, основанную на невежестве и предубеждениях, интерпретации трансгендерности как порока, греха или болезни.

Стресс меньшинства — это социальный стресс, который испытывают люди и сообщества, отличные от нормативного большинства (в данном случае те, чья гендерная идентичность отличается от пола, зарегистрированного при рождении), подвергаемые в связи с этим отличием дискриминации и стигматизации, воздействию предрассудков и враждебности, что влечет за собой особо уязвимое для здоровья, благополучия и жизненных возможностей положение, в котором живут люди с этим опытом, неведомым доминирующему большинству⁵.

5 Гуляев Д. Стресс меньшинств: от факторов к историям // Гендерное путешествие. № 2. 2019.

Стратегией, направленной на самоопределение, формирование самовыражения и конструирование максимально комфортного для себя образа, преодоление дискомфорта от несоответствующих идентичности тела и роли, «приведение в соответствие» с собственными представлениями о себе или ожиданиями окружающих, обретение возможности для более безопасной социализации в ощущаемом гендере, становится для множества трансгендерных, транссексуальных, гендерно-неконформных, небинарных людей трансгендерный переход.

Трансгендерный переход — это период времени, в течение которого люди изменяют приписанную им с рождения гендерную роль на другую, и набор шагов, которые они для этого предпринимают. Сценарий трансгендерного перехода всегда абсолютно индивидуальный, без обязательного для всех набора элементов и их последовательности, формируется он на основании собственных потребностей и реализуется в силу собственного решения трансчеловека.

Трансгендерный переход может включать или не включать следующий набор шагов: смену, формирование, поиск гендерного самовыражения; адаптацию в «новом» гендере, поиск нового имени и местоимения; смену гендерного маркера (паспортного пола) в документах, удостоверяющих личность; медицинские и косметические компоненты трансгендерного перехода — гормональную и/или хирургическую маскулинизацию/феминизацию и др. В процессе этого происходит работа, направленная на преодоление гендерной дисфории.

Таким образом, **ключевыми концепциями помощи** (медицинской, медико-социальной, психологической, правовой) транслюдям можно считать:

- признание и подтверждение гендерной идентичности;
- помощь в преодолении гендерной дисфории;
- поддержку и помощь на разных этапах трансгендерного перехода.

Эти положения описывают суть всей транс-специфической помощи людям с несоответствием гендерной идентичности полу, зарегистрированному при рождении.

Основой для того, чтобы сформировать качественную, доступную транс-специфическую помощь, вне зависимости от специализации и компетенций профессионалов, является **транс-инклюзивный** подход⁶, гендер-утверждающая (**гендерно-аффирмативная**) практика и **ориентация на потребности** и запросы самого человека.

6 Подход, ориентированный на негомогенность социума, учитывающий присутствие и специфические потребности транслудей и отвечающий им.

Актуальными глобальными ориентировочными рамками медицинской помощи трансгендерным, гендерно-неконформным и небинарным людям в настоящее время являются:

- Стандарты оказания помощи Всемирной профессиональной ассоциации по трансгендерному здоровью (WPATH), 7-я версия;
- Международная классификация болезней 10-го и 11-го пересмотров.

Локально медико-социальную помощь регулируют страновые стандарты помощи и законодательная база, определяющая условия и возможности доступа к помощи и юридического признания гендера.

СТАНДАРТЫ ПОМОЩИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ, ТРАНССЕКСУАЛЬНЫМ, ГЕНДЕРНО-НЕКОНФОРМНЫМ ЛЮДЯМ ВСЕМИРНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ПО ТРАНСГЕНДЕРНОМУ ЗДОРОВЬЮ, 7-Я ВЕРСИЯ

Стандарты WPATH — результат работы большой мультидисциплинарной команды экспертов в трансздоровье, формирующей консолидированные консенсусные позиции в отношении подходов к помощи и клинических рекомендаций, основанные на изучении глобального мирового опыта (исследовательского и практического) и оценке транс-специфических потребностей людей. Стандарты содержат наиболее выверенные и актуальные решения по разным аспектам медицинской помощи, включая этику, помощь специалистов по психическому здоровью, гормональную маскулинизацию и феминизацию, репродуктивные возможности для транслюдей, помощь трансгендерным детям и подросткам и другие вопросы. Документ используется в качестве основы при формировании локальных регламентов помощи: клинических руководств, протоколов, адаптированных стандартов и пр. — и лучших практик оказания помощи.

Базовые постулаты помощи трансгендерным, транссексуальным, гендерно-неконформным людям, рекомендованные помогающим специалистам Стандартами WPATH:

- проявлять уважение к пациентам с несоответствием гендерной идентичности полу, зарегистрированному при рождении;
- не считать патологией отличающиеся варианты гендерной идентичности и гендерного самовыражения;
- оказывать помощь, направленную на подтверждение идентичности и снижающую выраженность дискомфорта / гендерной дисфории;

- приобретать знания о потребностях трансгендерных, гендерно-неконформных людей, связанных со здоровьем, и о способах снижения дискомфорта;
- совмещать терапевтические стандарты с индивидуальным подходом, при оказании помощи ориентироваться на нужды пациентов, получать информированное согласие;
- оказывать поддержку и выступать в защиту пациентов в их семьях, сообществах, социуме;
- придерживаться общей цели медицинской помощи — содействовать безопасному и эффективному движению на пути к достижению устойчивого комфорта со своей гендерной идентичностью, способствовать максимальному улучшению здоровья, психологического благополучия и самореализации.

Медицинская помощь в транс-специфических вопросах может включать: первичную медицинскую помощь; гинекологическую и урологическую помощь; содействие репродуктивным планам; работу с голосом и коммуникативную терапию; услуги, связанные с психическим здоровьем (оценку, консультирование, психотерапию); гормональные и хирургические маскулинизирующие и феминизирующие вмешательства.

Если останавливаться на региональном контексте, то для России и других стран региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) наиболее актуальными можно считать следующие вопросы здравоохранения, касающиеся трансгендерных людей.

1. Помощь специалистов по психическому здоровью

- Установление причины обращения.
- Оценка психического состояния, наличия гендерной дисфории, установление диагноза.
- Вынесение заключения (прежде всего, для решения основного социально-правового вопроса — смены гендерного маркера (паспортного пола)).
- Информирование (о статусе состояния, возможностях получения помощи, включая помощь других медицинских специалистов).
- Поддержка во время других этапов перехода.
- Психотерапия (при необходимости).
- Работа с семьей и окружением.

- Помощь и поддержка при сопутствующих проблемах психического здоровья, в том числе не связанных с гендерной идентичностью человека.

2. Гормональная маскулинизация/феминизация

Суть вмешательства: введение экзогенных эндокринных веществ с целью вызвать **феминизирующие** или **маскулинизирующие** изменения с учетом индивидуальных потребностей, возможностей, желаний человека или способствующие снижению выраженности дискомфорта.

Крайне важна помощь эндокринолога в следующих вопросах.

- Оценка желательных эффектов и ожидаемых результатов гормональной терапии, их реалистичности, преодоление мифов о них.
- Обсуждение нежелательных эффектов и побочных действий; преодоление мифов о них.
- Мотивация к оценке состояния здоровья.
- Первичная оценка состояния здоровья, рисков, планирование режима наблюдения, отслеживания эффектов, систематического мониторинга, онкологического скрининга.
- Предварительная стабилизация состояния, начало терапии при несоответствии критериям отбора и наличии противопоказаний, особый контроль.
- Информирование и просвещение, включая пояснения по наблюдающимся изменениям.
- Выбор препаратов, оценка возможностей, обеспечивающих непрерывность терапии.
- Получение информированного согласия.
- Обследование и ведение в ситуации перекрывающей терапии (в случае самостоятельного начала гормональной терапии до встречи с эндокринологом).
- Поддерживающая терапия.

3. Хирургическая помощь

- Маскулинизирующие и феминизирующие оперативные вмешательства (операции на молочных (грудных) железах, генитальные операции, пластика лица, операции по изменению голоса и др.).

4. **Транс-специфическая помощь специалистов урогенитальной сферы, включая вопросы фертильности и репродукции.**
5. **Помощь детям и подросткам с несоответствием гендерной идентичности полу, зарегистрированному при рождении, гендерной вариативностью, гендерной дисфорией, включая работу с семьей и ближайшим окружением.**
6. **Базовые этические вопросы**

- Неэтичность «лечения» гендерной идентичности и предложения помощи, направленной на примирение с полом, определенным и зарегистрированным при рождении.
- Помощь, основанная на потребностях пациента.
- Принципы транстактичности.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ

В странах ВЕЦА до настоящего времени используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Именно эта классификация лежит в основе диагностики и учета заболеваний, расстройств, состояний и причин смерти. Но, несмотря на это, в вопросах, касающихся несоответствия гендерной идентичности полу, установленному и зарегистрированному при рождении, МКБ-10 значительно устарела и утратила свое значение⁷.

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра, уже принятой ВОЗ, позиции, касающиеся этого вопроса, претерпели значительные и принципиальные изменения⁸.

Наиболее важными являются следующие изменения, отчетливо детерминирующие необходимость пересмотра подходов к помощи.

- Рассматриваемые состояния (связанные с несоответствием гендерной идентичности полу, установленному и зарегистрированному при рождении) вынесены из раздела «Психические

⁷ В МКБ-10 эти вопросы рассматриваются в рубрике «Расстройства половой идентификации».

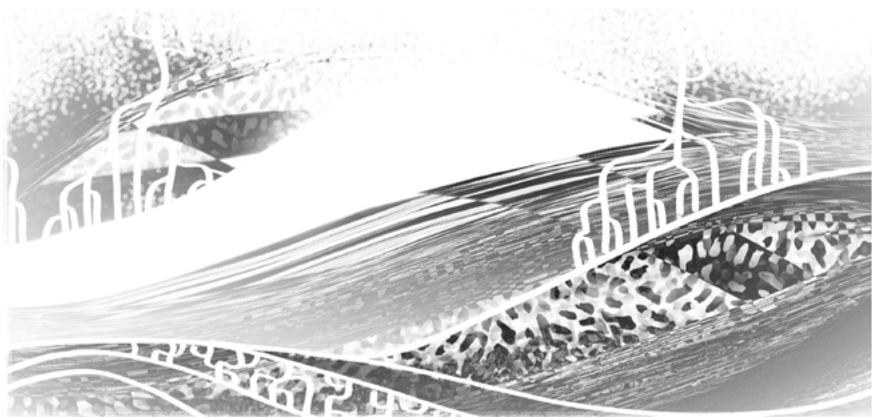
⁸ Международная классификация болезней 11-го пересмотра, рубрика «Гендерное несоответствие», на англ. языке: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2ficd%2f%2fentify%2f411470068>

и поведенческие расстройства», выведены из прерогативы врачей-психиатров, освобождены от патологизирующей стигмы и тем самым обрели более нормализованный статус.

- В МКБ-11 им присвоено название **гендерное несоответствие**.
- Рубрика «Гендерное несоответствие» размещена в разделе «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем».
- «Гендерное несоответствие в подростковом возрасте» и «Гендерное несоответствие взрослых» объединены в одну категорию и имеют единые критерии, определяющие квалификацию состояния («установление диагноза») и похожие подходы к помощи.
- Гендерное несоответствие определено как заметное и стойкое несоответствие между переживаемым человеком гендером и приписанным ему полом.
- Основным критерием для рассмотрения гендерного несоответствия (у подростков и взрослых) в качестве «диагноза» и показанием к оказанию медицинской помощи становится желание совершить переход, чтобы иметь возможность жить и быть принятым в переживаемом гендере, посредством гормонального лечения, хирургии или других услуг системы здравоохранения для приведения своего тела в соответствие с желаемым гендером насколько хочется и возможно.
- Гендерное несоответствие в детстве рассматривается отдельно.

Отмеченные изменения в МКБ транслюди и оказывающие им помощь специалисты расценивают в целом позитивно и отмечают, что это существенный шаг в сторону депатологизации и дестигматизации феномена трансгендерности и самих трансгендерных, гендерно-неконформных и небинарных людей; прослеживается нормализация гендерно-вариативного самовыражения; новый подход к классификации открывает доступ к помощи для большего числа людей с разными идентичностями (выход за пределы «транссексуализма»); классификация предусматривает возможность гендер-утверждающей помощи в подростковом возрасте; отвергаются ранее существовавшие «критерии исключения», например, которые не позволяли признавать наличие у некоторых людей с интерсекс-вариациями несоответствие гендерной идентичности зарегистрированному полу, и др. Но транссообщество выражает озабоченность спорностью термина «несоответствие» в противовес более одобряемому «вариативность», и позицией в отношении диагноза у детей, использование которого клинически малообоснованно.

Изменения в МКБ открывают перспективы, но и предлагают новые вызовы для стран региона ВЕЦА. Безусловно, перемены создают условия для преодоления сепарации и отчуждения транслюдей, не только как отличающихся, но и имеющих психиатрическую стигму, и создают условия для нормализации и социальной адаптации. Очевидно, нивелируется роль психиатра и упраздняется психиатрическая «таможня», за которой оставалось решение о дальнейшей судьбе человека — разрешение изменить (или нет) документы, открыть (или нет) доступ к телесным модификациям и пр. Есть перспектива уменьшить количество рубежей на пути трансгендерного перехода и перенести бóльшую часть ответственности за свои решения, касающиеся изменения тела и документов, на самого человека. Возникает необходимость развития иной системы транс-специфической помощи, более гуманистичной и клиент-ориентированной, более соответствующей потребностям людей. Возможно, перенести ее в поле общей практики, в ведение врачей, в чьей помощи действительно нуждаются люди с несоответствием гендерной идентичности полу, зарегистрированному при рождении. И достаточное внимание уделить транс-специфическим вопросам, актуальным подходам к помощи и этической составляющей в образовательных программах для обучения медицинских специалистов, в особенности при подготовке врачей наиболее востребованных специальностей: эндокринологов, гинекологов, урологов, семейных врачей, маммологов, пластических хирургов и т. д.



ПОДДЕРЖКА ТРАНСГЕНДЕРНЫХ, ГЕНДЕРНО-НЕКОНФОРМНЫХ И НЕБИНАРНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ СЕМЕЙ

ИЗ СБОРНИКА МАТЕРИАЛОВ
ПЕРВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ТРАНСЛЮДЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ»
КЫРГЫЗСТАН, БИШКЕК, 2019

Гендерная вариативность у детей может проявляться с 2–3-летнего возраста. В препубертатном возрасте гендерная дисфория редко сопровождается неприятием своего тела и в отсутствие заметного социального и/или семейного противодействия может быть слабой и не осознаваться в полной мере до наступления пубертата. Максимальный уровень гендерной дисфории наблюдается обычно с 10 до 13 лет — период активной гендерной социализации и выраженных телесных изменений.

ПОЧЕМУ ВАЖНО ОБСУЖДАТЬ ВОПРОСЫ ГЕНДЕРНОЙ ВАРИАТИВНОСТИ, ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИИ И ГЕНДЕРНОГО УТВЕРЖДЕНИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Во-первых, в последние 10 лет заметно увеличилось количество трансгендерных и гендерно-неконформных детей и подростков и их родителей, обращающихся за помощью в гендерные клиники и центры по всему миру. Кроме того, снизился средний возраст детей, обращающихся за помощью. На наш взгляд, причиной этого, прежде всего, является появление большей возможности получить помощь, отвечающую потребностям (улучшившийся доступ к информации и медико-социальным услугам, изменения законодательства и общественного мнения в глобальной перспективе, распространение гендер-утверждающей модели в работе с семьями и социальным окружением).

Во-вторых, о важности такого обсуждения говорят устрашающие цифры статистики психологического, социального и физического неблагополучия трансгендерных и гендерно-неконформных детей и подростков, не получающих поддержки семей, социального окружения и специалистов в надлежащем виде и объеме. Возможно, наиболее красноречива в этом смысле динамика суицидальности трансгендерных и гендерно-неконформных людей⁹:

9 The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016.

40% трансгендерных и гендерно-неконформных взрослых имеют в прошлом попытку суицида, 34% из них совершили первую попытку суицида к 13 годам и ранее, 39% — между 14 и 17 годами.

К распространенным психосоциальным последствиям этого неблагополучия относятся:

- изоляция от сверстников;
- отказ посещать школу;
- трудности в формировании отношений;
- снижение успеваемости;
- негативная самооценка;
- повышенная распространенность психических и поведенческих проблем: депрессии, тревожных расстройств, ПТСР, нарушений пищевого поведения, самоповреждений, употребления ПАВ;
- уход из учебного заведения;
- социальная и экономическая маргинализация, бездомность, вынужденная секс-работа.

За пределами нашего обсуждения остаются высокие риски трансгендерных и гендерно-неконформных детей и подростков подвергнуться физическому, экономическому и психосоциальному насилию, достигающие почти 100% в отношении вербальной агрессии, тех или иных форм буллинга.

Все это давно является основанием для использования гендер-утверждающей модели в отношении трансгендерных и гендерно-неконформных детей и подростков.

Гендер-утверждающая практика — это помощь, сочетающая уважение, принятие и поддержку идентичностей и жизненного опыта трансгендерных и гендерно-неконформных людей на основе их самоопределения.

Известно, что одним из самых значимых ресурсов для гармоничного развития и укрепления устойчивости к стрессам у трансгендерных и гендерно-неконформных детей и подростков является принятие и поддержка микросоциального окружения, в первую очередь — семьи.

РАБОТА С СЕМЬЯМИ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ
И ГЕНДЕРНО-НЕКОНФОРМНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ¹⁰

Цель работы состоит в достижении гармонизации семейного взаимодействия на основе **понимания и принятия самовыражения** ребенка, а не толерантного (терпимого!) отношения.

К главным принципам этого процесса относятся:

- безопасность и поддержка всех участников;
- информирование и расширение взглядов на гендер и гендерную вариативность;
- преодоление чувства изолированности;
- фокусировка на движении, а не на последствиях.

Важным условием успеха представляется способность специалистов создать безопасное, принимающее, поддерживающее пространство, особенно для родителей, что может стать залогом их собственной способности создать такое пространство уже для своего ребенка.

Семьи могут нуждаться в помощи в связи с переживаниями ребенка, переживаниями родителей или по обоим причинам. Иногда дети вовсе не нуждаются в терапии, тогда лучше и не привлекать их, чтобы не подкреплять восприятие ими себя как проблемы для своих близких.

Для начала может потребоваться отдельная работа, если очевидно, что родители проявляют свои переживания в болезненной для ребенка форме, чтобы не травмировать семью и ребенка дополнительно.

В ходе **работы с родителями** важно **поддерживать** их в проживании трудностей и **признавать** их эмоциональные переживания. На всех этапах работы **исследование личных чувств** родителей (вины, гнева, потери, разочарования, нереализованных ожиданий, беспокойства о безопасности ребенка и семьи...) — необходимая и актуальная часть процесса, даже если родители проявляют готовность двигаться навстречу или поддерживают детей в гендерном утверждении.

Важно на начальном этапе взаимодействия **исследовать убеждения и установки** родителей по поводу гендера, а также другие убеждения, касающиеся психосоциальных идентичностей (религии,

¹⁰ В описании модели гендер-утверждающей семейной терапии были использованы материалы публикации: Deborah Coolhart and Daran L. Shipman. Working Toward Family Attunement // Psychiatric Clinics of North America. Vol. 40. 2017.

этноса, социального статуса и т. д.). Перспективной может оказаться фокусировка на родительской любви и заботе, зачастую лежащих в основе проблемных переживаний (особенно актуальная в переживаниях страха, тревоги за детей).

Этап обучения в рамках гендер-утверждающей модели — это формирование нового, гибкого, инклюзивного и принимающего взгляда на гендерное самовыражение ребенка. Большую роль здесь играет информирование на понятном языке и в адекватном объеме, который может быть освоен и усвоен родителями, тем более что продолжающаяся работа подразумевает прояснение новых вопросов по мере их актуализации. Очевидно, что этот этап может быть реализован только при условии успешного прохождения этапа поддержки и признания.

Логичное продолжение процесса развития родительской гендер-утверждающей позиции — **движение к отстаиванию интересов ребенка**, осуществляемое взаимодействием с микросоциальным окружением ребенка и семьи (родственниками, соседями, школой, сотрудниками и т. д.) как посредством информирования, так и с элементами адвокационных стратегий.

Неоценимую помощь на этом этапе развития и в последующем представляет посещение **групп поддержки** (особенно родительских групп в формате «равный равному»).

Взаимодействие с трансгендерным, гендерно-неконформным ребенком в первую очередь подразумевает создание безопасной и утверждающей атмосферы. К ключевым задачам относятся:

- создание пространства для исследования гендерного самовыражения;
- освоение новых стратегий совладания.

Особенно ценным для развития стрессоустойчивости и гармоничной самоидентификации является формирование способности разделять свой личный вклад в появление проблем, связанных с самоопределением и самовыражением, и транснегативное отношение общества. Здесь важен примат утверждения самоопределения перед стратегиями приспособления к социальным ожиданиям.

Необходимо учитывать и негативные варианты развития событий, оставаясь на стороне ребенка, положение которого крайне уязвимо в непринимавшей семье. Если родительское принятие недоступно, специалистам следует вместе с ребенком провести оценку ресурсов

(связей, общения), сформировать стратегии совладания, выработать кризисный план для поведения в экстренных ситуациях и обсудить возможность отложить изменения на будущее.

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ И ДЕТЬМИ

В этом контексте особую значимость приобретают примеры утверждающей коммуникации, исходящие от специалистов. Необходимо побуждать родителей к поиску новых стратегий поддержки; поддерживать конструктивное взаимодействие, когда родители способны слушать, а ребенок учится проговаривать/выражать свои переживания; готовить к раскрытию расширенному составу семьи и социуму, используя ролевые игры, сценарии, дискуссии; акцентировать связь между позитивным отношением родителей и повышением устойчивости к стрессу у ребенка.

В случае, если в семье есть **сиблинги**, необходимо оценивать актуальность их вовлечения в процесс, учитывая, что иногда они испытывают меньше дистресса в сложившейся ситуации (меньше ответственности, больше информированность), но нередки и специфические переживания у сиблингов: общая школа, знакомые, ощущение неважности своих нужд по сравнению с проблемой трансгендерного, гендерно-неконформного ребенка для родителей. Могут потребоваться отдельные встречи.

Полезным может оказаться вовлечение других значимых членов семьи в работу.

Еще одной важной задачей работы с семьей может стать участие в **планировании трансгендерного перехода**.

Готовность к трансгендерному переходу — вопрос, не дающий возможности для однозначного и определенного ответа, и выбор всегда остается за человеком. Но можно принять во внимание следующие соображения. Сочетание у ребенка заметного дистресса (гендерной дисфории) и стойкости самоопределения дает основу для большей уверенности в готовности к шагам трансгендерного перехода. Низкий уровень дистресса в сочетании с нестойкостью установок создают условия для стратегии выживания («пождем, посмотрим») — целесообразны эксперименты с гендерным самовыражением в безопасном пространстве, элементы социального перехода.

Поводами для озабоченности могут стать ситуации сочетания низкого уровня дистресса при наличии стойкого самоопределения

(возможное следствие использования ребенком стратегий приспособления к социальному неприятию), и нестойкости самоопределения при наличии заметного дистресса (возможные признаки депрессии, чувства безнадежности).

Трансгендерный переход может включать в себя шаги социального (психосоциального) и медицинского характера. Структура перехода, его содержание могут определяться только самим трансгендерным, гендерно-неконформным человеком.

Под **социальным переходом** подразумевается изменение социальной роли в соответствии с утверждаемым гендером. Эти шаги могут предпринимать и трансгендерные, и гендерно-неконформные дети препубертатного возраста. Социальный переход для детей и подростков может включать смену имени, местоимения, одежды, внешнего вида. Рекомендуются начинать с проб нового гендерного самовыражения в безопасной обстановке (безопасное место, удобное время). Важно дать ребенку возможность исследовать свои гендерные чувства и способы самовыражения, а семье — понять и проработать свои переживания по этому поводу. Специалистам этот период дает возможность сформировать доверительные отношения с ребенком и семьей, помочь в планировании дальнейших шагов перехода, оценивать изменения и ресурсы, если целесообразно — включаться в терапевтическое взаимодействие и преемственное взаимодействие со специалистами, вовлеченными в **медицинский переход** (например, подавление пубертата — вариант гендер-утверждающей гормональной терапии, рекомендуемый для начала в возрасте около 12 лет).

Необходимо помнить, что, несмотря на сложность и ответственность обсуждаемых решений, откладывать их «на потом» чревато развитием и эскалацией гендерной дисфории и неблагоприятных последствий, перечисленных в начале.

Бездействие НЕ является нейтральным.

В заключение считаем важным предоставить право голоса самим трансгендерным и гендерно-неконформным молодым людям, используя материалы публикации¹¹, созданной на базе Йельской педиатрической гендерной программы. Средний возраст участников этого проекта — 15 лет.

11 Turban, Ferraiolo, Martin, Oleszki. Ten Things Transgender and Gender Nonconforming Youth Want Their Doctors to Know // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 56. № 4. 2017.

1. «Сексуальность и гендер — две разные вещи. АБСОЛЮТНО разделенные».

2. «Говорить об этих темах с посторонними людьми неприятно».

Разговор с медицинским специалистом о моей гендерной идентичности может вызвать даже больше боли, неловкости и напряжения, чем какие-нибудь инъекции или процедуры. Особенно потому, что эти вещи бывает трудно выразить словами. Будьте терпеливы и сделайте все возможное для создания уютной атмосферы. Поймите, что пребывание в клинике вызывает волнение.

3. «Небинарные люди существуют».

Доктора обычно думают, что трансгендерные люди идентифицируют себя как 100% девушки или 100% парни. Многие из нас относятся к этому не так. Мне может быть неудобно называть себя парнем или девушкой. Я могу чувствовать, что ни один из таких ярлыков не относится ко мне в полной мере или что я парень или девушка в зависимости от ситуации.

4. «Имена, местоимения и гендерные маркеры важны».

Если вы обращаетесь ко мне, используя не то имя или местоимение, это может восприниматься как оскорбление. Услышав обращение к себе по неправильному имени, я могу решить, что вы не поддерживаете меня, что вы похожи на тех людей в моей жизни, которые осуждают меня из-за моей идентичности и не признают меня таким человеком, какой я есть.

5. «Не спрашивайте меня о моих гениталиях, если для этого нет медицинской необходимости».

Пожалуйста, не спрашивайте меня только из любопытства. Я же не спрашиваю о ваших. Если есть медицинский повод говорить о гениталиях, пожалуйста, объясните мне его, прежде чем задавать вопрос.

6. «Обследования гениталий и груди неприятны для большинства людей, и они могут быть особенно неприятны для меня».

Если это необходимо, пожалуйста, объясните мне почему, и, пожалуйста, дайте мне время понять и принять это. А вопрос «Как я могу провести это обследование не так неприятно?» может быть очень полезным.

7. «Блокаторы пубертата и гендер-утверждающая гормонотерапия могут спасти мою жизнь».

Имейте в виду, что мы все разные, и если некоторые из нас могут не нуждаться в гормональной терапии, то для других это может быть жизненно необходимо.

8. «Пожалуйста, тренируйте персонал своей клиники».

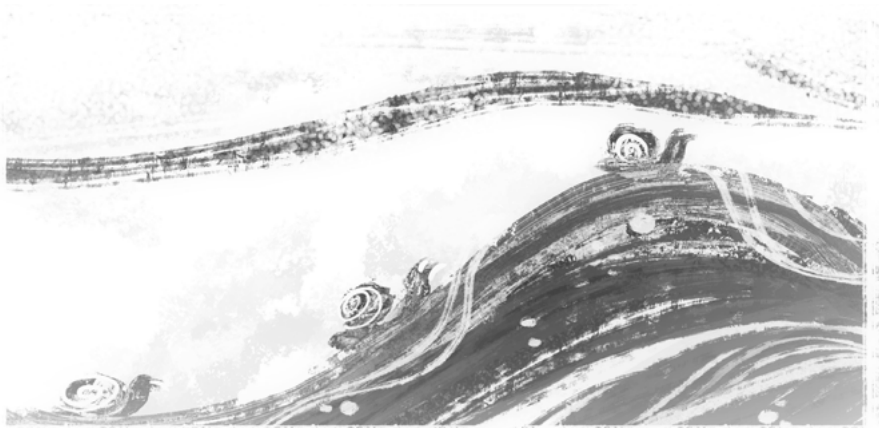
Когда администраторы или медицинские специалисты перед приемом задают вопросы о моей гендерной идентичности или обращаются ко мне в несоответствующем гендере, я переживаю, что и в вашем кабинете я не буду принят таким человеком, какой я есть.

9. «Если я чувствую себя депрессивно или тревожно, то это, скорее всего, не потому, что у меня есть проблемы с восприятием моей гендерной идентичности, но потому, что эти проблемы есть у людей вокруг меня».

Непонимание, непринятие, преследование, дискриминация и осуждение могут наносить серьезный урон. Пожалуйста, имейте это в виду, обсуждая со мной мое психическое здоровье.

10. «Дайте знать, что вы на моей стороне».

Больше всего мы хотим понимать, что наши врачи за нас и не осудят нас. Я знаю, что вы можете ошибаться с местоимениями или другими вещами, но объяснение, что вы на моей стороне и хотите научиться, меняет все.



ТРАНСТАКТИЧНОСТЬ. «НЕ НАВРЕДИ» В ДЕЙСТВИИ

Из сборника «ГЕНДЕРНОЕ ПУТЕШЕСТВИЕ»

№ 2, 2018

В нашем обществе, а зачастую и в профессиональной среде, тема несоответствия гендерной идентичности человека полу, установленному и зарегистрированному при рождении, существует в пространстве между невежеством и маргинализацией, между патологизирующим взглядом и бытовыми представлениями, между безразличием к трудностям бытия людей и трансфобной неприязнью. Безусловно, есть большое количество профессионалов помогающих профессий, чья практика основана на гуманистических, недискриминирующих и инклюзивных принципах. Но и для них, для их работы с трансгендерными, гендерно-неконформными/небинарными людьми, недостаточно порой базовых этических профессиональных принципов. Не потому, что есть какая-то специальная, отдельная «трансгендерная психология/психотерапия», а потому что, в силу разных причин, есть некоторые особенности коммуникации с людьми, чья гендерная идентичность отличается от пола, установленного и зарегистрированного при рождении, коммуникационные подходы, отражающие уровень принятия и уважения человека, его/ее достоинства и выбора, снижающие уровень стресса от общения с профессионалами, позволяющие избежать дополнительной травматизации, создающие условия для эффективной поддержки и помощи.

Трансгендерная тактичность / транстактичность — такой способ взаимодействия с нецисгендерным человеком, который позволяет не допускать умышленно неприятных, травматичных, небезопасных ситуаций, тем, вопросов для людей, чья гендерная идентичность отличается от пола, установленного и зарегистрированного при рождении. Использование принципов транстактичности помогающим специалистом в процессе работы — замечательный индикатор не только профессиональной чуткости, но и глубины уважения к себе, своей профессии, людям, индикатор профессиональной культуры.

Вот несколько основных принципов трансгендерной тактичности.

ОБРАЩЕНИЕ. МИСГЕНДЕРИНГ. ДЕДНЕЙМИНГ

К человеку необходимо обращаться по тому имени и использовать то местоимение, которые он использует в отношении себя

и которые просит собеседника использовать в свой адрес. Для того чтобы узнать, как человек хотел бы, чтобы к нему обращались, если он сразу об этом не сказал, его стоит об этом спросить. Спросить так, чтобы это не имело обратного эффекта — не стало иллюстрацией вашего замешательства от того, что вы «сомневаетесь» в гендере человека, плохо «считали» его гендерную репрезентацию. Можно ввести в практику ритуал знакомства с собеседником, который бы включал вопросы типа «Как вы предпочли бы, чтобы я к вам обращался, какое использовать имя и местоимение?». Возможно, неловкость от непривычности этой практики сможет снизить использование разовых бейджей-наклеек, которые можно предложить использовать всем своим клиентам и на которых они могут написать желаемое имя и местоимение. Ценной в любой из этих практик является и возможность для человека «выбрать» местоимение и имя, соответствующие его гендерной идентичности, и условия для менее болезненного раскрытия своей идентичности, если в этом есть необходимость. Важно в процессе всего дальнейшего диалога поддерживать практику обращения в желаемом гендере, избегать случайного и тем более неслучайного мисгендеринга и деднейминга — не возвращаться к «забытому/прежнему» гендеру и «мертвому» имени. При этом важно не переходить грань, когда эти ритуалы становятся исключительно способом выяснения гендерной идентичности человека. Тему идентичности вообще не стоит поднимать/обсуждать без инициативы или согласия клиентов и без связи с их запросом. Кроме этого, важно не «угадывать» гендерную идентичность клиента «на глаз» или в процессе беседы и стараться избегать гендерированных окончаний и обращений по отношению к человеку до прояснения вопроса.

КРУГ «ЛИШНИХ» ВОПРОСОВ, КРУГ «ВРЕДНЫХ» ВОПРОСОВ

Помогающему специалисту в его профессиональном взаимодействии с клиентом подчас необходимо задавать «много вопросов», чтобы разобраться в сложностях и их детерминантах и оказывать помощь более качественно, но важно при этом избегать «лишних» вопросов. Вопросов, единственным или ведущим мотивом которых являются собственно знакомство с темой или любопытство в отношении опыта, образа жизни, партнерства, сексуальных практик, «выяснения обстоятельств» проживания и социализации в прежнем «нежелательном» гендере, подробностей перехода, телесных модификаций, реалий существования, жизненных планов людей, чьи опыт и идентичность «так радикально» отличаются от опыта и идентичности специалиста.

Вопросов, которые не способствуют улучшению качества помощи, но заходят на «запретную территорию», праздных и неуместных вопросов, неоправданных, но ранящих, вопросов, которые посчитались бы «неповзволительными» в адрес цисгендерных клиентов. В особенности, если это мало связано с заявленной проблемой или сформулированным запросом. Любое интервьюирование в рамках помогающей практики должно быть оправданным и наименее травматичным. В противном случае есть риск навредить «вредным» вопросом — тем вопросом, который может стать инструментом травмы сам по себе. Небезопасны и зачастую имеют последствия вопросы, в которых кроется сомнение в идентичности человека или обесценивается ее важность в жизни человека, поиск того, как «на самом деле».

НОРМАТИВНАЯ ПРИЗМА

Очень важно в работе с трансгендерными, гендерно-неконформными/небинарными людьми отключить цисгетеронормативную, бинарную оптику. Не нужно пытаться встроить их в эту систему координат, в нормативные рамки, не нужно искать аналогии с тем, как это «принято», «обычно», «должно быть», как «правильно». Не стоит предлагать «определиться», «выбрать» из того, что к ним не относится, вынуждать «соответствовать». Гендерная идентичность («плюс-минус» репрезентация) «выбирается» не из тех, что предложены, не из «известных» вариантов — это результат самоопределения человека в заданной системе координат или за ее пределами, если комфортного варианта внутри не имеется. Не стоит рифмовать репрезентацию клиента с его гендерной идентичностью / сексуальностью / иной идентичностью, не нужно искать прямой взаимосвязи гендерной идентичности с сексуальной ориентацией, и наоборот, неверно делать выводы об идентичности человека на основе своего опыта / знаний / мировоззрения / представлений о многообразии, на основе чего угодно, за исключением того, что опубликовано самим человеком. Не нужно рассматривать и «оценивать» опыт и идентичности человека через призму стереотипов, привилегий и иерархий. Не нужно помогающим специалистам пропускать услышанное от клиента через сито собственных культурных, духовных, моральных и нравственных установок, представлений, заблуждений. Нельзя оценивать человека, его опыт и любую из его идентичностей по принципу «настоящий — ненастоящий», «истинный — ложный», «более значимый — менее значимый», «определенный — неопределенный», «устойчивый — неустойчивый», сравнивать со своими или иными.

В работе с трансгендерным, гендерно-неконформным/небинарным человеком крайне важным является деликатное обращение со словом. Есть ряд устоявшихся речевых оборотов, использование которых может всерьез осложнить вашу коммуникацию с нецисгендерным человеком. Использование или неиспользование словосочетания «смена пола» послужит для вашего визави индикатором уровня вашей компетентности и лояльности. Использование корректного аналога — «трансгендерный переход» — в ситуации тотального профессионального невежества и живучего ретро-словаря позволит получить некоторую долю стартового кредита доверия. «Развитие речи», или эволюция словаря в данной теме, стремительны и многогранны. Споры в отношении корректности, точности, актуальности того или иного термина или выражения и их написания имеют место не только в диалоге между профессионалами и непрофессионалами, цисгендерными и нецисгендерными людьми, но и между транс-активистами и неактивистами, между бинарными и небинарными транслюдьми, между людьми с одинаковыми идентичностями, продолжают они перманентно, и не обязательно результатом становится полное единодушие. Эти диалоги иллюстрируют стремление отразить реальность в ее многообразии, необходимость учесть интересы всех, снизить уровень языковой стигмы и травмы от патологизирующего, дискредитирующего, уничижительного, разделяющего словаря, найти лаконичное, точное, безоценочное и не имеющее разночтений определение всему значимому. Не мудрено, что даже у тех, кто «в теме», есть вероятность «отстать» от этого процесса, и это не преступление. Но быть чуткими при использовании терминологии в диалоге с трансгендерным, гендерно-неконформным/небинарным человеком, не «навешивать» диагнозов и не «определять» идентичностей, прислушиваться к тому, как он говорит о себе и своей жизни, переспрашивать и уточнять, если это необходимо для улучшения взаимопонимания и формирования контакта, приносить извинения, если были допущены «ошибки», быть бережными и стараться не навредить в процессе помощи — неплохая и нетрудная программа-минимум. Кроме этого, здорово иметь некоторый базовый понятийный аппарат, связанный с темой, который и правда облегчит взаимопонимание. Например, знать спектр терминов, описывающих различные варианты гендерных идентичностей человека и их смысловую нагрузку; использовать «трансгендерный переход» вместо «смены пола» — термин, подходящий для описания процесса/шагов/времени (индивидуальных, без «стандартного

набора») самоопределения и/или проявления/реализации своей гендерной идентичности; «юридическое признание гендера» и «смена гендерного маркера» — термины, описывающие процесс смены паспортного/гражданского пола; «гормональная и/или хирургическая маскулинизация и феминизация», «гендер-утверждающая помощь» — для описания медицинской части перехода (опять же, необязательной, возможной лишь в индивидуальном порядке и объеме, основанной на потребностях самого человека). Очень помогает в процессе взаимодействия перманентная обратная связь с человеком, позволяющая контролировать, насколько «общим» является язык общения, одинаково ли понимаются слова, не является ли тот или иной вопрос/выражение/термин/умозаключение неприятным для клиента, что именно имеет в виду человек, произнося что-либо. Бесценным для установления контакта и повышения его терапевтической эффективности является доверие экспертности клиента в описании себя и своих идентичностей, своей жизни, опыта, оценке травм, поиске путей преодоления сложностей и достижения комфорта, что не обесценивает принимающую, утверждающую, поддерживающую, фасилитирующую, вспомогательную роль специалиста.

Помощь в запрашиваемых рамках, НЕ «ЛЕЧЕНИЕ» ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ

Базовым элементом этики в работе с трансгендерными, гендерно-неконформными/небинарными людьми является актуальный тезис: любая гендерная идентичность, как и гендерная репрезентация, сами по себе не могут трактоваться как нарушения ментального, да и физического, здоровья. Соответственно, неэтичной считается любая оценка гендерной идентичности и гендерной репрезентации как «патологической», неэтичным же является и предложение помощи, направленной на «лечение» несоответствия идентичности полу, установленному и зарегистрированному при рождении. Кроме того, не стоит интерпретировать несоответствие гендерной идентичности полу, установленному и зарегистрированному при рождении, как «проблему», «нездоровье», «драму», а тем более выражать в связи с трансгендерностью/неконформностью/небинарностью сочувствие, сожаление, печаль. Добавить к этому можно и следующее: не стоит все сложности в жизни и здоровье трансгендерных, гендерно-неконформных/небинарных людей объяснять их гендерной идентичностью, считать ее «корнем всех проблем» и на этом строить свою «помогающую» стратегию. Неблагодарная работа — «искать причины» трансгендерности /

гендерной неконформности / небинарности в истории самих людей, их семейной истории, ведь речь идет о людях, живущих в мире, наполненном гендерными стереотипами и насилием, имеющим гендерную подоплеку. Важнее помочь сформировать запрос на помощь и осуществлять помогающую практику на основе потребностей человека, с учетом реалий его существования, направленную на улучшение ситуации и облегчение жизни, и в запрашиваемом объеме. Учитывая устремления самого человека, а не на основе собственных представлений о его здоровье и счастье.

Конфиденциальность

Этический принцип, который, казалось бы, не требует напоминания, необсуждаем и незыблем для профессионалов. В ситуации работы с трансгендерными, гендерно-неконформными/небинарными людьми он имеет особое значение и свои нюансы. Чтобы не быть многословной, воспользуюсь, пожалуй, избитой, но наиболее точной формулой. Вся информация персонального характера в отношении трансгендерного, гендерно-неконформного/небинарного человека, полученная в процессе профессиональной коммуникации, является совершенно конфиденциальной. **ОБ ЭТОМ** — ничего, никогда и никому без осознанного согласования с самим человеком. Раскрытие информации о своей гендерной идентичности, сексуальной ориентации, опыте, практиках вам как помогающему специалисту не означает открытости родителям, партнерам, представителям сообщества и всему остальному миру.



НЕМНОГО РАЗМЫШЛЕНИЙ О ТОМ, КАК ФОРМИРУЕТСЯ СЕКСУАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА ТРАНСГЕНДЕРНЫХ И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ И ОТ ЧЕГО МОЖЕТ ЗАВИСЕТЬ БЛАГОПОЛУЧИЕ ИХ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

НА ОСНОВЕ ДОКЛАДА «„СЮРПРИЗЫ“ СЕКСУАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ»
ТРАНС*ФЕСТ 2021

Описывая концепцию и обобщая разные подходы к определению **сексуальной культуры**, можно обозначить ее как «сумму знаний, умений, навыков, необходимых для успешной и безопасной сексуальной¹ жизни»; тенденции, которые «охватывают как индивидуальный опыт, так и коллективные интерпретации»; общие, групповые и персональные социокультурные регламенты проявления сексуальности и сексуальной жизни; «аспект культурной и социальной истории»².

Эта концепция позволяет рассматривать элементы различных сексуальных культур, оценивая их влияние на сексуальную жизнь человека и ее благополучие. Изучая сексуальную культуру, важно понимать, что она является частью и отражением общей культуры, может иметь региональные, этнические, субкультурные особенности. Разные сексуальные культуры или сексуальные культуры разных групп могут одновременно отличаться друг от друга, находиться в противоречии друг с другом и влиять друг на друга. Сексуальная культура сообщества людей с похожим опытом или интересами может влиять на сексуальную культуру отдельных людей и сексуальную культуру всей страны, персональная сексуальная культура влияет на культуру группы, культура целого общества не может не влиять на культуру индивида.

Вне зависимости от того, в каком масштабе рассматривается сексуальная культура, можно выделить факторы, которые определяют сексуальную культуру и на которые, в свою очередь, сексуальная культура же и влияет. Язык и этика, нормативы, дискурс и позиции — профессиональные или общественные, история и традиции, эволюция, наука, искусство, мифология, закон и право, уровень здоровья и безопасности, эротика и порнография и, собственно, сексуальная жизнь могут как

1 В прежние годы в русскоязычном пространстве использовалось понятие «половая жизнь». Российский социолог, психолог и сексолог Игорь Семенович Кон, чьи труды здесь цитируются, использовал эту формулу.

2 «Сексуальные культуры в Европе», 1999, Кон (соавторство); «Сексуальная культура в России», Кон, 2010.

быть детерминантами сексуальной культуры, так и развиваться в зависимости от нее.

Изучение сексуальной культуры вообще, сексуальной культуры группы людей со схожим опытом, в данном случае трансгендерных людей, или персональной сексуальной культуры может помочь человеку сформировать осознанный взгляд на собственную сексуальность и сексуальную жизнь, осмысленно подходить к выбору жизненных стратегий, сексуального поведения, сексуальных практик, что позволяет проживать любой опыт наиболее безопасно, иметь комфортную интимность и удовлетворяющую сексуальную жизнь. Профессионалу это может помочь в постижении реалий бытия людей, их специфических сложностей и копинг-стратегий, что немаловажно при формировании аффирмативных помогающих практик.

Рассматривая социокультурные вопросы сексологии с позиции разных дисциплин — философии, культурологии, медицины, психологии, права, — важно принимать во внимание окружающую реальность и контекст существования людей, их статус, например стигматизированность в качестве маргинализованной группы, специфические опыт и нужды. Очевидно, что патологизация гендерного разнообразия, стигматизация людей, дискриминационные практики или ограничения в доступе к специфической медико-социальной и психологической помощи в отношении транслюдей создают условия для интернализованных фобий и влияют на благополучие в разных сферах жизни, в том числе сексуальной.

На то, как формируется сексуальная культура общества, группы или человека, влияет уже то, каким образом рассматривается сексуальность — как «биологический инстинкт и побочный продукт репродукции» или «особый культурный или субкультурный дискурс»³, как система и функции, обслуживающие репродукцию, или значимая часть бытия, обеспечивающая социально-психологический, физический и душевный комфорт. От того, каким значением наделяется сексуальность, будет зависеть отношение к вопросам пола и гендера, к телу, взаимоотношениям, сексу и сексуальным практикам. И это не зависит от того, на каком уровне оно распространено (институционализировано, «общепринято», присуще определенной группе или лично).

Обсуждая сексуальную культуру сообщества трансгендерных людей, можно остановиться на тех ключевых факторах, которые ее определяют.

3 И. С. Кон.

Прежде всего, сексуальную культуру отдельного сообщества определяет сексуальная культура общества, частью которого это сообщество является. На сексуальную культуру транс-сообщества не может не влиять то, как к вопросам пола и гендера относятся государство и общество, с какой позиции рассматриваются гендерная и сексуальная вариативность. Безусловно, влияют и гендерные стереотипы, мифы и предрассудки в отношении трансгендерности, трансгендерных людей и их сексуальной жизни, уровень нетерпимости, тенденция к экзотизации трансгендерных людей и их сексуальной жизни. И даже пресловутое отношение к сексуальности: когда ее значение сводится к репродукции, а к телу относятся как к репродуктивному аппарату, тогда стигматизируется и табуируется любое вмешательство, противоречащее этой функции. Значительная роль в общей сексуальной культуре отводится нормативам и запретам, касающимся сексуальной жизни граждан, включая дискриминационные законопроекты, например подвергающие сомнению право трансгендерных людей на вступление в законный брак. Это не может не влиять на сексуальную культуру трансгендерных людей и на благополучие их сексуальной жизни.

На формирование сексуальной культуры любого сообщества влияет формальное или неформальное отношение государства и общества к людям из этого сообщества, то, насколько одобряема или неодобряема эта группа, существует она подпольно или открыто.

Еще одним фактором, влияющим на сексуальную культуру транс-сообщества, можно считать историю группы (инициативы, организации), вокруг которой объединилось сообщество, ее задачи, ценности, традиции, установки, отношение к сексу, сексуальным практикам, разным видам партнерств и отношений, к насилию, безопасности, профилактике инфекций. Кроме того, будет иметь значение, насколько в сообществе есть возможности и какая существует практика развития дискурса, касающегося сексуальности: табуированность или открытость темы секса, актуальность и достоверность распространяющейся информации, значение, которое уделяется теме сексуального здоровья, сексуального поведения, сексуальных практик, место, формат и язык диалога, этика. Большое влияние на сексуальную культуру сообществ оказывает сексуальная культура его участников, в особенности лидеров, активистов. Их взгляды, позиции, знания, язык, этика, если они транслируются в официальном или неофициальном диалоге с сообществом, становятся модельными, искажают или обогащают представления других участников.

Конечно, не все эти факторы имеют существенное значение при формировании индивидуальной сексуальной культуры, и есть множество других, которые определяют степень благополучия сексуальной жизни трансгендерных и небинарных людей.

Попробуем систематизировать те аспекты жизни трансгендерных и небинарных людей, которые влияют на благополучие их сексуальной жизни и здоровья. Но для начала остановимся на том, каким образом ВОЗ определяет сексуальное здоровье, и попробуем соотнести эти критерии благополучия с опытом трансгендерных и небинарных людей.

По мнению ВОЗ, сексуальное здоровье является неотъемлемой частью общего состояния здоровья, благополучия и качества жизни.

Это состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия в сфере сексуальности, а не только отсутствие заболеваний или дисфункции.

Сексуальное здоровье предполагает позитивное и уважительное отношение к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможность иметь безопасный секс, приносящий удовольствие, лишенный принуждения, дискриминации и насилия.

Для достижения и поддержания сексуального здоровья необходимо, чтобы сексуальные права всех людей уважались, защищались и чтобы была возможность осуществлять их.

Учитывая невысокое в целом качество жизни трансгендерных и небинарных людей в условиях стигмы, отчуждения от семьи, при систематическом риске насилия, при наличии барьеров для удовлетворения специфических потребностей, связанных со здоровьем, в условиях негативного отношения к сексуальным и гендерным идентичностям за пределами цисгетеронормативных, в отсутствие защиты от дискриминации, несколько неловко говорить о сексуальном здоровье и благополучии трансгендерных и небинарных людей.

Тем не менее рассмотрим те **факторы, которые могут влиять на благополучие сексуальной жизни** трансгендерных и небинарных людей в имеющихся условиях.

Телесность

- Само тело, его целостность, отсутствие или наличие болей и дискомфорта.
- Состояние здоровья и самочувствие.
- Комфортность тела.

- Соответствие имеющегося тела собственным представлениям о нем.
- Оценка привлекательности тела — самим человеком, его партнерами или потенциальными партнерами, значимым окружением, посторонними.
- Символика и интерпретация тела, отдельных его частей, ассоциации с ощущаемым или нежелательным гендером/полом, включая те, что навязаны или усвоены.
- Право распоряжаться своим телом.
- Право неприкосновенности собственного тела. Негативный опыт, связанный с этим.
- Отсутствие запретов и наличие возможностей для модификаций.
- Наличие гендерной/телесной дисфории, степень ее выраженности. Проявления гендерной дисфории. Шаги на пути ее преодоления, их результативность.
- Гормональная маскулинизация/феминизация, эффекты от нее (ожидаемые, нежелательные).
- Хирургические вмешательства, результаты, эффекты. Новые возможности и ограничения.
- Анатомия и боди-модификации, позволяющие или ограничивающие практику.
- Репродуктивные планы или их отсутствие. Своевременные меры.
- Желание, готовность, стремление, разрешение себе получать телесное удовольствие.

Сексуальность и сексуальная культура

- Информированность о сексуальном и гендерном разнообразии, разнообразии сексуальных практик, социокультурных регламентах, рисках и способах их снижения, контрацепции и т. п. Источники информации и путь постижения.
- Желания, их исследование, оценка, стремление реализовать. Определение возможностей, ограничений, табу.
- Самоопределение: «кто я, какой/какая я, чего хочу, что мне нравится...» (самопознание и опыт). Определение вектора предпочтений.

- Формирование меню сексуальных практик и осмысление диапазона приемлемости.
- Конструирование собственных нормативов и границ сексуального поведения, этических параметров.
- Забота о безопасности.
- Опыт. Готовность, реализация, удовлетворенность, оценка, урок.

Опыт и практики

- Запланированность или случайность секса.
- Ритуал согласования. Ободное согласие. Возможность отказа на любом этапе.
- Учтены ли психоэмоциональное состояние, физическое состояние и границы приемлемости.
- Отношение к сексу и определенной сексуальной практике (вообще и сейчас).
- Желание и согласие на секс, определенную сексуальную практику (вообще и сейчас).
- Обнажение (полное, частичное), имитирующие утяжки и накладки (их демонстрация или скрывание), значение и оценка, обратная связь.
- Вовлечение тела и его частей, эрогенных зон (в зависимости от их символики и интерпретаций), регламент и пресечение.
- Значение и интерпретации определенной практики и своей роли в ней (в том числе как присущей людям иного гендера) — персональные, усвоенные, мифические.
- Отношение к секс-игрушкам и согласие их применить (вообще и сейчас).
- Отношение к средствам защиты и профилактике инфекций. Обоюдность. Практика защиты.
- Место, время, условия сексуального взаимодействия.
- Безопасность, значимость вопросов безопасности, практика.
- Употребление ПАВ, его смысл (сопутствующее или облегчающее взаимодействие).
- Репродуктивные регламенты (репродуктивные планы, контрацепция, опасения вероятности беременности).
- Опыт сексуализированного насилия.

Вариант связи / партнерство / соло-секс

- Потребность в отношениях/связи. Представления об отношениях/связи. Готовность к формированию отношений/связи, возможность реализации. Место и роль секса в отношениях.
- Стойкость, длительность, комфортность отношений/связи.
- Открытость или закрытость отношений/связи.
- Сексуальная культура партнеров.
- Единство позиций участников отношений в вопросах, связанных и не связанных с сексом.
- Откровенность и диалог в вопросах, связанных и не связанных с сексом.
- Планы на совместность, будущее.
- Смысл объединения, символика и интерпретация.
- Окружение.
- Условия жизни.
- Рискованные опыты внутри или вовне.

Эта многофакторность показывает, что сексуальная жизнь трансгендерных людей бесконечно разнообразна. Как и разные другие люди, трансгендерные люди могут хотеть или не хотеть сексуальной жизни, по-разному реализовывать свое желание, иметь различную сексуальную идентичность и разный вектор влечения, формировать разного вида партнерства, союзы, связи, использовать или не использовать различные сексуальные практики или практиковать соло-секс, заботиться о безопасности или снижении рисков или игнорировать их, претворять в жизнь свои репродуктивные планы или не иметь их вовсе. Большое значение в благополучии сексуальной жизни трансчеловека имеет телесный статус и уровень его комфортности. Высокий уровень стигмы, в том числе усвоенной, и мифологизация трансгендерности, телесности, сексуальности трансгендерных людей, осложняют их сексуальную жизнь. Но стремление к реализации сексуального желания и получению сексуального удовлетворения стимулирует людей к преодолению барьеров и поиску наиболее возможных, комфортных, приносящих удовлетворение форм сексуальной жизни в рамках своей или общей сексуальной культуры⁴.

4 Важные подробности см. в книге «Транс-здоровье. Физическое здоровье трансгендерных людей». Спб.: Транс-инициативная группа «Т-Действие», 2019 (http://t-action-team.org/wp-content/uploads/2019/04/Trans-Zdorovie_T-Action.pdf).

Можно отметить некоторые **стратегии адаптации**, которые используют транслюди, чтобы, несмотря на отягчающие факторы, сделать свою сексуальную жизнь наиболее безопасной, комфортной, приносящей удовлетворение, достичь возможного благополучия.

- Преодоление гендерной дисфории и поиск комфортной телесности. Трансгендерный переход. И/или признание и принятие имеющегося тела и его особенностей.
- Преодоление социокультурных мифов о теле, сексе, гендерировании тела и его частей, гендерных ярлыках сексуальных практик.
- Развитие нового языка, поиск удобных словесных конструкций для обозначения себя, своего влечения, своего тела и его частей. Удобное гендерирование или отказ от гендерирования себя, людей, тела, практик и др.
- Общение в кругу «равных», «на одном языке», среди тех, «кому ничего не нужно объяснять». Поиск партнеров «среди своих».
- Встраивание в общепринятые гендерные регламенты, стремление «затеряться», принять «правила игры» и следовать гендерным предписаниям, стереотипам.
- Отказ от сексуальных практик в нежелательной (стереотипно гендерированной) роли, ограничения на участие в сексуальном взаимодействии: не снимая одежды, не допуская прикосновений к стереотипно гендерированным частям тела, гениталиям, не освобождаясь от утяжек/накладок и др.
- Отказ от сексуальной жизни до «достижения комфортной телесности», успешной социализации и др.
- Сублимация. Замещение.
- «Социальные смазки» (например, употребление ПАВ для облегчения коммуникации).
- «Новое» самопознание, самоопределение, поиск, развитие «новой сексуальности».
- Активизм «про это»: исследования сексуальности (сексуальной жизни, сексуальных практик и пр.), просвещение, работа в профилактических программах.
- Работа с партнерами: информирование, адаптация.
- Развитие сексуальной культуры общества, сообщества.

Не оценивая конструктивность или эффективность описанных стратегий, стоит подчеркнуть, что в большинстве случаев эти или иные

стратегии выработаны, заимствованы, усвоены и используются с той или иной степенью успешности. Но, как правило, их формирование и использование обходится без привлечения специалистов сексологического профиля. Можно отметить, что в силу ряда причин трансгендерные люди крайне редко оказываются в кабинете сексолога и/или обсуждают свою сексуальную жизнь со специалистами. Среди причин, которыми это объясняется, низкий уровень доверия к специалистам вообще и к специалистам сексологического профиля в частности; недостаточный уровень транс-специфической компетенции у профессионалов — отсутствие знаний о сексуальном здоровье и сексуальной жизни транслюдей, репродуктивных возможностях и преградах, этике; отсутствие инклюзивности в сексологической помощи; мифологизация телесности и сексуальности — у самих транслюдей и среди специалистов; обесценивание сексуальности.

Если говорить о том, каким образом можно системно влиять на улучшение сексуального благополучия трансгендерных людей, то, учитывая вышеупомянутое, стоит отметить направления работы, в которые могут быть в равной степени вовлечены и транс-инициативы, и сообщества помогающих специалистов.

- Работа, направленная на признание разнообразия как нормы, преодоление незыблемости гендерной бинарности и цисгетеронормативности, развенчивание мифов о трансгендерности, транслюдях, их жизни и сексуальных практиках, изменение социокультурных установок и профессиональных позиций с учетом разнообразного человеческого опыта, актуальных взвешенных научных данных и современного взгляда на гендер.
- Улучшение доступа к гендерно-аффирмативной помощи и поддержке на пути к комфортной телесности — влияние на развитие транс-инклюзивного здравоохранения и профессионального образования специалистов, помогающих в процессе трансгендерного перехода; распространение актуальных знаний и позиций мирового профессионального сообщества; развитие, описание и популяризация аффирмативных помогающих практик, транс-специфической этики.
- Влияние на развитие сексологии и сексологической помощи через расширение знаний, взглядов и компетенций специалистов в вопросах, касающихся гендерного и сексуального разнообразия, трансгендерности, сексуального и репродуктивного здоровья трансгендерных людей; освобождение от устаревших и стереотипных представлений о гендере, теле и сексуальных практиках

трансгендерных людей; улучшение понимания реалий бытия и разнообразия сексуальной жизни и партнерств трансгендерных людей, знакомство с особенностями их сексуальной культуры, особыми темами (например, работа над обновлением сексуальных сценариев и меню сексуальных практик после маскулинизирующих или феминизирующих вмешательств); усиление помогающих возможностей специалистов.

- Работа с трансгендерными людьми, направленная на улучшение соматического, психического и сексуального благополучия, изменение отношения к заботе о здоровье, защиту от нежелательных факторов и последствий, снижение разного рода рисков, повышение осознанности в вопросах, связанных с сексуальным поведением, включая вопросы согласия, ненасилия, безопасности.
- Работа с родными и близкими транслюдей, направленная на повышение осведомленности в трансвопросах, снижение вольных или невольных трансфобных установок, адаптацию к переменам, происходящим с их транс-близкими, усиление чуткости и знакомство с транстактичностью.
- Работа с партнерами транслюдей (а также парная/групповая работа), направленная на достижение комфортного сосуществования, гармонизацию и благополучие сексуальной жизни.



ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ. АКТУАЛЬНЫЙ ДИСКУРС И АУТЕНТИЧНОСТЬ

ПО МАТЕРИАЛАМ СТАТЕЙ В. КАРАГАПОЛОВА ИЗ СБОРНИКОВ
«ГЕНДЕРНОЕ ПУТЕШЕСТВИЕ» № 1, 2

В русскоязычном пространстве ширится представленность голосов, озвучивающих аутентичный опыт помогающей практики в работе с трансгендерными людьми. Естественное развитие этого процесса требует контакта с полем международных поисков, знакомства и сопоставления разных взглядов и позиций, включения аутентичного в мировой опыт, взаимообогащения в процессе профессионального, общечеловеческого и межкультурного диалога.

Стремление к такому развитию является одним из приоритетов Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендерных людей (WPATH/ВПАЗТ). Появление ЕРАТН (Европейской ассоциации), ассоциаций профессионалов в Северной Америке, Юго-Восточной Азии, разделяющих ценности WPATH, расширение географии и пространства диалога обогащают и укрепляют возможности развития и распространения знаний и практик.

В этой статье предпринята попытка обозначить тенденции развития эффективных подходов к психотерапевтическому сопровождению трансгендерных и небинарных людей, основанные на синтезе и адаптации базовых знаний, актуальных позиций и аутентичного опыта.

«Стандартами оказания помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно-неконформным людям» (WPATH, 7-я версия) в качестве основной мишени психотерапии выделяется гендерная дисфория.

Отмечается, что психотерапия не считается обязательной частью подготовки к гормональным и хирургическим вмешательствам и не включается в процесс предварительной экспертизы для направления на медицинские манипуляции. Вместе с тем в стандартах отмечена важность оказания психологической поддержки на всех этапах становления гендерной идентичности, гендерного самовыражения и в процессе трансгендерного перехода.

Целью психотерапии стандарты обозначают общее улучшение психологического благополучия и качества жизни.

Предлагаются следующие ключевые ее направления:

- помощь в исследовании/познании гендерной идентичности, гендерной роли, самовыражении;
- работа с негативными влияниями гендерной дисфории и стигматизации на психическое здоровье;
- снижение уровня интернализированной (усвоенной, внутренней) трансфобии;
- содействие в достижении и укреплении социальной поддержки;
- помощь в прояснении образа тела на пути к комфортной телесности;
- освоение способов укрепления и восстановления душевных сил.

«Психотерапия не должна быть направлена на изменение гендерной идентичности индивидов, но, напротив, может помочь им в решении проблем, касающихся гендера, и облегчении гендерной дисфории. Долгосрочной целью психотерапии является помощь трансгендерным, транссексуальным и гендерно-неконформным индивидам в достижении комфортного выражения своей гендерной идентичности с реальными шансами на успех в формировании отношений, сфере образования и трудовой деятельности на протяжении длительного времени».

В конце 2015 года Американская психологическая ассоциация опубликовала **«Рекомендации по психологической практике с трансгендерными и гендерно-неконформными людьми»**, целью которых является помощь психологам в проведении **«культурально-компетентной, соответствующей стадии жизненного развития и транс-аффирмативной психологической практики для трансгендерных и гендерно-неконформных людей»**.

Рекомендации акцентируют, что:

- гендер является небинарным образованием, включающим множество гендерных идентичностей;
- гендерная идентичность и сексуальная ориентация являются разделенными, но взаимодействующими конструктами;
- гендерная идентичность пересекается с другими культурными идентичностями трансгендерных и гендерно-неконформных людей;

- стигма, предрассудки, дискриминация и насилие вредят здоровью и благополучию трансгендерных и гендерно-неконформных людей;
- важны формирование транс-аффирмативной среды и необходимость продвижения социальных изменений;
- особенности психического здоровья трансгендерных и гендерно-неконформных людей могут в разной степени быть или не быть связанными с гендерной идентичностью, а также психологическими эффектами «стресса меньшинства»;
- гендерная идентичность и гендерное самовыражение играют разную роль в формировании романтических и сексуальных отношений и различных форм семейных и родительских отношений у трансгендерных и гендерно-неконформных людей.

Кроме того, выделяется значимость влияния личного отношения специалистов и их знаний о гендерной идентичности и гендерном самовыражении на качество помощи, оказываемой трансгендерным и гендерно-неконформным людям и их семьям; значимость междисциплинарного подхода и сотрудничества с другими провайдерами. Отталкиваясь от базовых позиций, отмеченных в стандартах помощи, и учитывая свой опыт, навыки, школу, в процессе формирования собственных подходов к практике психотерапевтического сопровождения трансгендерных и небинарных клиентов целесообразно двигаться от общего к частному — от философии помощи через описание стратегий к моделям практики.

Философия помощи

Смена парадигмы проявляется в переходе от помощи, ориентированной на работу с расстройством, к помощи, учитывающей потребности конкретного человека. Повсеместно провозглашаемый принцип индивидуального подхода, прав и свобод личности, в последние годы отчетливо переходит из области декларируемых ценностей к реальным возможностям самоопределения индивида. Несмотря на большие или меньшие трудности в социальном, экономическом и политическом аспекте развития этого процесса в различных регионах планеты, его обоснованность и эффективность подтверждаются документированием роста показателей качества жизни трансгендерных людей, получающих помощь и поддержку в соответствии с этой парадигмой.

Особую значимость приобретает представление помогающих профессионалов о своей миссии, совокупности ценностей и целей, которые

определяют вектор деятельности, выбор действий, оценку результатов. В какой-то мере это ответ на вопрос: «Зачем я взаимодействую с трансгендерными/небинарными людьми? Что хочу для них сделать?» Несформированность, размытость представления о миссии отражается на качестве взаимодействия, его результативности.

Исторически освоенная миссия специалистов в области психического здоровья — «официальное лицо»: эксперт, член комиссии, человек, устанавливающий диагноз, «пропускающий» или «не пропускающий» к тем или иным услугам/возможностям, назначающий и/или проводящий медицинское вмешательство, и, в худшей своей ипостаси, «привратник/гейткипер», «таможня»... Эта позиция, неминуемо сопряженная с вопросами власти, привилегии, разделения и превосходства, патернализма и авторитарности, несет опасность стигматизации и дискриминации.

Концепции же индивидуализированной помощи соответствует **миссия утверждения (аффирмации)**, принятия, поддержки, сопровождения, сотрудничества. Эта позиция имеет гибкий формат, обеспечивает результативность работы специалистов и повышение качества жизни людей, получающих услуги, будучи нацеленной на их потребности. Совместность работы, распределение ответственности и зримость изменений способствуют повышению удовлетворенности профессионалов и снижают риск их эмоционального выгорания.

Еще одна актуальная миссия — **союзничество** и участие в адвокации. Широкие рамки этой позиции включают образовательную и просветительскую деятельность, как в трансляции новых данных, так и в борьбе против дезинформации — среди потребителей услуг, коллег, в макросоциуме; представление интересов трансгендерных и небинарных людей в медицинском, социальном и юридическом контекстах; помощь сообществам трансгендерных, небинарных и гендерно-неконформных людей.

Понятно, что миссия конкретного профессионала может включать в себя компоненты упомянутых позиций в разных сочетаниях в зависимости от опыта, контекста, ресурсов. Важно, чтобы содержательно позиции и миссия были осмыслены и отрефлексированы. Подспорьем в рефлексии на эту тему является этика, ориентированная на над- и кросс-культурный здравый смысл, в противовес культурально детерминированным соображениям стереотипного и цензурирующего характера.

Наиболее приемлемой моделью помогающей практики является **аффирмативная**, или утверждающая, помощь (гендер-утверждающая помощь, гендерная аффирмативность, транс-аффирмативная помощь, утверждающий подход и т. д.).

Это помощь, сочетающая уважение, принятие и поддержку идентичностей трансгендерных и небинарных людей, признающая ценность их возможностей и опыта.

В современных источниках все чаще встречаются термины «аффирмативная/утверждающая гормонотерапия», «аффирмативная/утверждающая хирургия», «утверждаемый гендер», «гендер самоопределения». Концепция утверждения (аффирмации) делает акцент на праве выбора и экспертности людей в собственных переживаниях как на главных ориентирах в применении помогающих практик.

Значимо понимание важности гендерных переживаний и признание их как равноценных и здоровых, возможности их существования и значимости в работе с любым человеком, обратившимся за помощью или услугой. Тогда вопросы, связанные с гендерной идентичностью, трансвопросы, естественным образом находятся в фокусе работы помогающих специалистов — подход, обозначаемый **трансгендерной инклюзивностью**.

Вместе с тем полнота и сложносоставность переживаний в отношении своих идентичностей у каждого человека не может исчерпываться только гендерными вопросами. Самоопределение человека включает в себя множество других идентичностей (сексуальных, этнических, расовых, классовых, профессиональных, религиозных), взаимодействующих между собой, обуславливая уязвимость от пересекающейся стигматизации или, напротив, предоставляя ресурс ее преодоления. Комбинированный характер развития и проживания идентичностей рассматривается через **интерсекциональность**.

Травма-информированный подход (trauma-informed), подход, учитывающий травму, — современная концепция признания значимости и влияния травмирующих переживаний на личность человека, акцентирующая необходимость сенситивного отношения к перенесенному человеком опыту в противовес обесцениванию, снижению значимости, обобщению, изменению перспективы. Исследования развития посттравматического стрессового расстройства у людей из стигматизированных групп, особенно в условиях пересекающейся стигматизации, стресса меньшинства, обнаружили появление

«сверхчувствительности» в отношении травмирующих событий/переживаний, не достигающих по силе и интенсивности уровня, обычно «достаточного» для стандартной диагностики ПТСР. Эти переживания характеризуются социальной обусловленностью, длительной экспозицией, повсеместностью и неизбежностью для человека, интериоризацией и антиципацией, они носят экзистенциальный характер с угрозой глубинным основам личностной целостности. Без понимания такой значимости травмирующего опыта человеку легко нанести случайный вред, нарушить терапевтический комплаенс, недооценить тяжесть состояния и наличие рисков.

Повышение стрессоустойчивости (resilience) акцентируется на работе с дистрессом как главным источником перенапряжения и декомпенсации адаптационных процессов. Структура дистресса сложносоставная. К ключевым действующим агентам относят стресс меньшинства и гендерную дисфорию. В последнее время актуален критический взгляд на узкое восприятие специфичности переживаний трансгендерных и небинарных людей с его потенциалом к патологизации через обособление. Так, в рамках транс-специфичной модели гендерной дисфории выделяют компонент «телесной дисфории» (употребляется и термин «дисморфия»), характерной для многих людей, испытывающих стресс в отношении своей телесности (часто эти переживания связаны и с гендерными стереотипами). Необходимо учитывать, что трансгендерные и небинарные люди испытывают воздействие и всех «обычных» общечеловеческих стрессоров, модифицируемых транс-специфическими переживаниями и контекстами. Важным достижением последних лет является понимание уже упомянутой интерсекциональности стресса, особенно стресса меньшинства, дающее возможность обращения к ресурсам опыта преодоления стигмы и дискриминации в отношении других своих идентичностей.

Эффективное повышение стрессоустойчивости достигается формированием утверждающей, поддерживающей, безопасной атмосферы. Задача-максимум — формирование такой атмосферы в макросоциальном масштабе. Ну а в рамках доступного для помогающего специалиста — выстраивать утверждающие отношения в контексте взаимодействия с трансгендерными и небинарными людьми, способствовать их формированию/укреплению в окружении трансгендерных и небинарных людей и помогать им в освоении своих ресурсов противостояния стрессу и восстановления.

Выбор конкретных способов индивидуальной, групповой и/или семейной/парной работы остается за специалистом при условии выстраивания практики в соответствии с упомянутыми стратегиями. При этом метамодалными остаются задачи помощи/содействия в формировании **утверждающей социальной** (в том числе микросоциальной) **поддержки** и поддержки сообществ и **утверждения ценности** переживаний и опыта человека.

Оговорим еще раз важнейшее условие: **на первом месте — позиция, а не технология!**

Изложенные стратегии безусловно могут быть интегрированы в практику помогающими специалистами, профессионально работающими в любой модальности психотерапии и психологического консультирования.

Выделение когнитивной и групповой перспективы основано на широком распространении этих модальностей, востребованности и эффективности их применения в работе с широким спектром запросов¹.

КОГНИТИВНАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Применение когнитивно-поведенческой модальности в психотерапевтическом сопровождении трансгендерных и небинарных людей сфокусировано на оценке и формировании представлений о ситуации, обучении саморегуляции, психообразовании, изменении установок и активизации поведения.

К особенностям работы с трансгендерными и небинарными людьми в когнитивно-поведенческом аспекте следует отнести учет, проработку и, по возможности, привлечение в качестве ресурсов транс-специфичного опыта самовыражения, трансгендерного перехода и стрессов, связанных с этим опытом; переживания различных вариантов и выраженности дискриминации; влияния цисгетеронормативности социального окружения. Особое внимание уделяется пересекающейся стигме.

Важным направлением психообразования является помощь в понимании потенциального травматического влияния трансфобной дискриминации и предубеждений, их вклада в общее переживание

¹ Использованы материалы статей Affirmative Cognitive Behavior Therapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults (Austin, Craig, Alessi) и Group Psychotherapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults. Evidence-Based Practice Applications (Heck) в Psychiatric Clinics of Northern America, 40 (2017).

дистресса клиентов. Это дает клиентам возможность отойти от представления о себе как о ненормальных, несоответствующих в сторону адекватного представления о себе как об обычных людях, живущих в чрезвычайно стрессогенных и зачастую травматичных условиях.

Утверждающий подход реализуется через признание переживаний, выделение последствий дискриминирующего отношения, обозначение трансфобных барьеров и позитивную оценку стрессоустойчивости клиентов. Не следует обобщать опыт дискриминации, искать альтернативные объяснения действиям преследователей, минимизировать последствия дискриминирующего поведения, поскольку это чревато обесцениванием реальности и остроты трансфобной дискриминации в жизни людей с трансгендерными и небинарными идентичностями.

В аспекте активизации поведения транс-специфичной практикой может стать налаживание взаимодействия клиентов с трансгендерным сообществом, отработка возможностей для самоадвокатирования, например, в форме передачи другим людям знаний по трансгендерной тематике, продвижения транс-инклюзивности, участия в формировании трансгендерного сообщества.

ГРУППОВАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Групповой подход дает возможность сформировать приносящие удовлетворение межличностные отношения и обеспечивает возможность для аутентичного личностного развития. Планируя работу, терапевтам важно помнить, что институционализируемая и интернализованная трансфобия могут влиять на готовность и способность трансгендерных и небинарных людей к раскрытию как в группе, так и вне ее.

К транс-специфичным нюансам целеполагания и проведения работы на подготовительном этапе стоит отнести обеспечение безопасности и комфорта участников, гендерной инклюзивности (например, в подготовке бланков, раздаточного материала, организации гендерно-нейтрального туалета). Для достижения группового баланса полезно учитывать наличие особых потребностей у людей с различными гендерными вариациями, чтобы участники могли разделить чувство общности своих целей и идентичностей либо встретиться со сходным жизненным опытом. В работе с внутригрупповыми конфликтами важно учитывать убеждения участников группы в отношении сложившихся в их сообществах «нормативов» самоопределения, самовыражения, камингута, перехода, которые могут стать источником давления на других участников. На этапе развития сплоченности ценным может

оказаться приглашение гостей для обсуждения интересующих группу тем (например, эндокринолога, сексолога, хирурга или участников прошлых групп, с которыми можно обсудить их опыт). Еще одна специфическая возможность — вовлечение группы в адвокационную работу или фандрайзинг местных общинных организаций.

В качестве примера возможности транс-инклюзивной интеграции приведем отечественный психотерапевтический метод **терапии творческим самовыражением (ТТС)**².

Главной задачей ТТС в помощи людям, переживающим свою уязвимость, в том числе в форме угрозы самореализации, является, словами самого М. Е. Бурно, «изучить особенности, прежде всего, своей души, найти сообразную им свою тропу, свой смысл». Целью практики становится раскрытие человеком своей душевной индивидуальности, консолидация восприятия себя во всем многообразии своих личностных ландшафтов и освоение внутренних ресурсов целебного творческого вдохновения.

Ключевыми акцентами ТТС являются узнавание особенностей своего характера, своих интересов и предпочтений, ресурсов и уязвимостей через поиск «созвучия», личностного, душевного «резонанса» в творческом общении со своим культурным и природным окружением; создание творческих произведений, цель которых не работа с симптомом, а проявление самовыражения; поиск одухотворенности в повседневном, осознание новизны в привычном, расширяющее пространство возможностей самореализации.

В аспекте работы с трансгендерными и небинарными людьми ТТС открывает возможности для интеграции гендерных идентичностей в полифоничный ансамбль многомерной личностной конструкции, и ресурсного взаимодействия разных аспектов самоопределения в соответствии с принципом интерсекциональности. Признание первостепенности индивидуальности и самоопределения естественным образом делает подход аффирмативным.

В работе со многими молодыми трансгендерными и небинарными людьми широкое поле для творческого самовыражения дает увлечение культурой манга и аниме, косплея.

Рефлексия по поводу литературных, кинематографических, театральных, художественных произведений способна расширить или деконструировать бинарные гендерные матрицы, встроить проживание гендерной идентичности в поле личностной самореализации.

² Разработан московским врачом-психотерапевтом, профессором Марком Евгеньевичем Бурно.

Один из методов ТТС — изучение биографий людей, созвучных своим творчеством или жизненными обстоятельствами, — открывает возможность и для транс-специфичного применения погружением в личные истории трансгендерных и небинарных людей прошлого и настоящего, историю научного и культурного развития транстемы, ее места в цивилизационном процессе.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПЕРСПЕКТИВА

В этом разделе хочется выделить важные идеи/позиции, развитие которых определяет дальнейшую динамику актуального помогающего дискурса, акцентируя ценность человеческого самоопределения, свободы и выбора.

Гендерная изменчивость/флюидность, гендерное путешествие — понимание того, что идентификация вообще и гендерная в частности является динамичным процессом, открытым для изменений на протяжении жизни.

Расширение пространства возможностей — обратный и повторный переход, переход в соответствии с потребностями гендерного самовыражения, небинарный переход, помощь в запрашиваемых пределах.


Гендерное любопытство — формат взаимодействия с помогающим специалистом, нацеленный на совместное, заинтересованное исследование гендерных переживаний.

Гендерная грамотность — один из способов формирования общего языка и совместного изучения путей развития гендерных переживаний, их изменчивости и обусловленности.

В завершение считаю важным определить факторы, препятствующие качественной работе.

Враги хорошей практики

- Приверженность своим личным, культуральным, ссылающимся на «профессиональные авторитеты» представлениям, убеждениям, ожиданиям, фантазиям, не учитывающая доказательный, мультидисциплинарный опыт профессионального сообщества и недооценивая валидность опыта и самоопределения трансгендерных и небинарных людей.
- Подверженность неотрефлексированному влиянию своих привилегий, искажающему восприятие контекстов и приводящему к своеобразной «унификации» ценностей, целей и установок в отношении жизни, счастья, благополучия, развития и самореализации.



T-ACTION-TEAM.ORG