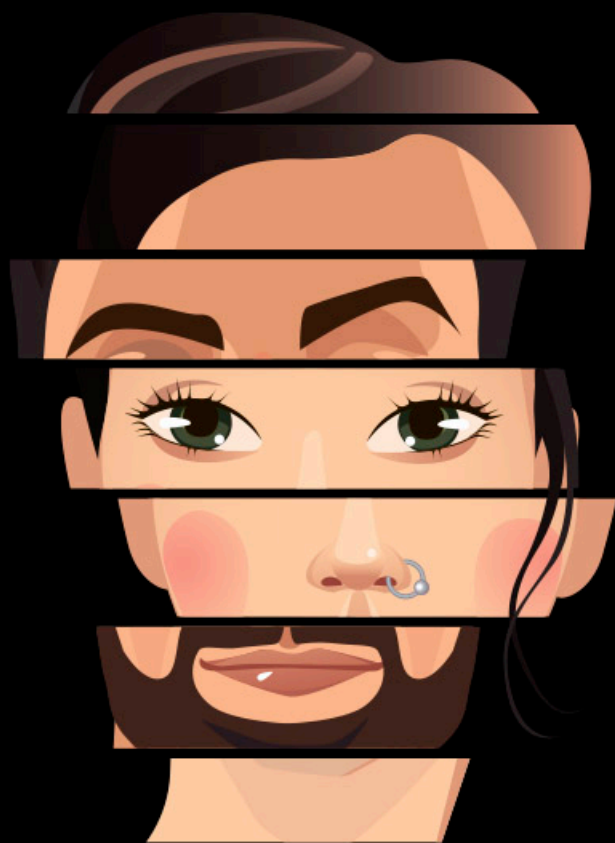


TRANS

АЗ ХАКИМ



Исследование
гендерной идентичности
и гендерной дисфории

18+



TRANS

TRANS

Exploring Gender Identity and Gender Dysphoria

A guide for everyone (including professionals)

Edited by
Az Hakeem

Trigger Press
2018

TRANS

**Исследование
гендерной идентичности
и гендерной дисфории**

Практическое руководство

Общая редакция и составление

Аз Хаким

Москва
Когито-Центр
2020

УДК 159.9
ББК 88
Х 16

18+

*Все права защищены. Любое использование
материалов данной книги полностью или частично
без разрешения правообладателя запрещено*

Хаким Аз

X 16 TRANS: Исследование гендерной идентичности и гендерной дисфории: Практическое руководство. – М.: Когито-Центр, 2020. – 248 с.

ISBN 978-1-911246-49-7 (англ.)
ISBN 978-5-89353-580-8 (рус.)

УДК 159.9
ББК 88

Книга является первой в своем роде работой, которая простым и доступным языком знакомит читателей с такой сложной темой, как гендерная дисфория. Рассматривается проблема терминологии и лексики, приведен обширный обзор истории развития транс-психологии, описаны модели клинической диагностики и различные типы медицинских и психологических услуг, которые могут предоставляться людям с гендерной дисфорией, а также предлагается специально разработанный диагностический инструмент, позволяющий выявить наличие гендерной дисфории.

© Hakeem Az, 2018

Published in translation by arrangement
with Marlene Sturm Rights Agent

© Когито-Центр, 2020

ISBN 978-1-911246-49-7 (англ.)
ISBN 978-5-89353-580-8 (рус.)

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ | 9 |
| ОГОВОРКИ ОТНОСИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ | 13 |
| КОММЕНТАРИЙ ПЕРЕВОДЧИКА | 15 |
| ПРЕДИСЛОВИЕ В РУССКОМУ ИЗДАНИЮ (<i>Аз Хаким</i>) | 16 |
| ВСТУПЛЕНИЕ (<i>Аз Хаким</i>) | 18 |

РАЗДЕЛ 1 ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРΙΑ: ТЕРМИНОЛОГИЯ

| | |
|--|----|
| ГЛАВА 1 ПОЛ, ГЕНДЕР И СЕКСУАЛЬНОСТЬ (<i>Аз Хаким</i>) | 23 |
| ГЛАВА 2 ТРАНССЕКСУАЛИЗМ, ТРАНСГЕНДЕРНОСТЬ И ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРΙΑ (<i>Аз Хаким</i>) | 29 |
| ГЛАВА 3 ТРАНСВЕСТИТЫ, КРОСС-ДРЕССЕРЫ, ДРЭГ-КВИН, ДРЭГ-КИНГ (<i>Аз Хаким</i>) | 40 |
| ГЛАВА 4 АУТОГИНЕФИЛИЯ: МУЖЧИНЫ, КОТОРЫЕ ХОТЯТ ИМЕТЬ ВАГИНУ (<i>Аз Хаким</i>) | 50 |
| ГЛАВА 5 ПЕРЕХОД ИЗ ЖЕНЩИНЫ В МУЖЧИНУ (FTM)/ ТРАНСМУЖЧИНЫ (<i>Аз Хаким</i>) | 54 |

РАЗДЕЛ 2

ПОНИМАНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ

| | |
|--|----|
| ГЛАВА 6 | |
| КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ | |
| (Аз Хаким) | 59 |
| ГЛАВА 7 | |
| ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ | |
| ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ (Аз Хаким) | 67 |
| ГЛАВА 8 | |
| ПСИХОТЕРАПИЯ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ (Аз Хаким) | 77 |
| ГЛАВА 9 | |
| ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ: НАБЛЮДЕНИЯ, | |
| СДЕЛАННЫЕ В ХОДЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ | |
| РАБОТЫ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИЕЙ (Аз Хаким) | 88 |
| ГЛАВА 10 | |
| ДЕТИ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИЕЙ (Элизабет Райли) | 98 |

РАЗДЕЛ 3

КОРРЕКЦИЯ ПОЛА

| | |
|--|-----|
| ГЛАВА 11 | |
| КЛИНИКИ ПО ВОПРОСАМ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ | |
| В ВЕЛИКОБРИТАНИИ (Кеван Уайли) | 113 |
| ГЛАВА 12 | |
| АВСТРАЛИЙСКИЕ СЛУЖБЫ В СФЕРЕ | |
| ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ (Финтан Харт) | 122 |
| ГЛАВА 13 | |
| ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ | |
| (Розмари Джонс) | 131 |
| ГЛАВА 14 | |
| ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (Эндрю Айвз) | 137 |
| ГЛАВА 15 | |
| УХОД ЗА НЕО-ВАГИНОЙ (Розмари Джонс) | 144 |

| | |
|--|-----|
| ГЛАВА 16 | |
| БЫТЬ ТРАНСОМ, ЖИТЬ КАК ТРАНС: ЛИЧНЫЙ ОПЫТ (Мелисса Вик) | 151 |
| ГЛАВА 17 | |
| МОЛОДОЙ И ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ (Лука Гриффин) | 159 |
| ГЛАВА 18 | |
| КАК РАССКАЗАТЬ ОБ ЭТОМ ДЕТЯМ? (Аз Хахим) | 165 |
| ГЛАВА 19 | |
| ПОМЕНЯТЬ ПОЛ И ПЕРЕДУМАТЬ (Аз Хахим) | 169 |

РАЗДЕЛ 4 МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ СТЕПЕНИ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

| | |
|---|-----|
| ГЛАВА 20 | |
| ОПРОСНИК ОБЕСПОКОЕННОСТИ ГЕНДЕРОМ И СТАБИЛЬНОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ (GPSQ) (Аз Хахим) | 179 |

РАЗДЕЛ 5 ПОЛИТИКА ПО ВОПРОСАМ ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ

| | |
|--|-----|
| ГЛАВА 21 | |
| ЗАКОН О ПРИЗНАНИИ ГЕНДЕРА (ВЕЛИКОБРИТАНИЯ) (Аз Хахим) | 187 |
| ГЛАВА 22 | |
| ПОЛИТИКА ПО ВОПРОСАМ ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ (Аз Хахим) | 189 |
| ГЛАВА 23 | |
| ТРАНСГЕНДЕРНАЯ ПОЛИТИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ (Аз Хахим) | 212 |
| ПОСЛЕСЛОВИЕ (Аз Хахим) | 224 |

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОПРОСНИК ОБЕСПОКОЕННОСТИ ГЕНДЕРОМ
И СТАБИЛЬНОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ.227

ЛИТЕРАТУРА235

УКАЗАТЕЛЬ242

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ



Аз Хаким

Бакалавр медицины и бакалавр хирургии, магистр и член Королевского колледжа психиатров

Аз Хаким – ведущий эксперт по гендерным вопросам, консультирующий психиатр, медицинский психотерапевт и групп-аналитик. В течение 12 лет он руководил специализированной службой по вопросам гендерной дисфории при Национальной службе здравоохранения Великобритании. Сейчас он ведет частную практику в Приоратской больнице Рохэмптона и на Харли-стрит. Он является старшим клиническим лектором в Университете Нового Южного Уэльса, Австралия.

Аз имеет большой опыт работы со СМИ. Он был штатным психиатром вместе с Дэвиной Макколл в программе «Большой брат» на 4-м канале, психотерапевтом и одним из ведущих в программе «Обмен женами: Последствия» на канале E4, постоянным психиатром в утреннем шоу Weekend Sunrise в Австралии и на GMTV в Великобритании.



Финтан Б. Харт

Магистр гуманитарных наук, бакалавр медицинских наук, бакалавр хирургии, Дипломированный специалист по педиатрии, член Королевского колледжа психиатров, член австралийского и новозеландского Королевского колледжа психиатров

Финтан Харт – консультирующий психиатр с более чем 20-летним опытом работы в качестве специалиста по гендерным вопросам в сфере охраны здоровья трансгендеров. Он руководил отделением в клинике гендерной дисфории Монаша, а в настоящий момент ведет частную практику в клинике Альберт-роуд в Мельбурне.

Он является членом Всемирной профессиональной ассоциации по охране здоровья трансгендеров (WPATH) и президентом Австралийской и Новозеландской профессиональной ассоциации по охране здоровья трансгендеров (ANZPATH).



Эндрю Айвс

Бакалавр медицинских наук, бакалавр хирургии, член австралийского и новозеландского Королевского колледжа хирургов

Эндрю Айвс специализируется в области пластической и реконструктивной хирургии, живет в Мельбурне. Последние семь лет он занимается трансгендерной хирургией. Он получил квалификацию в Ливерпульской медицинской школе, в Великобритании, в 1989 году, а затем эмигрировал в Австралию, где прошел последипломную подготовку по пластической и реконструктивной хирургии. Он проработал в Квинсленде 10 лет в качестве врача частной практики, а затем вернулся в Мельбурн, чтобы продолжить заниматься трансгендерной хирургией. Он также является заместителем директора викторианской службы лечения ожогов среди взрослых в больнице Альфреда.



Розмарин Энн Джонс

Бакалавр медицинских наук, бакалавр хирургии, член Королевского колледжа акушеров и гинекологов, член австралийского и новозеландского Королевского колледжа акушеров и гинекологов

Розмари родилась в Англии и обучалась акушерству и гинекологии в Натале, а затем в больнице Groote Schuur в Кейптауне. Затем она получила членство в Королевском колледже акушеров и гинекологов в Лондоне.

После эмиграции в Австралию в 1979 году Розмари заняла должность старшего приходящего специалиста в больнице Королевы Елизаветы и в больнице Королевы Виктории в Аделаиде, параллельно начав частную практику. Вот уже 30 лет она интересуется проблемами менопаузы, лапароскопической хирургии и хирургического и гормонального лечения гендерной дисфории. Она сама перенесла хирургическое переназначение в сентябре 2007 года и живет с женщиной. В настоящее время в сферу ее интересов входит лечение синдрома предменструального напряжения.



Элизабет Райли

доктор философии, магистр гуманитарных наук, бакалавр наук

Сиднейский консультант, научный и клинический руководитель. Специализируется по проблемам гендерной идентичности, около 20 лет работает исключительно с трансклиентами и их семьями. Элизабет защитила докторскую диссертацию в 2012 году на тему «Потребности гендерно-вариативных детей и их родителей» (2012) и проводит тренинги по гендерному разнообразию и дисфории у детей и молодых людей в школах, где дети находятся в процессе социального гендерного перехода. Элизабет написала много статей о потребностях гендерно-вариативных детей и о проведении оценки подростков с гендерной дисфорией.



Мелисса Вик

Бакалавр гуманитарных наук, бакалавр музыки, дипломированный специалист в области образования, магистр педагогических наук, доктор философии

Большую часть трудовой жизни Мелисса Вик работала преподавателем, исследователем и ученым в Университете Джеймса Кука, в Австралии.

Ее исследования охватывают такие дисциплины, как история, социология и философия, в таких разнообразных областях, как образование, безопасность дорожного движения и улучшение благосостояния. Она уделяет особое внимание социальным нормам, их соблюдению, маргинальным социальным группам и профессионализму.

Она совершила переход относительно поздно, в возрасте 62 лет, и продолжала оставаться в своей должности при поддержке коллег до выхода на пенсию в конце 2012 году. У нее много друзей по всему миру, и она активно обучает, поддерживает и защищает интересы трансгендерных людей.



Кеван Уайли

Доктор, член Королевского терапевтического колледжа, член Королевского колледжа психиатров, член Королевского колледжа акушеров и гинекологов, член Европейского комитета по сексуальной медицине

Кеван – консультант в области сексуальной медицины, клиника Портербрук, Шеффилд; Почетный профессор сексуальной медицины Университета Шеффилда; и президент Всемирной ассоциации сексуального здоровья. С 1999 года он работал в области сексуальной медицины при Национальной службе здравоохранения Великобритании. Он является клиническим руководителем в клинике Портербрук (в области сексуальной медицины, психосексуальной психотерапии, психотерапии отношений и трансгендерных услуг) и ведущим консультантом по андрологии (урологии) в Королевской больнице Халламшира.

Кеван был членом нескольких британских и европейских консультативных групп по оценке и решению большого спектра сексуальных и гендерных проблем у женщин и мужчин. Он возглавлял британский межвузовский комитет, занимавшийся разработкой руководящих принципов по надлежащей практике для лиц с гендерной дисфорией, изданных в 2013 году. Он также входил в состав комитета WPATH по стандартам медицинской помощи для транссексуалов, трансгендеров и гендерно-некомформных людей (версия 7). В сентябре 2012 года Кеван стал президентом Всемирной ассоциации сексуального здоровья.



Лука Гриффин

Лука Гриффин – молодой трансгендерный мужчина, живущий в Северном Квинсленде, в Австралии. В ноябре 2016 года Лука стал первым трансгендерным подростком в Северном Квинсленде, которому удалось получить доступ к лечению тестостероном по итогам заседания Семейного суда. Это создало важный прецедент для будущей транссексуальной молодежи, желающей получить доступ к необходимым гормонам в региональном Квинсленде. Его дело также использовалось для освещения проблем правовой системы Австралии в отношении трансгендерной молодежи. Заглядывая в будущее, Лука желает продолжать защищать права трансгендерной молодежи в Австралии.

ОГОВОРКИ ОТНОСИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Следует сразу же принять во внимание, что вопрос терминологии, используемой для описания трансгендерной проблематики, является очень спорным. Первоначально лексика, описывающая и характеризующая трансгендерность, была сформирована вне транссообщества. Некоторые термины, как, например, «изменение пола», были введены в оборот медицинскими работниками и их употребление вызывает разногласия. Но впоследствии транссообщество стало само определять терминологию обсуждения транспроблем, и это справедливо. В результате язык стал развиваться, и этот процесс продолжается до сих пор.

Трудно достичь консенсуса относительно того, что является, а что не является корректной терминологией. Транссообщество неоднородно. Разные люди с разным опытом и предпочтениями имеют разные взгляды на то, какие термины являются приемлемыми, а какие – нет.

Принимая решение о том, какую терминологию использовать в этой книге, я преследовал две цели:

1. Сделать эту книгу понятной максимально широкому кругу читателей.
2. Использовать слова и термины, которые являются корректными с точки зрения тех людей, с которыми я взаимодействую профессионально и лично.

Я признаю, что некоторые люди возражают против употребления ряда терминов, которые я использовал в этой книге. Если в этой книге есть термины, которые не совпадают с вашими предпочтениями, я надеюсь, что это не будет расценено вами как попытка оскорбить вас. В действительности даже те авторы, с которыми я сотрудничал при написании этой книги, не могли прийти

к единому мнению, и у нас были весьма плодотворные дискуссии по этому вопросу.

Понимая, что на данный момент невозможно найти термины, которые устраивали бы всех (и, вероятно, это никогда не станет возможным), я верю, что обсуждение трансвопросов, в том числе вопросов, касающихся использования корректной лексики, позволит повысить уровень понимания транспроблематики для широкого круга заинтересованных лиц.

КОММЕНТАРИЙ ПЕРЕВОДЧИКА

В случае любого языка, где существует грамматическая категория рода, языковая репрезентация гендера при переводе текста с того языка, где такая категория отсутствует, представляет собой определенную проблему. В английском языке, на котором написана эта книга, давно наблюдается процесс гендерной нейтрализации, в том числе в отношении личных местоимений. Для русского языка это пока представляется сложным, и на данный момент лишь немногие гендерно нейтральные обозначения имеют русский аналог. При переводе приходится решать двойную задачу – обеспечить адекватность перевода и учесть гендерный аспект. В русском языке гендерно нейтральным считается вариант мужского рода, поэтому в данном тексте использование мужского рода для обозначения какого-либо профессионального или иного признака, а также слова «человек» следует считать маркером гендерной нейтральности. Это сделано для того, чтобы избежать грамматических трудностей и потери смысла.

Некоторые ключевые термины, которые употребляются на страницах этой книги, пока не являются общеупотребительными в русском языке, но именно они позволяют обеспечить корректность формулировок.

Выбирая вариант перевода, мы руководствовались текущими правилами и нормами языка, стараясь при этом принимать во внимание гендерную чувствительность. Сделать эту книгу доступной для русских читателей – было для нас приоритетной задачей. Надеемся, нам удалось средствами русского языка передать ту же беспристрастность, безоценочность и объективность, которая транслируется авторами этой книги.

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Для меня большая честь и радость писать предисловие к русскому изданию книги «TRANS». И хотя авторы этой книги живут в двух разных странах – Великобритании и Австралии, гендерная дисфория и расстройство гендерной идентичности, которым посвящена эта книга, являются универсальными феноменами, актуальными для всего мира. Я надеюсь, что в России эта книга окажется полезной людям с гендерной дисфорией, их друзьям, родственникам, коллегам, а также специалистам, которые с ними работают.

Проявления гендерной дисфории у людей, живущих в России и в других странах мира, могут быть схожими, особенно важно, что эти проявления входят в их социальный контекст.

В последние годы в Европе, Австралии и США тема трансгендерности и гендерной дисфории получает широкое освещение в СМИ и социальных сетях, в том числе благодаря известным людям, которые открыто заявляют о своей трансгендерности и таким образом способствуют росту осведомленности широкой общественности. В этих странах наряду с повышением осведомленности возросло и общественное признание данной темы. Это нашло отражение в принятии соответствующих законодательных актов, устанавливающих принципы недискриминации для лиц, идентифицирующих себя как трансгендеры.

Тем не менее повышение осведомленности, принятие и создание инклюзивной среды необязательно сопровождается глубоким пониманием того, какие сложные чувства испытывают те люди, которые недовольны своим гендером или переживают спутанную гендерную идентичность. Когда знаний недостаточно, это может быть потенциально опасным. Часто возникает ошибочное предположение, что все люди, страдающие гендерной дисфорией, одинаковы, что все они «оказались заточены в неправильном

теле» и нуждаются в таких физических вмешательствах, которые соответствуют бинарным представлениям о гендере, то есть в гормональной терапии или хирургическом вмешательстве, и являются труднообратимыми или даже необратимыми. Коалиция трансгендеров с представителями ЛГБ-сообщества, с одной стороны, обеспечивает некоторую политическую защиту от дискриминации, но, с другой стороны, создает ложное представление о том, что трансгендерность является одной из форм сексуальности.

Насколько мне известно, в России предпринимаются определенные шаги в этой области, однако еще предстоит проделать долгий путь, прежде чем эта тема получит общественное признание и будут приняты меры по защите от дискриминации. Многие люди, которые открыто идентифицируют себя в качестве трансгендеров, сталкиваются с физическим и эмоциональным насилием, а также с социальным отчуждением. Вследствие этого многие из них вынуждены страдать молча, не обращаясь за профессиональной помощью, что, безусловно, увеличивает риск развития депрессии и других психических расстройств. К сожалению, для некоторых людей психологические последствия оказываются слишком тяжелыми, и они находят выход в самоубийстве.

Меня вдохновляет то, что книга «TRANS» переведена на русский язык и будет доступна в России. Это свидетельствует о существовании запроса на глубокое понимание этих различных и порой сложных состояний. Я надеюсь, что данная книга сможет удовлетворить эту потребность.

Книга специально написана доступным языком, поскольку эти состояния сами по себе непростые, и я не хотел усложнять изложение, используя сложные термины. Идея заключается в том, чтобы каждый, кто будет читать эту книгу, сможет понять, о чем в ней говорится, независимо от того, является ли этот человек специалистом, работающим в этой области, коллегой, родственником или другом трансгендерного человека или же тем (взрослым или подростком), кто сам испытывает чувства недовольства и неопределенности в отношении своей гендерной идентичности.

Я хотел бы воспользоваться этой возможностью, чтобы выразить свою благодарность Обществу психоаналитической психотерапии в России за координацию выхода русского издания книги, всем тем, кто помогал в переводе и публикации текста, а также Trigger Press, издательский отдел благотворительного фонда The Shaw Mind Foundation за публикацию этой книги.

ВСТУПЛЕНИЕ

Прочитав эту книгу, каждый сможет понять, что такое гендерная дисфория и связанные с ней понятия. Она предназначена не только для профессионалов и для людей с гендерной дисфорией. Эта книга будет полезна родственникам людей с гендерной дисфорией, их друзьям, коллегам и всем, кто хотел бы разобраться с различными запутанными терминами. Проще говоря, эта книга объясняет, что такое гендерная дисфория, как она влияет на людей и какая медицинская, хирургическая и психотерапевтическая поддержка может быть оказана людям с гендерной дисфорией.

Я получил медицинское и психиатрическое образование. Впоследствии я стал психоаналитическим психотерапевтом, а затем групп-аналитиком. Я работал с пациентами с гендерной дисфорией в разных профессиональных ролях, в том числе в качестве врача-ассистента по пластической и реконструктивной хирургии, оказывая помощь при хирургических операциях по переназначению гендера (коррекции пола). Большую часть моей клинической карьеры я работал с гендерной дисфорией в качестве медицинского психотерапевта, более 12 лет я руководил специализированной службой при Министерстве здравоохранения Великобритании, предлагая специализированную психотерапевтическую помощь людям с гендерной дисфорией. Регулярные еженедельные встречи с пациентами на протяжении ряда лет позволили мне сформировать детальное понимание личности каждого из обратившихся в службу. Я продолжаю эту работу в своей частной практике.

Мое понимание гендерной дисфории сложилось в ходе этой многолетней специализированной психотерапевтической работы. Все это время я пересматривал, усовершенствовал и дорабатывал свои взгляды, и я безмерно благодарен всем замечательным пациентам, с которыми я работал.

Я также очень благодарен моим коллегам за их потрясающий вклад в эту книгу:

Элизабет Райли рассказала о психологических проблемах, с которыми сталкиваются родители трансгендерного ребенка.

Главы, написанные Кеваном Уайли и Финтаном Хартом, будут интересны всем, кто хочет разобраться, какие услуги оказывают службы по вопросам гендерной идентичности (Gender Identity Services).

Розмари Джонс объяснила, каким образом работает гормональная терапия при гендерном переходе, а также дала рекомендации по уходу за нео-вагиной, которые могут быть полезны трансженщинам в послеоперационный период. Вряд ли вы найдете другое такое печатное издание, где будут опубликованы подобные советы.

Эндрю Айвс нашел возможность выделить время в своем плотном рабочем графике, чтобы написать для нас пошаговое руководство по хирургическому компоненту гендерного перехода. Я полагаю, что это снимет покров таинственности с хирургических процедур и прольет свет на возможности и ограничения хирургических вмешательств, а также позволит сформировать реалистичные ожидания в отношении хирургических манипуляций, если таковые планируются.

Мелисса Вик и Лука Гриффин поделились своим личным опытом перехода. Лука совершил переход в раннем возрасте, а Мелисса гораздо позже. Обзор трансполитики, подготовленный Мелиссой, даст вам представление о том, насколько политически заряжена трансповестка и какие конфликты порой разгораются между профессионалами, трансгендерными людьми и «сообществом».

Я хотел бы поблагодарить многих людей из Австралийской и Новозеландской профессиональной ассоциации по охране здоровья трансгендеров (Australia and New Zealand Professional Association for Transgender Health, ANZPATH) за их значительный вклад.

Также я хотел бы поблагодарить исследовательскую группу из Университета Нового Южного Уэльса. Мне нужен был инструмент для измерения гендерной дисфории и эффективности лечения, но такого инструмента не существовало. Благодаря их кропотливым усилиям, нам удалось разработать опросник для выявления уровня обеспокоенности гендером и стабильности гендерной иден-

тичности (Gender Preoccupation and Stability Questionnaire, GPSQ) и провести соответствующее исследование.

GPSQ является первой в мире методикой, позволяющей клиницистам и исследователями выявлять гендерную дисфорию и проводить оценку эффективности любого рода вмешательств (будь то психологическое вмешательство, гормональная терапия, хирургическое вмешательство или что-либо еще). Уникальность этого инструмента состоит в том, что он базируется на современных небинарных представлениях о гендере. GPSQ можно использовать применительно к людям с любой гендерной идентичностью, в том числе небинарной, включая гендер-квир, гендерно-нейтральных или интерсекс-людей. Мы хотели, чтобы GPSQ был бесплатным и доступным инструментом, и я призываю всех, кому он может показаться полезным, пользоваться той версией опросника, которая предложена в этой книге. Кроме того, я буду рад вашим предложениям о применении GPSQ в различных исследованиях.

Друзья, коллеги, родственники и специалисты часто не могут понять людей с гендерной дисфорией. А иногда им и самим сложно себя понять. Я надеюсь, что эта книга позволит развеять существующее непонимание и внести ясность.

РАЗДЕЛ 1

ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРΙΑ: ТЕРМИНОЛОГИЯ

ГЛАВА 1

ПОЛ, ГЕНДЕР И СЕКСУАЛЬНОСТЬ

ПОЛ

Слово «пол» (sex) используется для обозначения биологического пола. Он определяется хромосомами и физиологическими особенностям тела. Существуют три типа пола: мужской, женский и интерсекс.

Для мужского пола характерна комбинация XY половых хромосом и мужские анатомические половые органы вне зависимости от психологической гендерной роли или идентичности.

Для женского пола характерен набор XX половых хромосом и женские анатомические половые органы вне зависимости от психологической гендерной роли и идентичности.

Интерсекс – это собирательный термин для лиц, обладающих таким набором хромосом и/или такими телом, которые не попадают ни под одну из вышеуказанных категорий. По оценкам, примерно 1 из 200 детей рождается интерсекс человеком. У интерсекса людей могут быть разные комбинации половых хромосом (например, XXY или XXX или XO), а их организм может сформировать нетипичную реакцию на половой гормон. Существуют различные интерсекс вариации. Например, по внешним признакам человек может принадлежать к одному биологическому полу, но иметь при этом половые органы, характерные для другого биологического пола. У людей также могут быть нечеткие или недифференцированные гениталии, затрудняющие их определение при рождении как принадлежащих к биологически мужскому или женскому полу.

Исторически сложилось так, что люди, рожденные интерсекс, воспитывались либо как мужчины, либо как женщины. Родители и медицинские работники предполагали, что такой подход к вос-

питанию в обществе, где большинство людей воспринимаются как принадлежащие к одному из двух полов, является целесообразным. Это предположение вызвало волну несогласия среди сообщества взрослых интерсекс-людей. Взрослые интерсекс-люди выражали сожаление по поводу того, что им пришлось приспособиться к мужскому или женскому полу. До сих пор нет однозначного мнения по этому вопросу.

ГЕНДЕР

В отличие от пола, который является биологической характеристикой, проявляется на уровне тела и определяется хромосомами, гендер представляет собой психосоциальную конструкцию, не указывающую на какие-либо особенности строения тела. Гендер относится к психологическим, поведенческим и социальным характеристикам, традиционно приписываемым определенному полу. Я считаю, что гендер не имеет биологической или генетической основы и зависит от общественного контекста, который его обуславливает, хотя я уверен, что многие специалисты по гендерным вопросам могут со мной не согласиться.

Гендерная роль приписывает мужчинам и женщинам типичные атрибуты, поведение, одежду, деятельность или игрушки, исходя из общественных представлений, а не по причине наличия или отсутствия определенных хромосом. В некоторых обществах женственность может ассоциироваться с туфлями на высоком каблуке, помадой и длинными волосами, в то время как в других обществах женственной считается бритая голова или вытянутая при помощи металлических обручей шея.

Когда ребенок или взрослый проявляет интерес к чему-то, что считается типичным для противоположного пола, или не интересуется тем, что, как мы ожидаем, его заинтересует в виду его половой принадлежности, мы можем ошибочно предположить, что у такого человека проблема с гендерной идентичностью. К счастью, такое сегодня встречается все реже. Девочки могут играть в футбол, а мальчики могут играть в куклы без того, чтобы их родители убеждали себя или убеждали ребенка в том, что они имеют дело с нарушением гендерной идентичности.

Гендерная идентичность – это самоощущение человека и переживание себя как представителя того или иного гендера. Она

может не соответствовать тому, как другие люди воспринимают наш гендер или биологическому полу, особенностям тела и набору хромосом.

До недавнего времени большинство людей ограничивало свое понимание пола бинарным представлением, предполагающим наличие двух типов биологического пола – мужского и женского. В настоящее время возрастает понимание того, что гендерные идентичности существуют вне бинарной системы, делящей людей на мужчин или женщин. Все большее число людей чувствуют, что они не могут вписаться в существующие категории «мужчина»/«женщина», и поэтому экспериментируют с идентичностями, которые подрывают бинарную систему. Эти люди могут идентифицировать себя как квир. Этот термин, разработанный в рамках «квир-теории», является социально-политическим и используется рядом авторов, как, например, Джудит Батлер.

ПРИМЕРЫ

Джейн нравилось все девчачье и, будучи маленькой девочкой, она была очарована принцессами, феями и розовым цветом. Когда она выросла, она считала себя типичной для западного общества женщиной.

Джон принимает свою мужскую гендерную идентичность. В детстве ему нравились игрушечные солдатики и оружие. В старшем возрасте он увлекался игрой в регби, а повзрослев, стал работать банкиром и гордился тем, что носил строгие деловые костюмы.

Джуно родилась девочкой, то есть является биологической женщиной. Когда она стала старше, она все больше идентифицировала себя как гендерно нейтральная. Будучи подростком, она ощущала себя асексуальной и соответственно изменила свою внешность. Другие часто полагали, что она или «гот», или «панк» из-за ее уникальной внешности. Она старается избегать стереотипных гендерных проявлений, которые кажутся ей однозначно мужскими или женским. Вместо этого она стремится к гендерно-нейтральной идентичности и внешности. Она бреет голову и делает макияж, но не такой, который считался бы стереотипно «женским».

Ксавье – биологический мужчина, потому что родился мальчиком. Во взрослом возрасте он идентифицировал себя как квир. В отличие от Джуно, которая избегает гендерно-стереотипных атрибутов, Ксавье пытается сочетать стереотипно мужские и женские характеристики в своей внешности и поведении. Комбинируя стереотипные мужские и женские элементы, Ксавье бросает вызов предвзятым взглядам окружающих о том, что значит быть мужчиной или женщиной.

СЕКСУАЛЬНОСТЬ

В отличие от пола и гендера, которые характеризуют нас самих, сексуальность относится к тому, что нас привлекает (в большинстве случаев речь идет об отдельном от нас объекте). В самом общем смысле под сексуальностью можно понимать сексуальное влечение, необусловленное тем, кем человек является и к кому себя относит.

Большинство людей сексуально привлекают люди противоположного пола, и этот факт заставляет многих считать, что сексуальность человека определяется их собственным биологическим полом. Также многие ошибочно полагают, что каждому присуща сексуальность, направленная либо на представителей противоположного пола (гетеросексуал) либо на представителей того же пола (гомосексуал, гей, лесбиянка) или на представителей обоих полов (бисексуал). Реальность такова, что сексуальное влечение может быть направлено практически на любой объект, а в некоторых случаях отсутствовать вовсе.

Сексуальные предпочтения большинства людей формируются в старшем подростковом возрасте и остаются неизменными. Не существует никаких доказательств того, что они могут измениться, даже если человек или общество захотели бы, чтобы это произошло. В прошлом веке, до возникновения движения за права геев и легализации гомосексуальности, предпринимались попытки изменить сексуальную ориентацию человека с помощью различных методов, включая аверсивную терапию и психотерапию. Много лет назад считалось, что использование неприятных для пациента стимулов, например, электрического тока или лекарственных препаратов, вызывающих тошноту, с одновременным предъявлением приятных или возбуждающих изображений,

может способствовать выработке отвращения к тем изображениям и идеям, которые ранее были для него приятными. Нет никаких свидетельств того, что такого рода вмешательства имели желаемое воздействие.

В то время как большинство из нас считает такие вмешательства крайне неэтичными, к сожалению, остаются еще люди, которые готовы их использовать, а некоторые психотерапевты ошибочно полагают, что такие методы могут быть эффективными. Совсем недавно предпринимались аналогичные попытки изменить сексуальность людей, выражающих социально неприемлемые желания, например, влечение к лицам, не достигшим совершеннолетия, или испытывающих возбуждение от определенных форм поведения, как, например, жестокое насилие без согласия. Несмотря на существование некоторых доказательств в пользу того, что определенные вмешательства могут понизить либидо человека или вероятность разыгрывания такого рода половых актов, неподтвержденной остается эффективность терапевтических вмешательств, направленных на изменение сексуальных предпочтений во взрослом возрасте.

Хотя сексуальность обычно направлена на другого человека, некоторых людей могут привлекать «вещи» или определенные состояния. Например, таких людей могут сексуально возбуждать животные, автомобили, насилие, плен, удушение, другие формы поведения с участием или без участия других людей.

Некоторых людей сексуально привлекает одежда, которую они ассоциируют с противоположным полом (фетишистский трансвестизм). Для других возбуждающими могут быть фантазии о наличии у себя телесных признаков, характерных для противоположного пола (аутогинефилия у мужчин и аутоандрофилия у женщин). Далее в этой книге будут подробно описаны оба эти состояния.

Некоторые люди не испытывают сексуального влечения ни к мужчинам, ни к женщинам, но, поскольку они никогда не испытывали сексуального влечения к другому человеку, они могут не подозревать о его отсутствии как такового. Это похоже на человека, который не знает, что он дальтоник, если у него никогда не было опыта восприятия цвета. Физически человек может воспроизводить механические движения полового акта, не испытывая при этом ни возбуждения, ни отвращения. Поскольку они могут вступать в половые отношения, достигать физиологическо-

го оргазма и размножаться, другие, в том числе их сексуальные партнеры, могут ошибочно полагать, что у них есть сексуальное влечение. Несмотря на то, что они способны совершать механические движения, у них отсутствует какое-либо внутреннее эротическое желание, тогда как при наличии сексуального влечения эти действия сопровождаются сексуальным желанием. Такие люди могут быть асексуальными, не выражать какого-либо сексуального желания, или иметь сексуальные желания, направленные на объекты и области, не связанные с человеком.

ПРИМЕР

Майклу 34 года. Он никогда не интересовался сексом ни с мужчинами, ни с женщинами. Он не мог понять, о чем шла речь, когда он и его друзья переживали период полового созревания и все остальные, казалось, были очень взволнованы недавно обнаруженной сексуальностью. У Майкла никогда не было сексуальных фантазий о мужчинах или женщинах. Поскольку Майкл не испытывает сексуального возбуждения ни по отношению к мужчинам, ни к женщинам, его не особенно привлекает идея секса с людьми.

Он встретил Мэнди, когда ему было за двадцать. Все его друзья обзавелись семьями, и Майкл обнаружил, что у них почти не осталось времени для общения с ним. Мэнди сразу же поладила с Майклом. Он был красив, с ним было весело, и у них были общие интересы. Мэнди и Майкл завели отношения, а потом поженились и родили двоих детей. Майкл может физически заниматься сексом с Мэнди; хотя он не особенно увлечен этим, он не испытывает отвращения. Он занимается сексом, когда этого хочет Мэнди, потому что он знает, что этого хочет именно Мэнди. Поскольку Майкл женат на женщине и воспитывает их общих детей, все предполагают, что Майкл гетеросексуал. Однако, хотя Майклу физически удалось проявлять себя гетеросексуальным образом, полное отсутствие сексуального интереса и возбуждения наводит на мысль, что на самом деле Майкл скорее асексуал, чем гетеросексуал.

ГЛАВА 2

ТРАНССЕКСУАЛИЗМ, ТРАНСГЕНДЕРНОСТЬ И ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРΙΑ

ТРАНССЕКСУАЛИЗМ

Транссексуализм – это желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, обычно сопровождаемое чувством дискомфорта от анатомического пола.

Люди, идентифицированные как транссексуалы, могли перенести операцию по коррекции пола, пройти гормональную терапию либо отказаться от какого-либо физического вмешательства, будь то гормоны или хирургическое вмешательство. Слово «транссексуал» указывает на то, человек переживает несоответствие между своим биологическим полом и гендерной идентичностью и считает необходимым произвести определенные изменения в отношении пола. Хотя в самом термине отсутствует отсылка к гендеру, он предполагает наличие конфликта между гендерной идентичностью и биологическим полом.

Хотя многие люди по всему миру сплотились против существующих в обществе гендерных стереотипов, ключевым аспектом транссексуальности является жесткая приверженность определенным гендерным ролям, поведению и условностям, даже если они соответствуют полу, отличающемуся от биологического. Такая приверженность отражает потребность соответствовать установленным гендерным правилам, вписываться в общепринятые понятия и «подходить под стандарты».

Некоторые транссексуальные люди идентифицируют себя как транссексуалы и не имеют ничего против этого. Многие предпочитают, чтобы их воспринимали как нетранссексуальных представителей пола, с которым они отождествляют себя. В этом случае употребляется термин «пасс», то есть способность восприниматься другими как представитель или представительница желаемого

го пола. Данный термин является более предпочтительным, так как считается более безопасным, чем трансгендер.

Термином *транссексуал в дооперационном периоде* обозначается человек, который идентифицирует себя как транссексуал, но который еще не совершил операцию по коррекции пола. Транссексуал в дооперационном периоде может жить в соответствии с определенной гендерной ролью и принимать гормоны, но не совершить операцию по изменению груди или половых органов.

ПРИМЕР

Джастин родился мужчиной. После того как ему исполнилось двадцать, он все больше хотел жить в женской гендерной роли. Когда ему было 29 лет, он решил быть женщиной и изменил свое имя на *Жюстин*. Жюстин хочет, чтобы к ней обращались как к женщине. Она носит такую одежду, прическу и макияж, которые кажутся ей женственными и просит других относиться к ней как к женщине. Жюстин думает о том, стоит ли в будущем походить гормональную терапию и или подвергнуться хирургическому вмешательству, но пока не нашла для себя однозначного ответа. Жюстин считает себя в настоящее время трансженщиной в дооперационном периоде.

Термин *транссексуал в послеоперационном периоде* относится к человеку, который перенес операцию по удалению или уменьшению вторичных половых признаков, и, возможно, прошел через дополнительные хирургические процедуры, позволяющие ему или ей обладать внешностью желаемого пола. Такие операции могут включать:

- Орхиэктомию – операция по удалению яичек (обычно известная как кастрация);
- Пенэктомию – операция по удалению полового члена;
- Вагинопластику – создание неовагинального пространства из кожи полового члена и нео-вагинальных половых губ из кожи мошонки;
- Мастэктомию – удаление тканей молочной железы у женщин.

Также могут быть проведены другие челюстно-лицевые хирургические операции, такие как уменьшение «адамова яблока» у муж-

чин (уменьшение хрящевой кости) и изменение формы челюсти/ подбородка.

Хирургическим путем можно добиться внешности желаемого пола, но нет никакой возможности обеспечить репродуктивную функцию. Другими словами, мужчину невозможно превратить в женщину, которая сможет забеременеть и родить ребенка. Также невозможно, чтобы женщина была хирургически преобразована в мужчину, способного производить сперму.

ПРИМЕР

Алиса – 50-летняя транссексуальная женщина в послеоперационном периоде. Она родилась мужчиной и провела первые 30 лет своей жизни в роли Эндрю. До совершения перехода к желаемому гендеру применительно к себе она использовала мужские местоимения. Первоначально Эндрю был направлен в специализированную клинику по гендерной идентичности, которая контролировала его гендерный переход. Во-первых, Эндрю начал проживать свою жизнь в роли женщины, сменил гардероб и юридически сменил имя на женское – Алиса, что было отражено в ее паспорте и всех других документах. Изменив имя, Алиса предпочла, чтоб к ней обращались в женском роде. Адаптировавшись к женской гендерной роли, Алиса стала принимать женские гормоны, прописанные ей в той же клинике. Еще через несколько лет Алиса решила сделать операцию по смене пола. Операция включала удаление яичек и полового члена и преобразование области гениталий во влагалищное пространство и создание вульвы из того, что было мошонкой. С помощью искусственных грудных имплантатов была создана женская грудь. В дальнейшем Алиса перенесла операцию на лице и шее, чтобы феминизировать свою внешность, включая удаление «адамова яблока» и смягчение линии челюсти. Алиса идентифицирует себя как транссексуальную женщину (MtF, переход из мужчины в женщину) в послеоперационном периоде. Она осознает, что, хотя она выглядит в точности как женщина, она не сможет забеременеть, как женщина, родившаяся с этим полом, но принимает этот факт.

Пол – 40-летний транссексуальный мужчина в послеоперационном периоде, совершивший переход из женщины (FtM).

Пол родился девочкой и жил как Полина до 20 лет. Как и Алиса, Полина также посещала клинику, занимающуюся вопросами гендера, которая помогла ей совершить гендерный переход. Переход Пола также проходил через три этапа (ранее обозначалось термином триадической терапией): опыт жизни в желаемой гендерной роли, прием гормонов желаемого пола и затем хирургическая операция. Полу давали мужские гормоны, которые изменили его голос и привели к появлению мужского волосяного покрова на теле и лице. Пол носит бороду. Хирургическое вмешательство включало удаление молочных желез (двусторонняя мастэктомия) и использование ткани и кожи предплечья для создания органа, который мог бы выглядеть и функционировать почти как половой член, а также создание мошонки и искусственных яичек. Хотя при близком рассмотрении новый пенис Пола не выглядит и не функционирует в точности как биологический мужской пенис, а его искусственные яички не производят сперму, Пол очень доволен результатом.

ТРАНСГЕНДЕРНОСТЬ

От термина «транссексуал» все чаще отказываются в пользу термина «трансгендер». Хотя термин «транссексуал» имеет конкретное определение и ранее использовался для диагностических целей, термин «трансгендер» является менее определенным и более всеобъемлющим. Этот термин, возможно, более удачен, чем транссексуал, поскольку он, по крайней мере, отправляет к гендеру, который лежит в основе описываемого им состояния.

Оба эти термина содержат префикс «транс», который подразумевает переход между двумя бинарными полюсами (от мужчины к женщине или от женщины к мужчине). Хотя это в основном относится к транссексуализму, все чаще люди, идентифицирующие себя как трансгендеры, имеют гендерную идентичность вне бинарной модели, предполагающей только мужчин и женщин. Отсюда и термин «небинарный».

Трансгендерные люди могут придерживаться стереотипных мужских/женских ролей или творчески подрывать их и строить свою гендерную идентичность вне бинарных рамок. Такие

люди могут идентифицировать себя как нонгендерные, интергендерные или как транссексуалы, не пытаясь уподобляться представителям условно мужского или женского пола и не испытывать желание быть принятыми как мужчина или как женщина.

Цисгендер – термин, который все чаще используется в трансгендерном сообществе применительно к тем, кто не относится к транслюдям, то есть применяется к людям без гендерной дисфории, гендерная идентичность которых соответствует их биологическому полу, полученному при рождении.

ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРΙΑ

Гендерная дисфория (от *др.-гр.* – страдать, мучиться, досадовать) означает чувство неудовлетворенности своим полом. Одним из диагностических руководств для профессионалов в области здоровья является DSM: The Diagnostic and Statistical Manual (Руководство по диагностике и статистике). В предыдущем издании DSM (DSM-IV) использовался термин «расстройство гендерной идентичности».

В новом издании (DSM-V) термин «расстройство гендерной идентичности» заменен термином «гендерная дисфория». (Другая широко используемая система классификации – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ, ICD.) В самой последней версии – МКБ, МКБ-10 – используется термин транссексуализм. Предлагается, что в предстоящий МКБ-11 термин *транссексуализм* будет заменен термином *гендерное несоответствие*. Это буквально подразумевает гендерную идентичность, которая не соответствует биологическому полу, и не предписывает иметь гендерную идентичность как таковую.

Отказ от использования таких терминов, как расстройство, в обновленной классификации – это долгожданное изменение для людей, которые считают, что «расстройство» предполагает патологию.

Терминологические изменения в сторону гендерной дисфории и гендерного несоответствия учитывают права лиц, которые идентифицируют себя с полом, отличным от их биологического пола (но не обязательно противоположного пола). Прежний диа-

гноз *транссексуализм* охватывал только тех людей, которые отождествляли себя с противоположным (бинарным) полом и ничем иным.

Обновленная классификация будет включать небинарные гендерные идентичности, которые не учитывались в предыдущих классификациях.

ПРИМЕР

Крейг родился мужчиной и жил в мужской роли всю свою жизнь. Он был женат и у него были дети, но Крейг не был рад тому, что он мужчина. Ему было трудно отождествлять себя с мужчиной или с вещами, которые он воспринимал как «маскулинные». Иногда ему хотелось, чтобы он был женщиной. В какие-то дни это желание было сильнее, чем в другие. Порой Крейг становился очень несчастным и полагал, что жизнь была бы намного лучше, если бы он был женщиной, но временами эти чувства были менее интенсивными. Крейг не думал, что изменение пола или гендера сделает его счастливее, и ожидал, что это отрицательно скажется на аспектах его жизни, которые он ценит, таких как его брак и семейная жизнь с детьми. Он также знал, что его желание быть женщиной менялось от недели к неделе, а иногда и от дня в день, и поэтому он чувствовал, что не заинтересован в необратимом изменении пола. Для всех его друзей и семьи Крейг был типичным мужчиной, поскольку он никогда не говорил о своем несчастье и смятении в восприятии гендерной идентичности, и не было ничего, что могло бы дать основания предложить, что Крейг не является мужчиной. У Крейга гендерная дисфория, которую невозможно описать по критериям транссексуальности. Вмешательства, направленные на переназначение гендера, такие как гормональная терапия и хирургическая операция, не подходят для него. Крейг был направлен на специализированную терапию для людей с атипичными состояниями гендерной идентичности, которую он посчитал очень полезной, особенно в формате группы с другими людьми, которые также имели атипичные гендерные идентичности/гендерную дисфорию различных типов.

Гендерная неконформность может восприниматься самим человеком и обществом, в котором он живет, как проблема или не восприниматься таковой. Гендерное несоответствие не обязательно сопровождается страданиями и может быть частью творческого акта, подрывающего традиционную социальную структуру или соответствующие убеждения.

Общей чертой трансгендерных людей является чувство несоответствия предполагаемым нормам или ожиданиям в отношении их биологического пола. В пример часто приводят ситуации, когда мальчики играют с куклами и предпочитают игры с девочками «грубой возне» с другими мальчиками. Такое же поведение может быть характерно и для женщин.

Чувство неуверенности и сомнения в отношении гендера могут сформировать у людей ощущение, что с ними что-то не в порядке, раз они не вписываются в предполагаемые гендерные рамки. Они считают, что это можно исправить, изменив что-то в себе. Проще говоря: «Если я не вписываюсь в представления о том, каким должен быть мальчик, это значит, что я должен быть девочкой».

Очевидно, что существует очень много людей, которые не подходят под это описание. Сказанное выше является упрощением для иллюстрации проблемы. Я видел очень многих людей, чья гендерная дисфория связана с отсутствием уверенности относительно их соответствия стандартам. Тем не менее существует очень много людей, которые творчески бросают вызов существующим ограничениям, чтобы выразить свою идентичность наилучшим способом. Не испытывая сомнений по поводу своего несоответствия существующей гендерной системе, эти люди абсолютно уверены, что они не вписываются в стандарты и поэтому не попадают под приведенный выше пример. Человек с большей гендерной уверенностью, который также понимает, что не вписывается в существующие гендерные рамки, скорее будет искать проблему не в себе самом, а в гендерной системе. Они могут быть достаточно уверенными, чтобы открыто говорить о некорректности существующей структуры и бросать вызов нашему привычному пониманию гендера.

Различные системы (такие как гендерная), в конце концов, являются только гипотетическим способом организации нашего мира. Если кто-то не вписывается в рамки, то это отражает ограниченность самой структуры, а не дефективность человека. Дэвид

Бекхэм, который носит серьгу и появлялся на публике в саронге, являет собой пример такой гендерной уверенности, как и метросексуальные мужчины. Они подвергают сомнению существующие представления о том, что является типично мужским и типично женским в одежде и прическах, оставаясь при этом мужественными и сохраняя мужскую гендерную идентичность.

Это не означает, что среди транссексуальных людей нет тех, кто способен подорвать существующие гендерные представления. Многие гендерно уверенные транс люди намеренно комбинируют элементы, относящиеся к разным и взаимно противоречащим гендерным представлениям, чтобы бросить вызов традиционным убеждениям о том, что значит быть мужчиной или женщиной. Например, они могут презентовать себя как женщина, но сохранить при этом кадык или грубый голос. В этом у них есть сходство с теми, кто считает себя гендер-квир.

ПРИМЕР

Мы уже говорили о *Ксавье*. Он родился мужчиной, но позже все более и более идентифицировал себя как квир, поскольку он не чувствовал, что может идентифицироваться с бинарной гендерной моделью. Ксавье чувствовал, что традиционное понимание гендера является ограничивающим и он не считал нужным помещать себя в предписанные рамки и категории. Вместо того, чтобы чувствовать себя обеспокоенным или смущенным, Ксавье ощущает себя очень комфортно в своей идентичности и может уверенно экспериментировать с социальными гендерными стереотипами в творческой манере. Хотя Ксавье не испытывает неудовлетворения своей идентичностью, он стремится внести замешательство в восприятие окружающими его внешности и самопрезентацию. Он надеется заставить других задуматься о прежде неизменных представлениях о том, что значит быть мужчиной или женщиной. В отличие от человека с гендерной дисфорией, который может быть несчастлив, испытываясь чувство замешательства или неудовлетворенности в отношении своего гендера, Ксавье достаточно уверен в своей гендер-квир идентичности, чтобы подходить к своему гендерному выражению игриво и творчески, подрывая представления других людей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СЕКСУАЛЬНОСТЬЮ И ТРАНССЕКСУАЛЬНОСТЬЮ

Хотя термин транссексуальность содержит в себе слово «сексуальность», он не обозначает тип сексуальности. Транссексуальность или трансгендерность описывает категории гендерной идентичности, но как понятия сексуальности и трансгендерности соотносятся друг с другом?

Как уже упоминалось, все данные свидетельствуют о том, что сексуальность человека обычно определяется к моменту наступления раннего подросткового возраста и вряд ли может измениться или быть изменена. Большинство людей, прошедших коррекции пола для смены гендера, обнаружат, что их сексуальность (или то, что их сексуально привлекает), скорее всего, останется неизменной даже после перехода (хотя жестких и однозначных правил в этом вопросе нет). Таким образом, гетеросексуальный мужчина, которого сексуально привлекают женщины, скорее всего, продолжит испытывать сексуальное влечение к женщинам после того, как он совершит переход из мужчины в женщину, то есть станет транссексуальной женщиной-лесбиянкой. Гомосексуальный мужчина, которого сексуально привлекают другие мужчины, будет по-прежнему испытывать сексуальное влечение к мужчинам после того, как он совершит переход из мужчины в женщину и станет, таким образом, транссексуальной женщиной с гетеросексуальной ориентацией. Важно отметить, что то, что человек считал сексуально возбуждающим, не меняется. Но если его/ее гендер сменился, то меняется сам термин, описывающий тип сексуальности. Иными словами, термин, обозначающий сексуальность, изменяется с соответствии с изменением пола, хотя фактическая сексуальность (объект влечения) не меняется.

Некоторые люди, которые живут в соответствии с гендерной ролью, совпадающей с их полом при рождении и которых сексуально привлекают люди того же пола, могут отказаться идентифицировать себя с гомосексуалами или геями. Это характерно для небольшого числа трансгендерных людей. Когда я встречался с такими пациентами в клинической практике на этапе, предшествующему переходу, и спрашивал их, почему они не относят себя к гомосексуалам / геям, несмотря

на то, что их сексуально привлекают исключительно представители их пола, наиболее распространенным ответом было то, что они «не чувствуют ничего общего» с представителями гей-сообщества или «не могут себя отнести» к ним.

Конечно, гомосексуальность — это описательный термин, обозначающий, что человек испытывает сексуальное влечение к представителям своего пола. Но ответы людей, приведенные выше, указывают на то, что гомосексуальность связана и с другими характеристиками и признаками, которые вызывают в этих людях сопротивление (вероятно, имеют место ассоциации с образом жизни или, возможно, определенные моральные коннотации, связанными с гомосексуальностью).

Как было сказано ранее, существуют люди, которые не испытывают сексуального влечения (или сексуального отвращения) к какому-либо полу, но могут механически воспроизводить сексуальный акт. Такие люди могут относиться к партнеру как к близкому другу или переживать платоническую близость с человеком, которого находят привлекательным, но не испытывать физического влечения к нему. Поскольку неприязни тоже нет, то это делает возможным сексуальную активность, которая при этом не связана с эротическим влечением. Такие люди могут вступать в сексуальные отношения, чтобы оправдать ожидания партнера или соблюсти социальные устои. У фактически асексуального человека сексуальность может отсутствовать вовсе или не быть направленной на других людей.

В качестве примера можно привести мужчину, чья основная сексуальная фантазия и интерес были связаны с тем, что он сам либо одет в женскую одежду (фетишистский трансвестизм), либо имеет женские половые органы или другие части тела (аутогинефилия). После переназначения гендера у него по-прежнему отсутствовало бы эротическое влечение к другим. Однако такой человек мог бы точно также формально вступать в интимную близость, как и до коррекции пола, но только теперь он скорее всего предпочел бы партнера, принадлежащего к теперь уже противоположному своему новому полу.

На первый взгляд может показаться, что после коррекции пола сексуальность изменилась, но реальность асексуальных людей такова, что их сексуальность не меняется. Они по-прежнему не испытывают влечения ни к одному из полов несмотря

на то, что они могут совершать половой акт со своими партнерами, поддерживать отношения и демонстрировать подобие сексуальности. Разумеется, это относится только к определенной группе людей, которых я наблюдал в клинической практике. Существует много людей, которые не ассоциируют себя с этим описанием и для которых может быть неприемлемо поддерживать видимость сексуальных отношений при отсутствии какого-либо сексуального влечения.

Таким образом, источник сексуального интереса (если таковой имеется) вряд ли изменится после переназначения гендера. Однако степень сексуального влечения может значительно уменьшиться. У биологических мужчин сексуальное влечение, также известное как либидо, резко снижается после кастрации. Хотя снижение полового влечения наступает не во всех случаях хирургической коррекции пола, после химической или физической кастрации при гендерном переходе из мужчины в женщину либидо ожидаемым образом снижается. Для многих это побочный эффект лечения, который они готовы принять. Значительное снижение или потеря сексуального влечения является важным фактором для биологических мужчин, которые хотят сменить гендер в сексуальных целях.

У врачей, не имеющих специальной подготовки, часто могут возникать диагностические ошибки при дифференцировке между теми, кто хочет сменить гендер в связи с особенностями гендерной идентичности, и теми, кого в основном возбуждает переодевание (фетишистский трансвестизм) или фантазии о себе как о женщине (аутогинефилия).

Сексуальное влечение, присущее двум этим состояниям, значительно уменьшится или исчезнет после химической или хирургической кастрации. Поэтому важно исключить варианты, при которых мотивом для смены гендера является сексуальный импульс. Биологический мужчина, совершивший физическую коррекцию пола ради сексуальных целей, не будет заинтересован в своем трансгендерном теле, которое получит после гендерного перехода, так как у него произойдет потеря либидо. Ниже данные состояния будут рассмотрены более подробно.

ГЛАВА 3

ТРАНСВЕСТИТЫ, КРОСС-ДРЕССЕРЫ, ДРЭГ-КВИН, ДРЭГ-КИНГ

КРОСС-ДРЕССЕРЫ

Термином «кросс-дрессер» (от *англ.* cross-dress – переодеваться в одежду другого пола) обозначается человек, который переживает внешность, обычно одежду, характерную для противоположного пола.

Термин охватывает все формы кросс-гендерного переодевания и не подразумевает каких-либо причин, лежащих в основе этого поведения. Кросс-дрессинг не предполагает, что эта форма поведения характерна для определенной гендерной идентичности, связана с возбуждением (сексуальным или иным) или получением удовлетворения от переодевания, хотя все это может иметь место. Этот термин также описывает переодевание в одежду, характерную для другого пола, в театре, комедийном шоу или во время перформанса.

К трансвеститам относятся кросс-дрессеры, предпочитающие носить одежду, которую они или их общество воспринимают как характерную для пола, противоположного их биологическому. Я не использую термины «одежда противоположного пола», поскольку такие термины неточны и вводят в заблуждение. Одежда, конечно, не имеет собственного пола или гендера. Решение о том, относится ли предмет одежды к мужскому или женскому полу, может принять только конкретный человек в соответствии с представлениями общества, в котором он живет. Шотландская юбка тартан может рассматриваться как женская во многих контекстах, но также и как мужская, когда мужчины носят ее как килт. Джинсы обычного кроя могут восприниматься как женская одежда, если они куплены в магазине женской одежды, или мужская одежда, если их купили в магазине для мужчин.

Трансвеститы могут носить одежду, которая ассоциируется с противоположным полом, постоянно или только часть времени. В этом случае можно говорить о трансвестизме двойной роли, который предполагает, что в разное время люди могут носить одежду, соответствующую разным гендерным ролям.

Префикс «транс» в слове трансвестит указывает на бинарное понимание гендерной системы, характерное для этого поведения. Трансвестизм не имеет большого смысла, если рассматривать его в отрыве от общества, в котором это поведение демонстрируется. Все зависит от жесткости гендерных норм, существующих в конкретном обществе. Хотя термин «трансвестит» относится только к практике ношения одежды, обычно ассоциируемой с противоположным полом, полезно будет рассмотреть различные типы трансвестизма с точки зрения целей переодевания.

В зависимости от мотиваций трансвестизм может указывать на существование жестких представлений о гендере либо, наоборот, выступать в качестве творческого и пластичного, изменчивого способа выражения гендера.

Если в основе трансвестизма лежит желание быть признанным обществом в качестве представителя противоположного пола (то есть совершить «пасс», восприниматься окружающими как представитель противоположного пола), то это предполагает опору на более жесткое понимание пола и гендера. Такие люди крайне обеспокоены тем, чтобы не восприниматься окружающими в соответствии со своим биологическим полом. Возможно, он не чувствует достаточной уверенности в своей гендерной идентичности.

ПРИМЕР

Брайан родился мужчиной, жил как мужчина и его друзья знали его только как мужчину. Брайан знал, что он мужчина, и не считал себя женщиной, и у него не было ни желания, ни фантазий о том, чтобы жить как женщина. Тем не менее, Брайану нравилось проводить время нарядившись женщиной, нанеся соответствующий макияж, что делало его женщиной в глазах окружающих. Брайану нравилось, что окружающие воспринимают его как женщину, когда он появляется в женской одежде на публике, однако это не возбуждало его в сексуальном плане. Брайан изо всех сил старался выглядеть максимально

женственно. Брайан очень боялся, что его воспримут как мужчину или трансвестита, когда он переодевался и считал себя «невидимым» для окружающих.

В других случаях желание быть воспринятым в качестве представителя противоположного пола не является целью. Скорее так может проявляться заинтересованность в том, чтобы бросить вызов общественным представлениям и убеждениям относительно гендера. Такие люди могут быть более уверенными в соответствии своей гендерной идентичности своему биологическому полу, а их переодевание является творческим или социально-политическим актом и вызовом для окружающих. Некоторые известные артисты и исполнители, уверенные в своем биологическом поле и гендерной роли, прибегают к кросс-дрессингу для оспаривания предвзятых представлений, существующих в обществе относительно гендера, особенно бинарных гендерных правил. Для них это творческий и заставляющий задуматься способ привлечения внимания к проблеме.

ПРИМЕР

Дерек родился мужчиной, идентифицирует себя с мужчиной и не испытывает неудовлетворенности или путаницы в отношении принадлежности к мужской гендерной идентичности. Иногда, когда он выходит на улицу, Дерек надевает платья в полный рост, использует тени для век, тушь и помаду в сочетании с сапогами в военном стиле до колен и усами. Он не пытается казаться женщиной. Его внешность – это способ бросить вызов предвзятым гендерным убеждениям, которые, по его мнению, существуют в обществе.

Существует еще одна категория трансвеститов, которые хотят быть воспринятыми в качестве представителей своего биологического пола, одеваясь в одежду, обычно характерную для противоположного пола. В то время как другими трансвеститами такая ситуация будет расцениваться как неблагоприятная и унижительным, как было сказано выше, для этой конкретной группы перспектива унижения от неудачного пасса (совокупность внешних физиологических признаков, которые позволяют быть воспри-

нятым как представитель противоположного пола) является основным источником мазохистского удовольствия. Неудивительно, что мазохизм здесь является основной чертой (как часть садомазохистской сексуальности), а переодевание – всего лишь средство, с помощью которого можно добиться такого унижения и реализовать мазохистические желания.

ПРИМЕР

Джеймс родился мужчиной, идентифицирует себя как мужчина и не хочет жить как женщина или быть идентифицированным как женщина. Джеймс испытывает удовольствие от переодевания в женскую одежду на публике. Он делает это с намерением, чтобы его воспринимали как мужчину в женской одежде. Унижение, с которым Джеймс сталкивается в этом процессе, доставляет ему удовольствие. В отличие от трансвеститов, которые идут на многое, чтобы быть «незаметными» и «сойти» за женщину, Джеймс делает все возможное, чтобы испытать унижение от разоблачения и не быть воспринятым как женщина. Джеймс обнаружил, что наибольшее унижение он испытывает, когда идет мимо школ после окончания уроков. Это унижение является одновременно пугающим и волнующим. Помимо трансвестизма, Джеймс также получает мазохистское удовольствие от других активностей, в том числе от связывания и садомазохистических сексуальных действий с другими в сценариях БДСМ.

ФЕТИШИСТСКИЙ ТРАНСВЕСТИЗМ

Термин «фетишист» употребляют в отношении человека, который испытывает сексуальное влечение к неодушевленному предмету (например, к обуви), негенитальным частям тела (например, к ступням) или к деятельности, обычно не связанной с сексуальной активностью (например, к чиханию или приготовлению пищи). Фетишистский трансвестизм относится к поведению, при котором переодевании в одежду, характерную для противоположного пола, вызывает половое возбуждение.

Существуют различия в том, насколько возбуждающей оказывается переодевание и в какой форме. Для одних это эпизодичес-

кий кросс-дрессинг как способ оживления отношений, а для других он является единственной возможностью достичь сексуального возбуждения или оргазма.

Последним может быть сложнее построить длительные или значимые интимные отношения с другим человеком, потому что основным источником сексуального возбуждения для них является не партнер, а они сами, когда носят одежду, характерную для противоположного пола. Партнеру просто достается роль со-участника в этой деятельности.

ПРИМЕРЫ

Джек родился мужчиной и считает себя мужчиной. Он гетеросексуален и наслаждается разнообразной сексуальной жизнью со своей женой. Иногда Джек надевает одежду своей жены во время секса, и жена поддерживает его. Джек может получать удовольствие от секса, когда на нем нет элементов женской одежды и они ему не требуются, чтобы заниматься сексом. Он переодевается в женскую одежду в редких случаях.

Джефф родился мужчиной и считает себя мужчиной. Джефф является фетишистским трансвеститом и чувствует сексуальное возбуждение, переодеваясь в женскую одежду в одиночку или выходя в ней на улицу. Все его сексуальные фантазии связаны с тем, что он одевается в женскую одежду.

Он может иметь сексуальные отношения с женщинами, но единственным источником сексуального возбуждения для Джеффа является женская одежда. После нескольких недель отношений Джефф предлагает своим партнершам, чтобы он занимался сексом в каком-то элементе женской одежды. Обычно в начале его партнерши находят это забавным и интригующим. Некоторые даже считают это захватывающим. Через некоторое время Джефф обычно настаивает на том, чтобы носить женскую одежду каждый раз во время секса, и для его партнерш это уже становится неинтересным.

Они также замечают, что во время секса Джеффа гораздо больше волнует и возбуждает переодевание, а не партнерша, которая чувствует себя на вторых ролях. В результате Джефф не может построить длительные отношения и это его расстраивает.

Для некоторых фетишистских трансвеститов основным источником сексуального возбуждения является сама одежда, а не одежда на их теле. В эту категорию входят те, кто сексуально возбуждается цельными предметами одежды, и те, кто сексуально возбуждается материалом и текстурой ткани. Других возбуждают ощущения от ткани на теле. Обычно упоминается ощущение, которое возникает от нейлоновых колготок на коже ног. В клинической практике я заметил, что каждый человек обычно последователен в отношении того, какой именно элемент вызывает возбуждение.

ПРИМЕР

Клайв – 58-летний биологический мужчина, который с юности проявлял большой интерес к женским чулкам и чулочно-носочным изделиям. Он помнит чулки своей матери и то, как она натягивала их на ноги, когда одевалась утром. Будучи подростком, он примерил чулки матери и обнаружил, что это вызывает у него сексуальное возбуждение. Прикосновение к коже текстуры чулочно-носочных изделий, а также звук и ощущение чулок, когда он натягивал их на ноги остаются основным источником сексуального возбуждения для Клайва по сей день.

Если переместить фокус внимания с одежды на человека, то мы перейдем к следующей категории фетишистских трансвеститов, для которых физический акт переодевания способствует сексуальной фантазии, связанной с их образом или с тем, как они себя воспринимают. Кросс-дрессинг способствует их фантазиям о себе как о представителе противоположного пола, которая является источником сексуального возбуждения. Такой тип поведения частично пересекается с аутогинефилией и аутоандрофилией. Этим терминам будет уделено внимание ниже.

ПРИМЕР

Дэниел – 44-летний биологический мужчина. Он начал переодеваться в нижнее белье своей матери в детстве, когда оставался дома один. Будучи взрослым, он продолжает получать удовольствие от ношения женского нижнего белья, особенно трусов, чулок и подвязок. Он стоит спиной к зеркалу, а за-

тем смотрит через плечо на свое отражение со спины. Делая это, Даниэль может видеть себя сзади в женском нижнем белье без каких-либо признаков мужской груди или гениталий. Таким образом, он может фантазировать о себе как о женщине, которую он считает сексуально возбуждающей. Поскольку сексуальное возбуждение и мастурбация локализованы в передней части его тела, что не видно в зеркале, Дэниел может отделить эти процессы от образа, который его возбуждает.

Таблица 1

Различные виды фетишистского трансвестизма (любому человеку могут быть свойственны несколько проявлений)

Кросс-дрессинг как источник сексуального возбуждения в дополнение к другим источникам нефетишистского сексуального возбуждения

Кросс-дрессинг как единственный источник сексуального возбуждения. Ощущения от ткани одежды, вызывающие сексуальное возбуждение
Отдельные предметы одежды, вызывающие сексуальное возбуждение

Сексуальное возбуждение возникает от ощущения одежды на коже во время ее ношения

Сексуальное возбуждение возникает от фантазий о себе как о представителе/представительнице противоположного пола, которые поддерживаются с помощью кросс-дрессинга

Сексуальное возбуждение возникает от осознания себя как о представителя своего биологического пола (то есть мужчины) в одежде, характерной для противоположного пола (женская одежда)

Сексуальное возбуждение, вызывается тем, что другими воспринимается как представитель противоположного пола, чему способствует кросс-дрессинг

Сексуальное возбуждение, вызывается наличием риска плохого пасса

Сексуальное возбуждение от возможности быть униженным за то, что вас воспринимают как человека, который публично носит одежду, характерную для противоположного пола (форма мазохизма)

Однако для других это может быть наоборот. Цель переодевания может заключаться в том, чтобы усилить ощущение своего биологического пола. Например, мужчина может переодеваться в женскую одежду вследствие ощущения собственной неадекватности в мужской гендерной роли. Он считает, что переодевание в женскую одежду сделает более очевидным его принадлежность к мужскому полу, что не только успокаивает его, но и становится источником сексуального удовлетворения и поощрения.

Кросс-дрессинг могут практиковать и мужчины, и женщины. Так называемая женская одежда обладает более заметными гендерными характеристиками, чем мужская. Например, одетая в брючный костюм женщина практически не воспринимается как бросающая вызов гендерным стереотипам в отличие от мужчины в платье. Таким образом, у женщин есть некоторая свобода в том, чтобы примерять мужской гардероб и оставаться при этом менее заметными. И хотя среди кросс-дрессеров есть и мужчины, и женщины, мужчины более заметны.

ПРИМЕР

Сесил – 29-летний биологический мужчина. Он знает, что он мужчина, и считает себя мужчиной. Когда он был ребенком, в школе над ним издевались за то, что у него хилое телосложение и что он не очень интересовался игрой с другими мальчиками. Другие дети называли его «геем», хотя Сесил знал, что он не интересуется мальчиками сексуально. Дети издевались над ним, обзывая его «тряпкой» и «извращенцем». У Сесила развилась неуверенность в том, как другие воспринимают его пол. У Сесила никогда не было обильной растительности на лице, но во взрослом возрасте он предпочел носить щетину. Иногда ему нравится выходить на публику в коротком женском платье с короткими рукавами, чтобы показать свои волосатые руки и ноги. Когда он носит платье на публике, он не намерен выглядеть как женщина. Наоборот, Сесил стремится к тому, чтобы окружающие идентифицировали его как мужчину в платье, то есть чтобы он наверняка выглядел как мужчина.

Этот процесс подтверждения принадлежности к мужскому полу приносит Сесилу облегчение, а со временем он также стал для него источником сексуального возбуждения.

Мотивы кросс-дрессинга могут лежать и в межличностной плоскости. Некоторым из фетишистских трансвеститов сексуальное возбуждение доставляет тот эффект, который их переодевание оказывает на других. Для некоторых возбуждающим может быть сам факт того, что их восприняли как представителей противоположного пола на публике. Их удовлетворение проистекает из того, что в восприятии других людей они хотя бы какое-то время представляют противоположный пол. Риск, с которым сопряжен «пасс», обеспечивает прилив адреналина, который сам по себе вызывает сексуальное возбуждение.

В 1970-х годах психоаналитик Мервин Глассер предположил, что мужчин, практикующих фетишистский трансвестизм, возбуждает чувство триумфа над матерью, которая воспринималась в детстве как подавляющая и удушающая. Он предположил, что взрослые мужчины, которые большую часть своей жизни чувствовали себя неспособными уйти от вездесущей и контролирующей материнской фигуры, нашли в этом способ преодолеть свои детские переживания, в буквальном смысле надевая и снимая ее по собственному желанию вместе с женской одеждой. По его мнению, это вновь обретенное чувство символического контроля над матерью дает такое облегчение, в результате возбуждение, вызванное этой победой, приобретает сексуальную окраску.

Эта идея лежит в основе многих романов и фильмов, она звучит в фильме Альфреда Хичкока «Психо» (1960), а также в фильме «Молчание ягнят» (1991). Предложенная модель поведения, безусловно, может быть характерна для некоторых фетишистских трансвеститов (я провел оценку многих пациентов, которые сами предложили эту формулировку). Однако это ни в коем случае не универсальная формула, и я надеюсь, что в данном разделе продемонстрирована сложность и многогранность этого явления.

ДРЭГ-КВИН И ДРЭГ-КИНГ

Термином «дрэг-квин» (от *англ.* drag queen) обозначается мужчина, который одевается в женскую одежду, пользуется косметикой и соответствующими атрибутами, чтобы создать женский образ, зачастую преувеличенный, в рамках театральной постановки

или комедийного шоу. Яркая одежда, чрезмерный макияж и намного более утрированный, чем в реальной жизни, внешний вид.

Термином «дрэг-кинг» (от *англ.* drag king) обозначается женщина, которая одевается в мужскую одежду и использует соответствующую атрибутику, чтобы создавать зачастую стереотипные мужские образы, как, например, ковбой на Диком Западе, дровосек или мужчина с густой растительностью на лице.

Важно проводить различие между понятиями *дрэг* и *трансвестизм*. В то время как трансвестизм предполагает такое поведение, которое направлено на то, чтобы соответствовать существующим гендерным ролям, дрэг стремится бросить вызов предвзятым взглядам относительно гендера.

Мужчина-трансвестит наряжается в парик и платье, именно, потому что считает эти предметы признаками женственности. Дрэг-квин использует все те же самые предметы, чтобы показать со сцены, что наличие всех этих атрибутов не делает его женщиной.

В книге «Проблема гендера» Джудит Батлер пишет, что таким образом дрэг-квин как будто бы обращается к аудитории с провокационным вопросом: «Вы и правда думаете, что это выглядит женственно?». В прошлом психоаналитики не делали различий между трансвеститами и дрэг-квин /дрэг-кинг. Некоторые даже решились предполагать, что их поведение является бессознательным нападением на противоположный пол.

Я с этим не согласен. Я считаю, что идея дрэг состоит не в том, чтобы одеваться так, как присуще определенному полу, а скорее в том, чтобы таким образом установить диалог с обществом. Дрэг пародируют общественные представления о гендере, чтобы заставить нас задуматься о том, насколько они поверхностные и нелепые. Дрэг-квин могут использовать все надлежащие аксессуары и атрибуты, которые являются символом женственности, чтобы продемонстрировать, насколько слабо они связаны с определением женского. Своими провокативными шоу дрэг приглашают зрителей подвергнуть сомнению гендерные стереотипы. Это, вероятно, отличает их от трансвеститов, которые, наоборот, пытаются неукоснительно вписаться в гендерные рамки.

ГЛАВА 4

АУТОГИНЕФИЛИЯ: МУЖЧИНЫ, КОТОРЫЕ ХОТЯТ ИМЕТЬ ВАГИНУ

Аутогинефилия – это состояние, при котором биологического мужчину сексуально возбуждает фантазия о том, что у него женское тело. Это слово происходит от *др.-гр.* αὐτός – себя, γυνή – женщина, φιλία – любовь, то есть «любовь к себе как к женщине». Первым это состояние описал в 1989 году американский и канадский сексолог Рэй Блэнчард. В связи со сложностью диагностики трансгендеров понятие аутогинефилии, как и многие другие, является спорным. Многие врачи считают, что это состояние имеет отношение к ряду случаев, тогда как другие высказывают решительные возражения против него. Согласно DSM-5 аутогинефилия является подтипом трансвестизма.

Как и в случае с фетишистским трансвестизмом, аутогинефилия является сексуально обусловленным явлением. В то время как женская одежда является источником сексуального возбуждения при фетишистском трансвестизме, при аутогинефилии возбуждающей является фантазия о женских физиологических признаках. Аутогинефилия может отличаться от транссексуализма с точки зрения первичной гендерной идентичности. В то время как транссексуал (биологически мужчина) может иметь женскую гендерную идентичность, в случае аутогинефилии мужчина будет иметь мужскую гендерную идентичность, но его будет сексуально возбуждать фантазия о наличии у него женских телесных признаков, таких как большая грудь или женские гениталии. В данном случае может наблюдаться пересечение с фетишистским трансвестизмом, когда практика кросс-дрессинга используется для подкрепления сексуальных фантазий о своем женском теле.

Некоторые мужчины, подходящие под описание аутогинефилии, могут быть ошибочно диагностированы (ими самими или неспециалистами) как транссексуалы, что может повлиять

на их решение о хирургической коррекции пола. Риск, связанный с операцией, заключается в потере сексуального влечения после процедуры кастрации. Кроме того, может пропасть интерес к нео-вагине, созданной вместо мужских половых органов. Некоторые люди с аутогинефилией решают сохранить мужские гениталии, но при этом принимают гормоны, чтобы придать своему телу более женственный вид и стимулировать рост груди. Таких людей в разговорной речи называют «шимейлами» (производное от *англ.* she – она, male – относящийся к мужскому полу), так как они обладают и женскими, и мужскими физическими признаками. Хотя у меня были пациенты, которые так себя называли, этот термин воспринимается многими как оскорбительный.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА В СЛУЧАЯХ ТРАНСВЕСТИЗМА И АУТОГИНЕФИЛИИ

Трансвестизм, фетишистский трансвестизм и аутогинефилию часто ошибочно принимают за трансгендерность. Человек может осознавать, что ему нравится носить одежду, которая ассоциируется с противоположным полом, или что он хочет иметь женское тело. После некоторой самодиагностики и поисков информации в Интернете, существует риск прийти к выводу о том, что такая озабоченность одеждой или телом противоположного пола говорит о транссексуализме. С таким убеждением человек может прийти к своему врачу и попросить об операции по коррекции пола.

В то время как врачи всех специальностей осведомлены о хирургических вмешательствах при трансгендерном переходе, только узкая прослойка специалистов обладает знаниями о фетишистском трансвестизме и аутогинефилии. Процедура оценки, проводимая специалистами по гендерной идентичности, направлена, в частности, на то, чтобы установить причину запроса на физическое изменение пола.

К сожалению, люди иногда предпочитают не обращаться в специализированные службы по гендерным вопросам и находят хирурга, который готов провести операцию по переназначению гендера без выяснения причин. Я имел дело с несколькими пациентами, которые были направлены на психотерапию после хирургической коррекции пола, которая, как они обнаружили уже

постфактум, им была не нужна. Многие из них приняли самостоятельное решение о коррекции пола и подверглись этой процедуре, пожалев об этом в тот момент, когда отошли от наркоза. Зачастую желание сменить гендер обусловлено сексуальным влечением, которое является в данном случае вторичным по отношению к фетишистскому трансвестизму или аутогинефилии. Однако после кастрации либидо, направляющее это желание, исчезает. В конечном итоге человек просыпается после операции без какого-либо интереса к своей нео-вагине, которая заменила некогда имевшиеся у него мужские гениталии.

ПРИМЕР АУТОГИНЕФИЛИИ: СЛУЧАЙ МИСТЕРА Х

Мистер Х. – мужчина средних лет, женат, имеет детей. У него ничем не примечательная мужская внешность и он считает себя мужчиной. Мистер Х. хорошо знал о том, что уже в течение многих лет он испытывает сексуальное возбуждение от фантазий о себе как о женщине, поэтому практиковал кросс-дрессинг, о чем была осведомлена его жена. В начале их отношений этот элемент был частью их сексуальной жизни, когда мистер Х. надевал на себя предметы женского туалета, как, например, туфли на высоком каблуке или женское нижнее белье. Мистер Х. обнаружил в Интернете «шимейл» – порнографию и все больше времени проводил, разглядывая фотографии биологических мужчин, у которых были женские формы и грудь, и мужские гениталии, и мужчин с нео-вагинами. Его возбуждение при просмотре порнографических материалов было связано с фантазиями о том, что у него есть женская грудь и влагалище. Мистер Х делился преследующими его мыслями и фантазиями со своей женой. Вместе они пришли к выводу, что Мистер Х., должно быть, трансгендер, раз он так давно мечтает о том, чтобы иметь женское тело. Жена решила поддержать его решение о хирургической коррекции пола.

Мистер Х решил не обращаться в специализированную клинику, занимающуюся вопросами гендерной идентичности. Это повлекло бы за собой трудоемкий и длительный процесс, включающий адаптацию к жизни в новой гендерной роли во время прохождения гормональной терапии и саму операцию. Вместо этого мистер Х и его жена отправились на Вос-

ток, где мистер Х записался на операцию по коррекции пола к хирургу, готовому провести ее без лишних вопросов.

Хирургическая операция включала процедуру кастрации и создание неовагинального пространства. Сразу после кастрации мистер Х потерял сексуальное влечение и либидо. Он осознал, что, несмотря на свое возбуждение от перспективы иметь женские гениталии, которое было у него до операции, он никогда не считал себя женщиной, несмотря на то, что испытывал сексуальное возбуждение от фантазии быть женщиной. После операции у него развилась глубокая депрессия.

Мистер Х продолжал жить в роли мужчины и чувствовал глубокое сожаление и стыд за то, что на месте мужских половых органов у него было неовлагалище. Он был направлен на психотерапию в связи с депрессией и растерянностью. Это состояние было вызвано теми изменениями, которые произошли с его желаниями в отношении тела, гендера и сексуального влечения. Тщательная оценка на более ранней стадии могла помочь в постановке диагноза и повлиять на решение мистера Х. относительно хирургического вмешательства, которое не соответствовало его гендерному выражению.

АУТОАНДРОФИЛИЯ

В то время как аутогинефилия, как сказано ранее, связана с фантазией иметь женские телесные признаки у биологического мужчины, аутоандрофилия обнаруживается у биологических женщин, которых сексуально возбуждает фантазия о наличии у себя мужских телесных признаков.

ГЛАВА 5

ПЕРЕХОД ИЗ ЖЕНЩИНЫ В МУЖЧИНУ (ФТМ)/ ТРАНСМУЖЧИНЫ

Так же, как некоторые мужчины считают, что их жизнь стала бы лучше, если бы они были женщинами, некоторые женщины уверены, что они должны были родиться мужчинами. Предыдущие исследования показали, что трансгендеры встречаются среди биологических женщин в три раза реже. Одно из возможных объяснений этого может заключаться в том, что во многих обществах женщинам легче перенять на себя мужскую гендерную роль, чем мужчинам женскую. Женщины носили брючные костюмы с начала XX века, а влиятельные женщины, «пацанки» и «оторвы» больше вписываются в наше общество, и их гендерная идентичность не ставится под сомнение в отличие от мужчин, которые не могут просто так носить платье. Возможно, многим женщинам достаточно такого проявления маскулинности в жизни при сохранении женской гендерной идентичности и у них нет необходимости в более экстремальном или видимом физическом гендерном переходе.

Те, кто решают, что коррекция физического пола необходима, проходят гормональную терапию и подвергаются хирургическому вмешательству, как и в случае мужчин, которые совершают переход в женщин. Использование мужских гормонов делает голос более грубым, черты лица более жестким, способствует появлению растительности на лице и развитию облысения по мужскому типу. Хирургическое вмешательство может включать удаление тканей молочной железы (мастэктомию), удаление женских репродуктивных органов, а также при желании создание неофаллоса для имитации полового члена.

На первый взгляд, многие постоперационные транссексуальные мужчины практически не испытывают затруднений с пассивом. Маскулинизирующее действие мужских гормонов и часто проявляемое желание сохранить растительность на лице оставляет

скудные свидетельства прежней принадлежности к женскому биологическому полу. Это контрастирует с впечатлениями постоперационных транссексуальных женщин, которые нередко отмечают, что женские гормоны оказываются недостаточными для маскировки маскулинных признаков, например, широких, грубых черт лица, низкого голоса и волос на лице.

Если после операции гениталии транссексуальных женщин трудно отличить при обследовании от гениталий биологических женщин, то в случае с транссексуальными мужчинами дело обстоит иначе. Искусственно сконструированный фаллос (фаллопластика) изготавливается из трубочки, для создания которой берется лоскут с области предплечья, брюшной полости или (реже) спины. Хотя по своей форме эта трубочка имитирует внешний вид полового члена, некоторые считают, что созданный пенис выглядит недостаточно убедительно, однако хирургические методы постоянно совершенствуются. Эта ткань не имеет эректильной функции, но существуют варианты, позволяющие увеличить жесткость за счет специальной вставки или воссоздать эрекцию при помощи помпы, помещенной в искусственно созданную мошонку. Из-за ограничений, существующих в хирургии половых органов транссексуальных мужчин, которые не позволяют придать неофаллосу достоверный внешний вид и функциональность, многие транссексуальные мужчины отказываются от фаллопластики. Под воздействием мужских гормонов увеличивается клитор, что оказывается вполне удовлетворительным для многих транссексуальных мужчин.

В главе 14 представлен подробный разбор и иллюстрации хирургических манипуляций, которые проводятся при переходе из мужчину в женщину и при переходе из женщины в мужчину, написанный Эндрю Айвсом, ведущим австралийским хирургом, специализирующимся на операциях по коррекции пола.

РАЗДЕЛ 2

ПОНИМАНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИИ

ГЛАВА 6

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ

РАННИЕ ТЕОРИИ

Транссексуализм попал в заголовки газет в 1960-х годах, когда начали проводиться первые операции по смене пола.

Примерно в это же время психоаналитическое направление все еще главенствовало в области психиатрии и психологии. На тот момент еще не были разработаны теории, помогающие заглянуть вглубь психических процессов, еще не получила своего развития биологическая психиатрия, делающая акцент на вмешательствах в деятельность мозга и фармакологию.

В 1960-х и 1970-х годах самым выдающимся психиатром и психоаналитиком, занимавшимся вопросами транссексуализма, был американец Роберт Столлер. Он написал такие книги, как «Пол и гендер» и «Транссексуальный эксперимент». Столлер провел ряд исследований с участием взрослых транссексуалов и детей, демонстрировавших ранние признаки расстройства гендерной идентичности, а также обследовал их родителей.

Столлер выдвинул свою собственную гипотезу относительно того, почему некоторые люди, рожденные мужчинами, стали транссексуалами во взрослом возрасте. Он описал мать, которая, как правило, пребывала в депрессии, была относительно асексуальна в своих гендерных проявлениях и находилась в отношениях с эмоционально отстраненным отцом ребенка. Он предположил, что у такой матери родится прекрасный мальчик, который принесет искру в ее жизнь и между ними начнут развиваться тесные, запутанные отношения. Согласно его утверждению, степень близости между ними будет гораздо интенсивнее, чем можно было бы ожидать, вплоть до полного исключения из этих отношений отца. Мать и сын сформируют неразлучный дуэт. Столлер

предположил, что в результате мальчик вырастет почти как придаток своей матери и не сможет развить отдельную от нее мужскую идентичность. Он пошел дальше и предположил, что идентификация мальчика с матерью приводит к отсутствию какой-либо кастрационной тревоги, о чем свидетельствуют некоторые взрослые транссексуалы, которые стремятся к кастрации и удалению своих мужских половых органов.

Хотя постулируемая Столлером гипотеза может предложить отчасти правдоподобное объяснение тем, кто не очень знаком с этим вопросом, она, безусловно, не является корректной, так как пытается предложить единое описание для всех взрослых с гендерной дисфорией. Наряду с сильным влиянием психоанализа, работы Столлера имеют еще один недостаток, связанный с тем, что общая теория была выведена на основе всего лишь небольшого числа случаев. Эта выборка считается репрезентативной для всех людей, попадающих в данную категорию, как если бы между ними не было никаких различий. Поработав в службе, занимающейся вопросами гендерной идентичности детей и подростков, я, конечно, наблюдал таких мальчиков, чьи отношения с матерями и отцами определенно попадают под описание Столлера, но это ни в коем случае не является универсальным объяснением. На каждую транссексуальную женщину, которая вписывается в модель, предложенную Столлером, приходится несколько других, которые под нее не попадают. Очевидно, что гендерная дисфория охватывает широкий круг людей, которые сходятся в своем желании привести свое тело и гендерную роль в соответствие, но способы достижения этой цели могут быть самыми разными. Стоит отметить, что наблюдения Столлера и развитые на их основе идеи касаются только трансженщин. Он не предложил никаких описаний или идей в отношении трансмужчин.

Примерно в одно время со Столлером изучением этой темы занимался и американский психолог Джон Мани. В 1970-е годы биологическая психиатрия начала активно завоевывать свои позиции. Джон Мани был главной фигурой в дебатах о том, чем обусловлена гендерная идентичность – природой или воспитанием. Он родился в Новой Зеландии, но большую часть времени работал психологом и сексологом при департаменте полового поведения в Университете Джона Хопкинса. Один из описанных им случаев получил широкую известность. Это случай Дэвида

Реймера, описанный в его книге «Мужчина и женщина, мальчик и девочка» как «случай Джона/Джоанны». Вокруг этого случая до сих пор не утихают споры, и по сей день он продолжает привлекать внимание средств массовой информации. Дэвид Реймер, один из двух мальчиков-близнецов, пострадал от ошибки хирурга во время обычной процедуры обрезания, в результате которой он лишился большей части полового члена. Джон Мани рекомендовал назначить Дэвиду женский пол.

В возрасте двух лет Дэвид прошел через еще одну операцию по удалению яичек и созданию искусственной нео-вагины. Позже он начал принимать гормоны. Гипотеза Джона Мани состояла в том, что если Дэвиду не рассказать о его биологическом поле в детстве и подростковом возрасте, воспитывать его как девочку, то под влиянием среды у него сформируется женская гендерная идентичность.

Мани опубликовал несколько статей и книг, в которых сообщалось, что эксперимент удался и что Дэвид («Джон») вырос как «Джоан». Однако спустя несколько десятилетий выяснилось, что его попытки провалились. В подростковом возрасте Дэвид вернулся к своему мужскому гендеру. Кроме того, у него и у его брата-близнеца были серьезные проблемы с психическим здоровьем. К несчастью, и Дэвид, и его брат-близнец покончили жизнь самоубийством в возрасте около 30 лет. В этот момент средства массовой информации вновь проявили интерес к этой истории, которая, как оказалось, полностью опровергла изначальные предположения и доказала, что гендерная принадлежность человека закладывается природой, а не под влиянием воспитания. Провалившийся эксперимент по переделыванию гендерной идентичности посредством воспитания вызвал много дискуссий.

Во всех отчетах о состоянии Дэвида Реймера есть одно существенное психологическое упущение. Очень мало или почти ничего не говорится о решающем значении того факта, что родители ребенка знали об эксперименте. Эксперимент состоял в том, чтобы определить, можно ли воспитать биологического мальчика как девочку и развить у него женскую гендерную идентичность таким образом, чтобы мальчик никогда не узнал, что он родился мальчиком. Ошибка, допущенная в ходе этого неудавшегося эксперимента, заключалась в том, что родители, которые продолжали воспитывать Дэвида, прекрасно знали о его настоящем поле.

Хотя родители, возможно, и не раскрыли эту тайну, мы не должны недооценивать потенциальное влияние замалчивания, особенно в таких сплоченных группах, как семья. Вероятно, формально Дэвид не знал о своем настоящем поле, но тот факт, что и его родители, и врачи, и психологи были осведомлены, что он был рожден мужчиной, мог сыграть критическую роль, так как сила невысказанного, непреднамеренного (и на психоаналитическом языке – бессознательного) сообщения весьма велика. Разумеется, определить влияние, которое оказало такое общение на Дэвида и на развитие у него чувства гендерной идентичности, невозможно. Тем не менее результаты эксперимента не стоит рассматривать как доказательство или опровержение в дискуссии о роли природы и воспитания в формировании гендерной идентичности, поскольку он содержит критическую ошибку в связи с тем, что было проигнорировано влияние невербальной коммуникации в семье, через которую могла транслироваться замалчиваемая информация.

Милтон Даймонд – сексолог, профессор анатомии и репродуктивной биологии в Гавайском университете и директор Тихоокеанского центра пола и общества. С начала 1960-х годов Даймонд опубликовал ряд работ относительно пола, гендера, сексуальности, интерсексов и транссексуалов. Те из нас, кто встречался с ним, видели его страсть и энтузиазм к той теме, в которой он стал одним из ведущих авторитетов. В своих работах он исследует взаимодействие биологических факторов с окружающей средой в развитии половой и гендерной идентичности. Его широко известная цитата гласит: «Природа любит разнообразие, а общество ненавидит его». Милтон Даймонд всегда критиковал выводы, сделанные Джоном Мани на основе случая Джона/Джоанны.

Даймонд предполагает, что решающую роль в развитии гендерной идентичности играют факторы, заложенные до рождения ребенка, в том числе гены и гормоны. Он считает, что при рождении человек не является гендерно нейтральным и его (или ее) гендерная идентичность подвержена сильному влиянию биологического пола, хотя она и может впоследствии измениться под воздействием последующего опыта, полученного при взаимодействии с окружающей средой. Он не соглашается с тем, что в основе гендерной идентичности лежит механизм импринтинга или что процессы, описанные в рамках теории научения. По его мнению,

гендерная идентичность формируется под совокупным влиянием дородовых и послеродовых факторов. Он предложил теорию гендерного развития, в рамках которой генетика и гормоны выступают в качестве организующих пренатальных факторов, обуславливающих дальнейшее поведение.

Даймонд описывает теорию пристрастного взаимодействия, согласно которой внутриутробные организующие факторы обуславливают или смещают реакцию человека на окружающие или социальные факторы. Через сравнение себя со сверстниками человек делает соответствующие выводы о том, на кого он похож и от кого отличается, особенно применительно к полу и гендеру.

Даймонд пишет о поле мозга или о людях, имеющих гендерный мозг, исходя из предположения, что именно мозг формирует основу личности, в первую очередь из врожденных пренатальных тенденций, которые затем взаимодействуют с послеродовым опытом.

МОИ НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ

Работа в сфере пластической хирургии, а затем психиатрии и психотерапии позволила мне столкнуться с различными типами отношения и понимания гендерной дисфории, существующими в каждой из этих областей медицины. Хирурги, которые являются мастерами своего дела, по понятным причинам сосредотачиваются на тех аспектах работы, которые связаны с физическими характеристиками тела, а заботу о психическом состоянии трансгендерных людей передают другим профессионалам. Психиатры общей практики в основном также избегают вопросов, связанных с гендерной спутанностью, передавая пациентов с гендерной дисфорией в специализированные клиники, занимающиеся гендерной идентичностью. Психиатры в клиниках гендерной идентичности диагностируют наличие гендерной дисфории, и, если пациент оказывается подходящим кандидатом для коррекции пола, в центре внимания вновь оказывается тело, гормональная терапия и оперативное вмешательство. Таким образом, такие психиатры часто воспринимаются пациентами не как психиатры, а как «посредники» на пути к хирургу. Психиатры в гендерных клиниках также учитывают вероятность сопутствующих психических рас-

стройств, которые могут влиять на проблему гендерной идентичности. Но для прохождения глубинного анализа или психотерапии пациент будет направлен к психотерапевту, если таковой доступен.

Физическое воздействие, как, например, гормональная терапия и хирургическое вмешательство, может помочь людям с фиксированной трансгендерной идентичностью, соответствующей противоположному полу. Но относительно необратимые физические процедуры не подходят для людей с менее фиксированной, менее бинарной, более изменчивой гендерной идентичностью. Гендерное выражение может меняться с течением времени или не вписываться в бинарные рамки, предполагающие наличие только мужчин и женщин, поэтому не все готовы совершать трансгендерный переход и изменять гендерную роль в своей повседневной жизни. Для этих людей более полезной будет специально адаптированная форма психотерапии.

Нехватка специалистов с соответствующей подготовкой является одной из проблем организации психотерапии и консультирования. Существующие подходы сильно отличаются в плане своего содержания и целей. Удивительно, но в основном психологическая работа с такими пациентами не ставит своей целью помочь им разобраться с гендерными проблемами или негативными переживаниями в связи с их гендерной дисфорией. Вместо этого психологические интервенции оказываются сосредоточены на том, чтобы помочь людям приспособиться к определенной гендерной роли или поддержать их в период трансгендерного перехода. Такая терапия будет малоэффективной или бесполезной для тех людей, которые не собираются совершать переход или демонстрируют небинарные гендерные проявления. Только несколько авторов за последние годы написали статьи, пытаясь понять специфику расстройства гендерной идентичности и трансгендерных людей. Многие из нас действительно часто встречают критику со стороны тех, кто не считает необходимым, чтобы психиатры и психотерапевты пытались понять это состояние, и кто утверждает, что вопрос можно решить посредством физических вмешательств (гормональная терапия и операция).

Работая в психотерапевтической среде, я увидел существующий раскол в отношении гендерной дисфории. С одной стороны, находились традиционные психоаналитически ориентированные психотерапевты с небольшим или нулевым клиническим опытом

работы с людьми с гендерной дисфорией, которые тем не менее придерживались твердых, почти религиозных убеждений, основанных на предположениях, которые имели для них смысл. Они придерживались мнения, что гендерная дисфория является либо психозом (характеризующимся бредовыми идеями), либо извращением, функция которого заключается в защите от психоза и который несет угрозу дезинтеграции психики. Многие мои коллеги, работающие со мной в клинике, разделяли это мнение. Другая позиция, которой придерживалась большая часть психиатров, заключалась в том, чтобы, по-видимому, вообще не думать об этом и сосредоточиться на теле пациентов, не предпринимая каких-либо психологических вмешательств, направленных на исследование работы их психики.

Таким образом, работники здравоохранения занимают полярные позиции в отношении гендерной дисфории. Клиницисты, сосредоточенные на гормональной терапии и хирургических вмешательствах, воспринимаются как «сторонники» гендерной дисфории и коррекции пола. Те, кто считал гендерную дисфорию психозом, зачастую воспринимались как «противники» этого состояния. Эти представления были переняты некоторыми членами трансгендерного сообщества, а также получили распространение среди профессионалов, которые, как им казалось, находились по разные стороны баррикад, а противоположная сторона воспринималась как неудобная, а иногда и враждебная. В своей статье «Параллельные процессы» я предположил, что такое разделение «за» и «против» в профессиональной среде напрямую отражает бинарность гендерной системы, разделяющей людей на мужчин и женщин, и это является центральной точкой в гендерном конфликте у людей с гендерной дисфорией. Я предположил, что это явное профессиональное разделение было не простым совпадением, а очень логичным феноменом, так как оно демонстрировало, как явление гендерной дисфории воспринимается на профессиональной арене.

Ни одна из вышеизложенных позиций не представляла клинической ценности для моих пациентов с гендерной дисфорией. Основным фактором создания специально адаптированного психотерапевтического подхода, который я разработал в 2001 году, была работа с терапевтической группой, встречи которой проходили на еженедельной основе, причем люди думали и работали

вместе с терапевтом. Формат группы не предполагал, чтобы терапевт единолично выдвигал какие-то гипотезы, все идеи рождались в процессе совместных размышлений. Группа собиралась для таких обсуждений раз в неделю, и пациенты посещали ее в течение нескольких месяцев или нескольких лет. Работа психиатром и психотерапевтической позицией в специально адаптированной психологической службе по различным гендерным состояниям позволили мне сформировать собственное понимание трансгендерности, которое и составляет большую часть этой книги.

ГЛАВА 7

ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ

Первое и самое важное, что нужно сделать, когда человека направляют к специалисту по гендерной дисфории, – провести тщательную оценку. При оценке важно подробно исследовать историю жизни человека от рождения до настоящего момента. Обозревая события и этапы развития, мы должны понять, каково было быть этим человеком на разных этапах его жизни. Каково это было – быть таким ребенком? Какие у него были отношения с родителями и друзьями? Нам нужно понять ситуацию жизни изнутри, прочувствовать эмоциональный и психологический контекст, в котором этот человек рос и развивался, и какой опыт он приобрел.

В начале моей специализированной психотерапевтической практики я заметил, что мои пациенты рассказывают два типа историй – «официальную» и «настоящую». «Официальный» вариант был подготовлен и отрепетирован в соответствии с предположениями пациента о том, что ожидает от него услышать «оценщик». Меня насторожил тот факт, что несколько пациентов рассказывали практически идентичные истории, как будто бы заученные, безэмоциональные и почти обезличенные. Эти истории напоминали те, которые можно найти в биографиях известных транссексуалов (которые многие из нас читали). В них биологический мужчина говорит о том, что «никогда не походил на других мальчиков» или не любил «грубую мальчишескую возню» и хотел «проводить время с девочками», «всегда считая себя маленькой девочкой». Эти пациенты хорошо подготовились, проделали интернет-исследование и поняли, какие именно детали истории должен услышать психиатр, чтобы они могли преодолеть этот порог (поскольку психиатр обычно воспринимается как привратник, стоящий на пути к трансгендерному переходу).

В отличие от психиатров, работающих в гендерных клиниках, предлагающих гормональную терапию и хирургическое вмешательство, я был психиатром, предлагающим только психотерапию, и не был привратником! Всякий раз, когда становилось очевидным, что пациенты рассказывают отрепетированную «официальную» версию событий, я перебивал их на середине этой вымышленной истории и заверял в полной конфиденциальности. Я говорил им, что ничего из сказанного ими никак не повлияет на то лечение, которое они уже получали в гендерных клиниках. Обычно это их успокаивало, и тогда они рассказывали мне свою личную историю. Такое происходило очень часто.

Так чем же отличались «настоящие» истории, которые пациенты в конечном итоге рассказывали?

Основное отличие касалось времени возникновения гендерной дисфории и изменения гендерной идентичности. В отличие от «официальных» версий, в которых гендерная дисфория проявлялась с рождения, «настоящие» истории свидетельствовали о том, что некоторое время гендерная идентичность все же соответствовала биологическому полу, а изменения происходили несколько позже. Последовательность событий, описанная многими пациентами с проблемами гендерной идентичности в ходе психотерапии, отражена на рисунке 1. Я выделил восемь этапов развития гендерной дисфории, которые я рассмотрю по очереди.

Изменения в чувстве гендерной идентичности происходят у каждого человека в разное время, но обычно этому предшествует период, когда в жизни случаются другие значимые перемены. Этот период характеризуется общей неопределенностью и запутанностью в отношении других аспектов идентичности, заметными перепадами настроения, влияющими на повседневную жизнедеятельность, а также общим ощущением того, что «что-то не так» (соответствует этапу 3 на рисунке1). Для описания этого ощущения в психиатрии иногда используется термин «бредовое настроение». Однако использование определения «бредовый» в этом контексте совершенно отличается от обычного значения этого слова, и об этом нельзя забывать. Вопрос о том, предшествует ли ощущение того, «что что-то не так», изменению гендерной идентичности, является спорным, но важно иметь в виду последовательность событий, указанных на рисунке 1.



Рис. 1. Последовательность изменений гендерной идентичности, согласно отчетам пациентов

Протяженность периода, когда гендерная идентичность соответствует биологическому полу, различна. Этот период может быть настолько непродолжительным, что совсем стирается из памяти людей, утверждающих, что у них всегда была трансгендерная идентичность. Однако у большинства пациентов изменения, связанные с гендерной идентичностью, могли произойти на любом этапе развития, начиная с раннего детства и до пожилого возраста. Иногда возникает опасение, что кого-то нельзя считать настоящим или истинным транссексуалом, если он не всегда ощущал (или заявлял, что всегда) свою трансгендерную идентичность, и что нельзя считать «полноценным» транссексуалом того, кто какое-то время переживал свою гендерную идентичность как соответствующую биологическому полу. Разумеется, это ложные утверждения. И каждый трансчеловек должен это знать. Многие из «настоящих» трансгендерных людей открыто признают, что долгое время ощущали себя вполне счастливыми в своем биологическом поле до того, как оказались под воздействием факторов уязвимости.

1. Потенциальные факторы уязвимости до или после рождения

Я включил этот этап в общую последовательность, поскольку мои пациенты описали ряд типичных факторов, которые, возможно, сыграли свою роль в развитии их специфической формы гендерной дисфории. Можно предположить, что это факторы в значительной степени влияют на развитие гендерной дисфории, так как на них указали несколько человек. Однако следует понимать, что это справедливо не для всех случаев. В случае одного человека наличие этих факторов действительно может быть связано с возникновением и развитием гендерной дисфории, в другом случае они могут не оказывать никакого влияния. Факторы уязвимости могут иметь биологическое происхождение, как, например, генетические факторы, заложенные до рождения, или повреждения, травмы и инфекции головного мозга, имевшие место после рождения. Поскольку меня в большей степени интересовали события жизни пациентов, ни один из этих факторов не был предметом моего исследования. Наиболее часто упоминавшиеся факторы перечислены в таблице 2.

Таблица 2**Потенциальные факторы уязвимости, имеющие отношение к гендерной дисфории**

Замещающий ребенок (ребенок, рожденный как замещение умершего или мертворожденного ребенка противоположного пола)

Период воспитания ребенка как принадлежащего к другому полу

Понятие «замещающий ребенок» относится к человеку, рожденному как замена потерянному сиблингу, который умер в детстве, родился мертвым или был абортирован. Возможно, родители приняли решение о зачатии нового ребенка, чтобы справиться со своим эмоциональным состоянием, вызванным потерей предыдущего ребенка или прерыванием беременности. В обоих случаях предыдущий ребенок принадлежал к противоположному полу. Люди, оказавшиеся замещающими детьми, иногда говорили о своих постоянных сомнениях относительно того, что они не смогли «оправдать ожидания» своих родителей в отношении идеализированного потерянного старшего сиблинга, даже если родители никогда не говорили об этом открыто.

В ряде случаев люди с гендерной дисфорией говорили о том, что их воспитывали, как если бы они принадлежали к противоположному полу, когда родитель или опекун по своему желанию предписал ребенку гендерную роль, отличающуюся от его биологического пола. У кого-то это продолжалось несколько лет, тогда как в более экстремальных случаях такое несоответствующее биологическому полу воспитание продолжалось вплоть до наступления половой зрелости, что по понятным причинам внесло много путаницы в развитие их гендерной идентичности. Такие случаи, конечно, относительно редки.

Другой отличительной чертой, которую я часто я наблюдал у людей с гендерной дисфорией, было доминирующее логическое мышление и ярко выраженная склонность к математике, физике, информатике и программированию. Логический способ познания мира и дихотомическое мышление (черное и белое, правильное и неправильное, хорошо и плохо) может быть характерной чертой синдрома Аспергера, который относится к расстройствам аутистического спектра.

тического спектра. Некоторым людям, демонстрирующим такой стиль мышления, возможно, был поставлен официальный диагноз – синдром Аспергера. Другие по своему типу соответствуют диагностическим критериям, но не имеют официального диагноза, а кто-то проявляет некоторые черты синдрома Аспергера. Руководствующийся логикой мозг предпочитает четкие категории текущей неопределенности. Склонность воспринимать мир в черно-белых тонах, в котором существуют только бинарные оппозиции, неизбежно приводит к тому, что гендерный репертуар оказывается ограничен только мужской и женской ролями и не допускает гендерного многообразия и гендерной изменчивости.

Многие пациенты с гендерной дисфорией, с которыми я работал и у которых наблюдал очень жесткие убеждения относительно необходимости переназначить гендер, демонстрировали признаки, характерные для синдрома Аспергера. Это в меньшей степени относится к людям с нетипичными гендерными проявлениями, более гибкими в отношении гендерной идентичности, к людям с аутогинефилией и к тем, кто не может понять, являются ли они трансгендерами или трансвеститами.

Конечно, только одного из этих «факторов уязвимости» недостаточно, чтобы привести к развитию гендерной дисфории. Они скорее формируют основу, на которой может развиваться гендерная дисфория под влиянием ряда отдельных или совокупности факторов, имеющих биологическую, психологическую или социальную природу.

2. Первоначальная гендерная идентичность совпадает с биологическим полом

Как уже упоминалось ранее, многие из моих пациентов обычно рассказывают «официальную» историю своей жизни, согласно которой их гендерная идентичность всегда соответствовала противоположному полу. Но как только я заверял их, что не стою на пути между ними и назначением лечения, они рассказывали свою личную историю. Они говорили о том, что какое-то время после рождения и на ранних стадиях развития их гендерная идентичность соответствовала их биологическому полу. Продолжительность этого периода разная, вплоть до следующего этапа, описанного ниже.

3. Первые признаки или симптомы, которые можно обозначить словами «что-то не так», резкая смена настроения. Продромальный период

За периодом, когда гендерная идентичность соответствовала биологическому полу, которой мог продолжаться сколь угодно количество лет, следует некое событие, которое приводит к заметному изменению их психологического функционирования. Это может произойти в любом возрасте. Среди моих пациентов были те, кто столкнулся с этим в раннем детстве, позднем детстве, юности, зрелом возрасте, в середине жизни и в пожилом возрасте. Они говорили, что в течение какого-то ограниченного по времени периода они наблюдали изменения в повседневной жизни. То, как они это описывают, часто напоминает депрессивный период или так называемое расстройство какой-либо формы. Поскольку мы имеем дело только с ретроспективным описанием и не можем получить точную клиническую картину, трудно сказать, что это может быть и что является причиной такого состояния. Существует множество возможных объяснений, включая функциональные психические состояния, такие как депрессивные эпизоды или биологические причины, в том числе генетически обусловленные, или любое количество явлений, происходящих в мозге, но мы можем только предполагать, насколько эти объяснения точны. Пусть кто-то другой займется изучением этого увлекательного вопроса!

После того как этот ограниченный по времени период нарушенного функционирования закончится, происходит своего рода восстановление или перезагрузка. Однако пациенты говорят, что у них остается некое ощущение того, что «что-то не так» в том, как они себя чувствуют и воспринимают. Это беспокойство часто очень трудно описать в точных терминах, человек просто ощущает, что «что-то не так». В противном случае он бы просто полностью восстановился после предыдущего периода, когда чувствовал себя не в духе. Скорее всего это начальная форма дисфории, которая потом начинает переживаться именно как гендерная дисфория.

4. Попытки понять смысл происходящих изменений

Если ощущение, что «что-то не в порядке», сохраняется в течение продолжительного времени, то в определенный момент наступа-

ет период, когда человек пытается понять причины своей дисфории, чтобы выйти из этого состояния и вернуться к нормальному функционированию.

5. Переживание ощутимых изменений, связанных с чувством гендерной идентичности

После периода поиска смысла человек понимает, что ощущение дисфории связано с переживанием гендерной идентичности. На этом этапе человек приходит к пониманию, что с этим ощущением «что-то не так, что-то не в порядке» можно справиться, если решить проблему со своим полом/гендером на физическом уровне.

6. Растущая озабоченность чувством гендерной идентичности и убежденность в том, что «правильной» реакцией на происходящие изменения должна стать новая форма гендерного выражения

Решение изменить гендер, которое приходит вслед за осознанием того, что дисфорические переживания связаны именно с гендером, приносит многим облегчение после периода относительной неопределенности. Однако это решение не осмысливается психологически независимо от того, в каком возрасте оно сформировалось (в раннем детстве или в период взрослости). Вместо того чтобы еще раз проанализировать предыдущие этапы, человек полностью сосредоточивается на вновь принятом решении изменить гендер, которое кажется на этом этапе оптимальным для проблемы гендерной дисфории.

7. Гендер воспринимается как источник всех жизненных проблем сейчас и в прошлом

На этом этапе человек оглядывается назад на прожитую жизнь, пытаясь понять, мог ли гендер повлиять и на другие аспекты. Людям свойственно давать ретроспективные объяснения различным явлениям, когда они приходят к какому-то пониманию, и выбирать те события и факты прошлого, которые подтверждают текущую гипотезу. В этом случае мы говорим об «эффекте знания задним числом» или об «ошибке атрибуции». Когда речь идет о гендер-

ной дисфории, то большое значение может придаваться тем аспектам прошлого, которые могут иметь место и в жизни человека без гендерной дисфории. Например, моя племянница-подросток потрясающе играет в футбол, но у нее нет гендерной дисфории. В детстве мне нравилось играть в куклы, я ненавидел играть в регби в школе, и, будучи подростком, в эпоху постпанкгот я пользовался подводкой для глаз и губной помадой, но у меня не было гендерной дисфории. Для человека с гендерной дисфорией воспоминания о проявлениях, не соответствующих гендерным стереотипам, не только служат убедительным доказательством наличия гендерной дисфории, но и дают основания предполагать, что гендерная дисфория «была всегда». Точнее было бы сказать, что человек был склонен к поведению, не вписывающемуся в гендерные стереотипы, еще до начала гендерной дисфории. Но как только становится известно о наличии гендерной дисфории, таким фактам ретроспективно придается большее значение. Вследствие этого может сформироваться убеждение, что гендерная дисфория была у человека с тех пор, как он себя помнит.

8. Повышенное внимание к теме гендера в повседневной жизни по отношению к себе и другим

Когда наличие гендерной дисфории установлено, многие факты и явления оцениваются через гендерную призму, а гендеру в целом уделяется повышенное внимание, тогда как другие био-социально-демографические характеристики, например раса, этническая принадлежность, социальный класс, рост, вес и другие, не считаются значимыми.

Это всего лишь наблюдаемая последовательность событий, но никак не попытка установить причинно-следственную связь.

Последовательность событий, которые мы описали выше, просто отражает путь развития гендерной дисфории у подавляющего большинства людей, с которыми я работал и проводил подробные личные интервью. Хотя и наблюдается определенная последовательность этапов, она не позволяет выявить конкретную причину возникновения гендерной дисфории. У меня нет ни малейшего представления о том, как возникает гендерная дисфория. Я ду-

маю, что другие специалисты, которые посвятили свою карьеру исследованию этого вопроса, могут сказать по этому поводу гораздо больше. У психологического подхода к гендерной дисфории столько же сторонников, сколько и у биологического. Тех, кто высказываются в поддержку биологических причин, можно разделить на несколько групп: одни будут считать, что гендерная дисфория обусловлена пренатальными факторами, тогда как другие видят причину в постнатальных биологических факторах. Последовательность событий, описанная в этой книге, просто предлагает наблюдаемую последовательность этапов без попытки объяснить причину возникновения самого этого явления. Как и в случае других состояний, я предполагаю, что гендерная дисфория имеет мультифакторную природу и не может быть сведена к одной из двух причин (биология или воспитание). Я также подозреваю, что причины развития гендерной дисфории действительно могут быть разными для разных людей с разными ее проявлениями. Состояние, характеризующееся чувством дискомфорта по отношению к гендеру и желанием его изменить, может быть сходно у разных людей, однако пути, которые привели к этому состоянию, могут сильно различаться.

ГЛАВА 8

ПСИХОТЕРАПИЯ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ

В 2001 году я создал специальную психотерапевтическую службу по работе с вопросами гендерной дисфории при Национальной службе здравоохранения Великобритании. Первоначально служба была создана в качестве экспериментальной, чтобы определить, может ли психотерапия быть полезной для пациентов с гендерной дисфорией. Эта уникальная служба первоначально работала в небольшой специализированной психотерапевтической клинике в Лондоне. Психотерапевтические услуги предоставлялись пациентам, направленным со всей Великобритании, при условии, что они могли приехать в клинику. Большинство обратившихся в клинику были жителями Лондона и юго-востока Англии, значительно меньшее количество пациентов приезжали из более отдаленных частей страны.

Обычно людей направляли в службу в связи с чувством неудовлетворенности или неопределенности в отношении своей гендерной идентичности, которое, как они надеялись, может разрешить разговорная терапия. Если нарушение гендерной идентичности было обусловлено трансгендерной идентичностью, пациентов также могли направить в гендерную клинику (или их направлял я сам), чтобы можно было провести оценку необходимости физических вмешательств, таких как гормональная терапия и хирургическая коррекция пола. Эти две службы работали независимо друг от друга, но, конечно, не исключали друг друга. Есть свои преимущества и свои недостатки в том, что психотерапевтическая служба существует отдельно от гендерной клиники, предлагающей физическое лечение.

Благодаря такому разделению пациенты могут чувствовать себя уверенно относительно того, что сказанное ими во время сессии никак не повлияет на то, будут ли им назначены гормоны

или операция. Это особенно важно, учитывая, что, как мы уже упоминали, пациенты обычно воспринимают врачей в гендерных клиниках как «привратников», стоящих на пути между ними и процедурами, которые, по их мнению, им нужны. Они знают, что могут честно говорить о своем неоднозначном отношении или высказывать сомнения относительно возможных физических вмешательств, не чувствуя, что такая откровенность может поставить под угрозу вероятность получения лечения. Поскольку я в своей службе по работе с гендерной дисфорией предлагал пациентам психотерапевтические услуги и ничего больше, они знали, что им не нужно ни в чем меня убеждать, ни выполнять какие-либо формальные требования, чтобы получить одобрение коррекции пола.

Недостаток заключается в том, что между службами, согласно психологической терминологии, существует «расщепление». Каждая из служб тянет одеяло на себя, иногда в бредовой и враждебной манере, как правило, из-за отсутствия адекватного взаимодействия. Это создает риск того, что у одной службы или у пациентов сложится неверное представление о другой. Врачи обеих служб работают для достижения одной и той же цели, которая заключается в том, чтобы наилучшим образом удовлетворить потребности попавших к ним пациентов с гендерной дисфорией таким образом, чтобы результаты имели длительный положительный эффект. Адекватное взаимодействие между географически удаленными друг от друга и функционально разными службами, как правило, позволяет устранить все расхождения, которые время от времени между ними возникают.

До того как была создана психотерапевтическая служба по работе с вопросами гендерной дисфории, было неясно, будут ли люди с такими проблемами интересоваться психотерапией, будут ли они продолжать ее и найдут ли ее полезной. Также было не вполне понятно, в какой степени нужно адаптировать обычные терапевтические техники и методы, чтобы они были эффективными для работы с этими пациентами. Коллеги предполагали, что пациенты с гендерной дисфорией не будут интересоваться психотерапией. Некоторые даже предлагали не оказывать психотерапевтические услуги людям с проблемами гендерной идентичности, а ограничиваться только физическими вмешательствами, направленными на изменение их тел. Мне показалось, что это дискриминирует людей с гендерной дисфорией. Они имеют право пользоваться

услугами психотерапии, которые оказывает специализированная служба (наподобие терапевтических служб для других групп, например для женщин, для людей с черным цветом кожи и представителей этнических меньшинств). Мы обнаружили, что люди с гендерной дисфорией, которым была предложена психотерапия, оставались в ней. Они сообщали, что это придало им чувство стабильности и повысило удовлетворенность гендерной идентичностью, будь то идентичность, соответствующая их биологическому полу, трансгендерная идентичность или небинарная гендерная идентичность (когда индивид решает не идентифицировать себя ни с мужчиной, ни с женщиной, ни с трансгендерным человеком).

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ

Цели терапии лежат в плоскости психологического состояния, а не физического. Терапия проводится независимо от того, проходил ли человек через какие-либо процедуры по переназначению гендера или только планирует их. У терапии есть две явные цели. Во-первых, попытаться понять, в какой степени человек может быть озабочен гендером как конструктом в своей повседневной жизни, и работать над тем, чтобы вопросы гендера и связанный с ним стресс меньше беспокоили, заботили и тревожили человека. В то же время мы будем работать над тем, чтобы помочь человеку лучше понять значение, которое он придает гендеру как конструкту в отношении себя и общества. Вторая цель состоит в том, чтобы помочь человеку достичь чувства стабильности, принятия и удовлетворения в отношении своей индивидуально выработанной гендерной роли, которая может соотноситься или не соотноситься с биологическим полом, а также может соответствовать или не соответствовать бинарным представлениям о гендере. Уменьшение уровня озабоченности гендерными вопросами и достижение чувства стабильности и безопасности в отношении собственного гендера (независимо от биологического пола) поможет вне зависимости от того, планирует ли человек хирургическую коррекцию пола или нет.

Цель терапии не в том, чтобы помочь людям совершить трансгендерный переход или отговорить их от коррекции пола. Ни одна из этих целей не подходит, поскольку они указывают на то, что терапевт явно или скрыто пытается навязать пациентам опре-

деленную картину мира и не в состоянии помочь им, поскольку не может занимать беспристрастную позицию вследствие своих политических, моральных или религиозных взглядов. Я бы даже сказал, что клиницист, имеющий веские политические, моральные или иные основания полагать, что всем людям с гендерной дисфорией следует или, наоборот, не следует пройти хирургическую коррекцию пола, должен отказаться от этой идеи, он не имеет права предлагать психотерапевтическую помощь этой группе пациентов.

Цели терапии для каждого отдельного человека должны быть индивидуальны и согласованы между пациентом и терапевтом во время проведения первоначальной оценки.

ОЦЕНКА

Я хотел, чтобы моя терапевтическая служба была доступна как можно большему числу людей или, по крайней мере, чтобы число отказов было минимальным. Я не принимал в группу людей с активной наркотической или алкогольной зависимостью и людей, находящихся в состоянии клинически очевидного психоза (то есть при наличии развернутого психоза), поскольку психотерапия в их случае не была бы эффективной. Этим людям я бы предложил ограниченное количество индивидуальных консультаций, а не групповую терапию.

Когда пациент приходит по направлению от своего лечащего врача, мы проводим клиническую оценку, которая может длиться один или два часа. Во время этой встречи мы собираем детальную информацию о том, для чего человек обращается за профессиональной помощью, подробно изучаем историю его жизни на момент обращения, уделяя внимание биологическому полу и развитию гендерной идентичности, а также сексуальным и другим близким отношениям. Это важно для того, чтобы определить, относится ли представленный симптом исключительно к области гендерной идентичности или же он главным образом связан с сексуальными интересами и чувствами, которые вызывают у пациента дискомфорт.

В таблице 4 представлены данные, собранные на материале первых 83 человек, прошедших клиническую оценку или лечение в службе.

Таблица 3**Состояния, связанные с сексуальным интересом, сопровождаемые явным выражением гендерной идентичности**

Трансвестизм: интерес к внешнему виду/одежде противоположного пола

Фетишистский трансвестизм: сексуальное возбуждение от переодевания в одежду противоположного пола

Аутогинефилия: сексуальная фантазия мужчины о том, чтобы иметь части женского тела

Гомосексуальность / лесбиянство: сложности в определении своей гендерной идентичности могут возникать вследствие влечения к представителям своего пола, что пациент считает недопустимым

Таблица 4**Типичные состояния пациентов, направленных в психотерапевтическую службу по работе с вопросами гендерной дисфории**

Дооперационный транссексуал – 61%

Послеоперационный транссексуал – 26%

Трансвестизм двойной роли – 13%

Фетишистский трансвестизм – 15%

Аутогинефилия – 5%

Транссексуальные мужчины (FTM) – 17%

(пациенты могли соответствовать более чем одному определению)

Данные в приведенной выше таблице указывают на то, что почти две трети обратившихся в службу считают себя транссексуалами в дооперационном периоде. Четверть пациентов относились к группе транссексуалов в постоперационном периоде. Однако у них сохранилось чувство неудовлетворенности своим гендером или гендерная дисфория, даже после физической коррекции пола. Чуть более четверти людей обратились с проблемами гендер-

ной идентичности, но после проведения оценки у них был выявлен трансвестизм, а не гендерная дисфория. Соотношение биологических мужчин и женщин, обратившихся в службу, составляло приблизительно шесть к одному. Важно помнить, что эти цифры отражают картину специализированной психотерапевтической службы по гендерной дисфории и не являются репрезентативными для всего населения, а также для тех, кто обращается в другие службы или клиники, занимающиеся гендерными вопросами.

При изучении истории болезни необходимо уделять пристальное внимание тому, как развивалось у человека чувство гендерной идентичности, начиная с раннего детства и до настоящего времени, включая те периоды, когда гендерная идентичность соответствовала биологическому полу. Люди с гендерной дисфорией нередко сначала пытаются представить то, что я ранее называл «официальной версией» своей жизненной истории, и вставляют в свой рассказ ровно те детали, которые, как им кажется, могут убедить специалистов в гендерных клиниках назначить им соответствующее лечение. Если специалист, проводящий оценку, заверит пациента в отсутствии каких-либо ожиданий, то это поможет переключиться от шаблонного повествования к более личной истории.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ

После проведения клинической оценки человеку предлагается несколько индивидуальных консультаций. Количество этих консультаций зависит от конкретных потребностей. Основная цель этих встреч – построение терапевтических отношений, прежде чем человек присоединится к еженедельной психотерапевтической группе, посещающей 75-минутные сеансы. Группа является открытой с постоянным количеством участников (до восьми человек), новые участники присоединяются по мере того, как кто-то покидает группу. Пациент сам определяет продолжительность участия в группе, исходя из своих ощущений и пользы терапии. Большинство пациентов в службе считают, что трудности, с которыми они сталкиваются в связи с чувством гендерной идентичности, успешно преодолеваются в течение двух лет еженедельного посещения групповых встреч.

Групповые занятия построены на принципах модифицированной групп-аналитической психотерапии. Групп-аналитическая терапия была разработана психиатром С. Х. Фоулксом в начале 1970-х годов и основывается на идеях психоанализа, социальной теории и теории систем. Терапия предоставляется всем членам группы всеми членами группы, а не только одним терапевтом. Участники группы не ждут, когда терапевт обратится к каждому из них для решения проблемы, а, напротив, активно сотрудничают и работают вместе, чтобы помочь друг другу. В варианте, адаптированном для работы с гендерной дисфорией, методы групповой аналитической психотерапии применяются вместе с методами терапии, основанной на ментализации (Mentalization based treatment, MBT).

Профессора Бейтман и Фонаги разработали MBT для работы с пациентами с эмоционально неустойчивым расстройством личности, а не с гендерной дисфорией (см. таблицу 4). Применяя этот вид терапии с пациентами с расстройством личности в течение многих лет в другой службе, которой я руководил параллельно со своей работой в Национальной службе здравоохранения (NHS), я понял, что адаптированный вариант MBT может быть эффективным для работы с пациентами с гендерной дисфорией даже при отсутствии любого сопутствующего расстройства личности.

АДАПТАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПОД СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

В психотерапии гендерной дисфории ментализация направлена на формирование более глубокого понимания чувств или убеждений, возникающих в связи с переживанием собственного гендера.

Ментализация – это способность распознавать и понимать свои и чужие чувства, мысли и психические состояния.

Большинство пациентов вначале с трудом могут осознать и сформулировать смыслы и характеристики, которые они или другие люди связывают с гендером. Они были склонны к тому, чтобы не подвергать критическому анализу свои предположения в отношении гендера. Такое отсутствие вопросов и критического осмысления означало бы в терминах MBT то, что эти пациенты «не ментали-

зируют». Ментализирующая позиция предполагает осмысление того, как другие могут воспринимать и характеризовать гендер пациента, исходя из внешнего вида, одежды, поведения, хобби и других аспектов повседневной жизни. Бинарный характер гендерного конфликта наряду с социальной природой гендера способствуют эффективности применения групповой терапии. В индивидуальной терапии терапевт может оказаться вовлеченным в противостояние с пациентом, напоминающее конфликт между мужским и женским, который находится в основе внутренних противоречий пациента.

Группы могут быть гомогенными или гетерогенными в зависимости от однородности или неоднородности состава участников. Поскольку всех пациентов в группах гендерной дисфории в той или иной степени объединяет общая проблема, связанная с ощущением гендерной идентичности, такие группы будут считаться гомогенными. Выбор в пользу такого формата был продиктован стремлением создать для пациентов с гендерной дисфорией наиболее комфортные условия, что может быть сложно в смешанной (гетерогенной) группе. В гомогенной группе, где все участники в разной степени столкнулись с одной и той же проблемой, тема гендерной дисфории постоянно негласно присутствует, на ней не приходится заострять внимание специально, так как она очевидна для всех.

Как уже говорилось, участниками терапевтической группы могут стать те, кто только планирует переназначение гендера, те, кто уже сделали хирургическую коррекцию, а также те, кто ощущают себя трансгендером, но не хотят делать операцию. Психотерапевтические услуги предоставляются и тем, кого нельзя отнести ни к тем, кто находится в дооперационном периоде, ни к тем, кто находится в послеоперационном периоде. В отношении некоторых людей сложно бывает поставить однозначный диагноз, так как они могут демонстрировать как признаки трансгендерности, так и транссвестизма. Встречаются также и редкие случаи аутогинефилии, когда человек хочет сохранить мужскую гендерную идентичность, но обладать при этом женскими гениталиями или другими женскими частями тела. Таким образом, хотя на первый взгляд группа может показаться гомогенной, но при детальном рассмотрении ее все же можно считать гетерогенной.

Ранее в этой книге я уже писал о том, как часто пациенты и профессионалы путают понятия «пол» и «гендер». Разницу между этими понятиями проще всего объяснить таким образом: биологические, фенотипические и хромосомные половые различия мужчин и женщин имеют биологическую (органическую) природу, тогда как соответствующие им маскулинные и фемининные роли, формирующие основу гендера, являются социальными конструктами. Гендер – это психосоциальный виртуальный конструкт, не связанный с биологическими характеристиками человека. Гендер существует в обществе, в котором живет человек, и обусловлен им.

Для людей с гендерной дисфорией часто характерно жесткое, бинарное восприятие гендера. Они могут чувствовать, что не вписываются в эти рамки, и поэтому чувствуют себя притесненными. Это несоответствие обычно заставляет их сомневаться в обоснованности своего собственного гендера, а не ставить под сомнение правомерность существующей гендерной системы. Напротив, уверенность в собственном гендере позволяет людям свободно и комфортно выходить за пределы социальных гендерных рамок, не ощущая никакой угрозы для собственного чувства гендерной идентичности. Смешение элементов, принадлежащих разным гендерам, в попытке преодолеть гендерный разрыв наблюдается среди метросексуальных мужчин и женщин-пацанок.

Задача терапевта при работе с гендерной дисфорией состоит в том, чтобы деконструировать жесткие гендерные рамки, в которых живет пациент, и показать широкий диапазон возможностей, доступных человеку вне зависимости от конкретной гендерной роли. Если пациент использует термины «мужской» или «женский» во время терапевтической сессии, стоит прояснить понимание этих терминов. Запрос на прояснение, скорее всего, поступит от одного из участников группы или его может сформулировать терапевт как приглашение к совместному исследованию с фокусом на ментализации. Цель состоит не в том, чтобы препятствовать употреблению гендерных терминов, а в том, чтобы стимулировать критическое мышление и понимание смысла этих терминов у тех, кто их использует (ментализация) и избежать ситуации, когда они применяются в общепринятом значении (нементализация).

Хотя люди могут говорить об одежде, отношениях, манерах, стилях мышления и интересах в контексте гендера, задача терапевтической группы (пациентов и терапевта) заключается в том,

чтобы «дегендеризировать» те понятия, которые получили гендерную окраску. Гендерные стереотипы задают определенные рамки. Когда человек понимает, что не вписывается в эти рамки, он ощущает спутанность идентичности. Когда личностные качества воспринимаются через гендерную призму, то есть как присущие мужскому или женскому полу, при несоответствии гендера биологическому полу внутренний конфликт будет усиливаться.

Что касается, в частности, одежды, терапевт должен придерживаться того мнения, что, хотя люди и общество, в котором они живут, склонны приписывать определенные предметы одежды конкретному гендеру, это всего лишь социальные конструкции, поэтому интерес к какой-либо одежде не может указывать на конкретную гендерную идентичность. Пациентам следует рекомендовать надевать на сессии все, что они обычно носят, а любые гендерные ассоциации, которые могли появиться у них в связи со своей одеждой, можно обсудить и исследовать в рамках терапевтической группы.

Терапевтическая цель состоит в том, чтобы постепенно деконструировать стереотипные гендерные представления и уменьшить значение, которое придается гендеру, сделав возможным более легкое отношение к нему как к одному и аспектов личности, существующему наравне с ростом, возрастом, социальным классом, расой или этнической принадлежностью. Если вопрос гендера перестанет занимать центральное место, то логичным образом сократиться также и степень неудовлетворенности собственным гендером, а также сопутствующее ему чувство дискомфорта и дисфория. Иными словами, гендерные вопросы в значительно меньшей степени преследуют и беспокоят человека в повседневной жизни.

Помимо уменьшения беспокойства по поводу гендера, функция терапии заключается в том, чтобы дать возможность человеку выработать индивидуальное понимание своей гендерной идентичности. В распоряжении человека может находиться лишь ограниченный набор гендерных вариаций, часто включающий только стереотипные «мужские» и «женские» роли и качества. Проведя некоторое время в группе, где гендерные стереотипы исследуются и подвергаются критике, человек сможет расширить свой гендерный репертуар и прийти к более индивидуальному пониманию себя вместо того, чтобы пытаться зафиксировать себя в предустанов-

ленные гендерные рамки, которые могут быть совсем неподходящими. В пространстве исследовательской группы рассматриваются многочисленные гендерные конструкции, включая различные толкования того, что значит быть мужчиной или женщиной, в дополнение к небинарным гендерным идентичностям, таким как гендерно-нейтральные и гендер-квир, и транслюди.

Покидая группу, люди надеются достичь гармонии со своей индивидуально подобранной гендерной идентичностью, которая имеет для них смысл, которая может соответствовать или не соответствовать бинарной гендерной системе и их биологическому полу. Поскольку гендерная идентичность была индивидуально подобрана для удовлетворения личностных потребностей, есть основания надеяться, что со временем она станет стабильной и не нужно будет переходить от одной идентичности к другой. Дополнительная цель состоит в том, чтобы в целом придавать гендеру меньшее значение в повседневной жизни. Иными словами, мы должны прийти к тому, чтобы люди были счастливее и менее обеспокоены вопросами гендера, обрели свою собственную, подходящую им гендерную идентичность, которая останется стабильной в течение долгого времени.

ГЛАВА 9

ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ: НАБЛЮДЕНИЯ, СДЕЛАННЫЕ В ХОДЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИЕЙ

Благодаря психологической работе с людьми с гендерной дисфорией был выявлен ряд актуальных тем, характерных для людей с гендерной дисфорией, которые также проявляются в ходе терапевтических сессий и в поведении профессионалов и соответствующих организаций. Эти наблюдаемые особенности перечислены в таблице 5, и мы обсудим их.

Таблица 5

Характерные темы, возникающие в психологической работе с трансгендерными людьми

Смятение

Приверженность бинарностям

Центральное значение гениталий

Сомнения в аутентичности

ТЕМА 1: СМЯТЕНИЕ

Участники терапевтической группы идут на занятие из зала ожидания. Вместе со знакомыми людьми входит незнакомый здоровяк в бейсболке с мрачным выражением лица. Хотя я терапевт, я понятия не имею, кто этот человек. Моя первая реакция – недоумение, хотя я вижу, что никто из других членов группы не обеспокоен внезапным появлением незнакомца. Я продолжаю наблюдать, и после 10 секунд, которые тянутся очень долго, я понимаю, что неизвестный мужчина – это Роуз. На протяжении последних недель она говорила о чувстве

неудовлетворенности своим переходом из мужчины в женщину, как если бы это был обман, и вот теперь пришла на группу как мужчина. Члены группы поняли это, находясь в зале ожидания, поэтому и не показывали признаков беспокойства.

На момент обращения в службу для многих людей характерны ригидные убеждения в отношении гендера, но с течением времени эти установки ослабевают и вместе с ними приходит некоторая путаница в понимании своего и чужого гендеров. Такая запутанность свойственная не только членам группы, но может быть присуща терапевту, что иллюстрирует приведенная выше виньетка. Терапевты должны быть готовы к пациентам, которые выступают в разных гендерных ролях, иногда внезапно переключаясь с одной роли на другую от сессии к сессии. Непросто увидеть знакомого пациента в незнакомой роли.

Смятение может охватывать и другие отделы в учреждении: административному и приемному персоналу приходится привыкать к изменению рода личных местоимений, руководство не всегда знает, какими туалетами могут пользоваться пациенты. Несколько лет назад меня попросили провести клиническую оценку трансгендерного человека, который отбывал тюремное заключение. Этот человек был биологическим мужчиной, который принимал женские гормоны, в результате чего у него увеличилась грудь. Все заключенные должны были проходить через процедуру досмотра после возвращения с тренировки, но этот конкретный заключенный отказывался от того, чтобы к нему прикасались сотрудники мужского пола в связи с растущей «женской» грудью. Это вызвало некоторое замешательство и трудности в тюрьме; они хотели уважать желания и достоинство пациента, не ставя под угрозу общую безопасность. В тюрьме было принято решение о том, что досмотр верхней части тела данного заключенного должна проводить офицер женского пола, а сотрудники тюрьмы мужского пола будут проводить досмотр нижней части тела.

ТЕМА 2: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БИНАРНОСТЯМ

Еще раз вернемся к предыдущей виньетке, где Роуз приходит на сеанс групповой терапии как мужчина. На сессии Роуз рассказала о том, что решение о переназначении гендера было

изначально продиктовано желанием избавиться от чувства собственной «неполноценности и неправильности» как мужчины. Но после совершения перехода она не стала чувствовать себя комфортно в роли женщины, поэтому начала задаваться вопросом о возвращении к тому, чтобы снова стать «мужчиной». Участники группы предложили ей на время отложить принятие решение о выборе гендера и вместо этого подумать о том, что это за чувство и почему она привязывает его к гендерной идентичности. Участники группы предположили, что такое исследование может быть более продуктивным для Роуз, чем попытки соотнести себя с одним из двух гендеров в рамках бинарной системы.

Жесткая привязка к бинарной системе гендерных стандартов является основополагающей для гендерной дисфории. Люди часто рассказывают, что на ранних этапах развития процесса гендерной дисфории они чувствуют, что «с ними что-то не то». Несоответствие между их интересами, качествами и тем, что, по их мнению, общество диктует как «соответствующее» их биологическому полу, служит подтверждением их гендерной дисфории. О схожем чувстве «со мной что-то не то» иногда говорят люди, направленные на терапию, после того как они поняли, что хирургическая коррекция пола не решила их психологическую проблему и что они снова оказались в теле, которое, по их мнению, им не подходит. Мы вернемся к этому позже.

Как показано выше, во время терапии для людей бывает характерно резкое изменение гендерного выражения от сессии к сессии. Трансгендерным людям в послеоперационном периоде также бывает свойственно возвращаться к гендерному выражению, которое соответствует изначальному биологическому полу, или колебаться между двумя гендерами в рамках бинарной системы. Такое резкое переключение чаще наблюдается на ранних этапах терапии, возможно, когда пациент приспосабливается к процессу творческого исследования темы гендера. Прежде чем новые представления о гендере сформируются на психологическом уровне, пациенты проводят это исследование на уровне тела. Терапевт должен допускать свободное переключение между гендерами, а его вопросы о смыслах такого переключения должны быть частью совместного группового исследования.

Жесткая приверженность бинарной системе свойственна не только людям с гендерной дисфорией. В профессиональных кругах люди часто занимают (или производят впечатление, что занимают) бинарные позиции по ряду политически заряженных тем в отношении гендерной идентичности. Чаще всего профессионалы воспринимаются (справедливо или нет) как «сторонники» или как «противники» хирургической коррекции пола. Не только отдельные лица, но и целые институты воспринимаются – иногда совершенно несправедливо – как поддерживающие бинарную систему. В течение ряда лет многие считали, что в специализированной психотерапевтической службе по работе с гендерной дисфорией царят «трансфобные» настроения, поскольку там пациентам предлагали психотерапевтические услуги, а не физическое (гормональное/хирургическое) лечение. Это противоречит опыту пациентов службы, многие из которых получали психотерапевтическое и физическое лечение одновременно в соответствующих клиниках, пользуясь преимуществами обоих. Я бы посоветовал клиницистам, работающим в этой области, с осторожностью относиться к таким бинарным позициям в отношении трансгендерной политики и стараться избегать их. Я твердо убежден в том, что непредвзятость и нейтралитет в сочетании с научным любопытством и изучением возникающих трудностей является обязанностью клинициста по отношению к пациентам с гендерной дисфорией.

ТЕМА 3: ОСОБАЯ ВАЖНОСТЬ ГЕНИТАЛИЙ

Селия – биологический мужчина, давно убежденный в том, что его жизнь сложилась бы счастливее, если бы у него было неовлагалище, созданное хирургическим путем с помощью вагинопластики.

Для многих людей с гендерной дисфорией, нуждающихся в профессиональной помощи, проблема заключается в ощущении «неправильности их гениталий», а не в чувстве неудовлетворенности, растерянности или особом эмоциональном отношении к своим гениталиям. Многие люди с гендерной дисфорией, обращающиеся в службу, ясно представляют себе, что их основная проблема связана с полом и соответствующими телесными

признаками и что психологические проблемы, о которых они сообщают, вторичны.

Тем не менее такая сосредоточенность на гениталиях свойственна не только людям с гендерной дисфорией, но может встречаться и у специалистов, занимающихся их лечением.

Система классификации пациентов в клинике на основании того, перенесли ли они операцию по коррекции пола или нет, отражает сосредоточенность на гениталиях, наблюдаемую у некоторых пациентов.

Психотерапевты часто спрашивают, стоит ли предлагать психотерапию людям с гендерной дисфорией, которые сосредоточены на гормональном или хирургическом лечении. Многие коллеги даже выразили предположение о том, что вряд ли можно как-то помочь транссексуальному человеку в послеоперационный период, если после операции на половых органах чувство неудовлетворенности сохранилось.

Конечно, нет никаких доказательств в поддержку того, что сохранение половых органов повышает эффективность психотерапевтических вмешательств. Похоже, что эти необоснованные опасения возникают как следствие того, что некоторые люди с гендерной дисфорией придают половым органам столь большое значение.

ТЕМА 4: СОМНЕНИЯ В АУТЕНТИЧНОСТИ

Очень часто возникает беспокойство подлинностью своей гендерной роли. Люди, испытывающие чувство замешательства или неудовлетворения (дисфория) в связи со своим биологическим полом, часто говорят, что «не соответствуют» тем ожиданиям, которые, по их мнению, существуют у других в отношении их гендерной роли. Первые сомнения в аутентичности их гендерной роли могли исходить от других людей, но потом они и сами стали сомневаться. Неудивительно, что жесткая приверженность существующим бинарным гендерным ролям, в которые человек не вписывается, часто предшествует этим сомнениям. Их мучает вопрос, могут ли они считаться «настоящими» представителями того пола, который соответствует их гендерной роли, или им

следует изменить свою гендерную роль, чтобы обрести «более законный» статус.

Коррекция пола обеспечивает долговременное решение проблемы несоответствия биологического пола гендерной идентичности для многих трансгендерных людей. Тем не менее это, безусловно, не универсальное решение для всех, кто сталкивается с гендерной дисфорией. Именно поэтому возникает необходимость в тщательной клинической оценке, которую проводят клиники, занимающиеся вопросами гендерной идентичности. Как уже упоминалось, около четверти пациентов с гендерной дисфорией, с которыми я работал в психотерапевтической службе в течение первых 10 лет ее существования, перенесли хирургическую коррекцию пола до обращения в службу, но не смогли таким образом решить свою проблему, как они того ожидали. Многие говорили том, что не чувствуют себя аутентично в своей послеоперационной гендерной идентичности. В новом теле они все равно испытывали ощущение, что с ними «что-то не так» (можно считать это трансгендерной дисфорией).

Некоторые рассказывают о том, что мечтали стать представителями противоположного пола, но этим мечтам не суждено было реализоваться, так как другие после операции не воспринимают их как «настоящих» женщин или мужчин. Но речь идет не только об отсутствии признания вовне. У многих пасс проходит весьма успешно: они выглядят и ведут себя как мужчины или как женщины. Тем не менее внутри они могут считать, что принадлежат к выбранному ими гендеру незаконно. В таких случаях они говорят, что их подлинность подвергается сомнению изнутри, так как они как будто бы теряют уверенность в отношении своей трансгендерной идентичности, которая у них когда-то была.

ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ

«Смятение», «жесткая приверженность бинарности», «сосредоточенность на гениталиях» и «сомнения в подлинности» являются, как сказано выше, основными темами в психологической работе с гендерной дисфорией. Приведенные выше примеры, как мы надеемся, подтверждают тот факт, что эти темы не только оказываются актуальны для самого человека с гендерной дисфорией, но и параллельно возникают среди специалистов и учреждений,

профессионально занимающихся оказанием клинической помощи. Именно с учетом «параллельного» характера этих процессов я ввожу для описания данного психологического феномена термин «параллельный процесс».

СОН ПАЦИЕНТА

Участникам терапевтических групп рекомендуется приносить на обсуждение события повседневной жизни, а также вопросы, возникающие в результате межличностных взаимодействий, которые происходят в процессе групповых занятий. Хотя основное внимание уделяется вопросам «здесь и сейчас», иногда один из участников группы может рассказать приснившийся накануне сон и попросить других участников и терапевта поделиться своими мыслями относительно этого сна. В ходе данного специализированного терапевтического процесса у нас не стоит задача работать с «бессознательным», мы обычно не интерпретируем сны, как это принято в аналитической психотерапии. Тем не менее обсуждение содержания сновидения участниками группы может дать почву для размышлений и быть полезным дополнением к совместному групповому исследованию.

В следующей виньетке мы снова вернемся к Роуз, которая первоначально была направлена на терапию из-за сожалений в связи с перенесенной хирургической коррекцией пола и сопутствующим подавленным психологическим состоянием. Роуз пришла на терапевтическую сессию, чтобы поговорить о сне, который приснился ей накануне ночью.

Во сне был фермер, его 11-летний сын и овца с деревянными ногами и какими-то устройствами, похожими на штангенциркуль, которые поддерживали их. Фермер разложил сено для овцы, чтобы та могла поесть. (Овцы не едят сено, но это сон и поэтому привычные правила там не работают.) Фермер положил сено на вершине высокого дымохода. Овца с трудом взбиралась на дымоход. Во сне Роуз говорит фермеру, что он должен убить овцу, что фермер и делает при помощи деревянной колотушки.

Участники группы поделились своими мыслями о сне Роуз. Сама Роуз сказала, что она идентифицировала себя с овцой, поскольку

ку она тоже была в некотором роде «модифицирована». Другой участник предположил, что Роуз, как и фермер, ранее «пыталась убить» один из аспектов своей идентичности и сейчас снова пыталась «избавиться то той себя, которую создала», о чем свидетельствуют ее мысли о возвращении к своей мужской гендерной роли. Тот же участник также предположил, что можно идентифицировать себя с желанием «убить» свою идентичность или «избавиться» от нее. Во сне сыну фермера было 11 лет. Столько же лет назад Роуз сделала хирургическую коррекцию пола. Во сне звучала общая для многих тема, связанная с желанием избавиться от нежелательных аспектов себя, которые могут быть спроецированы на части тела, которые воспринимаются как требующие изменения. В этом случае ни одна из предложенных идей не была высказана терапевтом. Все вышеупомянутые идеи (терапевтические интерпретации) исходили от самих членов группы.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ. РЕЗЮМЕ

Для каких пациентов групповая психотерапия может быть полезной? В группу таких пациентов входят люди с неустойчивой гендерной идентичностью, с идентичностью, не вписывающейся в бинарные гендерные рамки, те, кто не хочет проходить физическое лечение, и те, кому хирургическая коррекция пола не помогла в решении проблем с гендерной идентичностью. Основные идеи, изложенные в этом разделе, суммированы в таблице 6.

Психотерапия и физическое лечение не исключают друг друга, и многие люди с гендерной дисфорией нуждаются и в том, и в другом. Психотерапия, описанная в этом разделе, имеет четко определенные, ясные цели, которые обсуждаются и согласовываются с человеком с самого начала и сохраняются в центре внимания на протяжении всего лечения. Хотя многие полагают, что психотерапия является важным компонентом лечения людей, обратившихся за коррекцией пола, к сожалению, это не так. Психотерапия обычно им не предлагается, и там, где доступны услуги консультирования, она обычно носит поддерживающий характер, помогая людям приспособиться к новой гендерной роли, вместо того, чтобы помочь им обрести большее удовлетворение и стабильность в отношении выбранного ими гендера, незави-

Таблица 6**Резюме**

Не у всех людей с гендерной дисфорией гендерная идентичность соответствует полу, противоположному их биологическому полу. Такое соответствие типично для трансгендерной идентичности, но необязательно

Гормональная терапия и хирургическая коррекция могут решить ряд проблем, связанных с гендерной идентичностью, но далеко не все

Людам с атипичными выражениями гендерной идентичности может быть полезна специально адаптированная групповая психотерапия, основной фокус которой сосредоточен на гендерной идентичности

Отличительной особенностью данного вида психотерапии является совместное и критическое аналитическое исследование существующих гендерных конструкций

Специфическими для этой работы темами будут жесткая приверженность к бинарной гендерной системе, запутанность, сосредоточенность на гениталиях и сомнения в подлинности гендерных ролей

Особенности этой работы включают темы бинарной жесткости, смятения, генитальной центральности и сомнений в подлинности гендерных ролей

Профессионалы должны воздерживаться от того, чтобы занимать какие-либо полярные позиции в отношении трансгендерной политики и сохранять терапевтическую нейтральность и непредвзятость

симо от того, соответствует ли он биологическому полу или нет. Групповая терапия предлагает пространство для тщательного исследования тех смыслов, которыми участники наделяют гендер в отношении себя и других людей. У них появляется возможность развить индивидуально подобранную гендерную идентичность, которая была бы подлинной для них самих. Пациенты удержива-

ются от попыток вписаться в стандартные гендерные рамки, заданные бинарной системой, и работают над тем, чтобы прийти к пониманию своей собственной гендерной идентичности, которая может не соответствовать конвенциональным гендерным представлениям.

Психотерапевты, работающие с гендерной дисфорией, должны придерживаться открытой и принимающей позиции, поскольку формальный подход может помешать им понять трудности, с которыми сталкиваются их пациенты. И терапевт, и пациент должны различать понятия пола и гендера. Следует помнить, что пол имеет органическую основу, тогда как гендер является психосоциальным конструктом. Терапевты должны быть непредвзятыми и принимать трансгендерных людей, которые могут не соответствовать бинарной гетеросексуальной структуре гендерной идентичности и идентичность которых может быть более изменчивой и неопределенной.

Клиницисты, работающие с гендерной дисфорией, должны быть готовы к возникновению определенных тем. Они могут столкнуться с жесткой приверженностью бинарным стандартам, которая проявляется не только в том, как человек относится к гендеру, но также и в том, что специалисты могут занимать полярные позиции в отношении операций по переназначению пола или трансгендерной политики (или восприниматься таковыми). Сосредоточенность на гениталиях может проявляться как в отношениях человека с его телом, так и в том, как специалисты принимают решение относительно того, является ли пациент пригодным для терапии. Люди с гендерной дисфорией, обратившиеся за психотерапией, часто сомневаются в подлинности своей гендерной роли. Иногда эти опасения сохраняются после хирургической коррекции. К сожалению, службы часто отказывают трансгендерным людям в психотерапии, что может воспроизводить те ситуации, с которым они уже сталкивались в прошлом, когда окружающие не принимали их, их тела и их гендер.

ГЛАВА 10

ДЕТИ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИЕЙ

Обозначение каких-либо качеств как типично мужских или типично женских не означает, что представители соответствующего пола обладают исключительными правами на эти качества, и не оправдывает разделение этих качеств между полами как двумя разными группами.

Амрам Шейнфельд, 1944

Было бы преуменьшением сказать, что родительство представляет собой сложный период, сопровождающийся глубинными изменениями в жизни человека. С еще более непростым опытом сталкиваются родители детей, которые ведут себя не только совершенно неожиданным образом, но и труднодоступным для понимания большинства людей. Это относится к родителям, чьи дети демонстрируют гендерное несоответствие, варьирующееся от внешних ролевых проявлений до несоответствия гендерной идентичности биологическому полу. Расхождения на уровне поведения бросают вызов стереотипным представлениям о том, что гендерное выражение, поведение и предпочтения человека в отношении определенных видов деятельности зависят от его физического пола. Несоответствие идентичности указывает на то, что внутреннее ощущение пола не совпадает с его физическими характеристиками. Гендерная дисфория диагностируется в тех случаях, когда это несоответствие между телом и истинной гендерной и половой идентичностью является причиной сильного беспокойства и неудовлетворенности.

Общество живет по законам гендерной дихотомии женского/феминного и мужского/маскулинного, которые регулируют идентичность и поведение. Такое четкое разграничение отличительных черт и ожиданий в отношении внешнего вида и предпочтений ока-

зывает большое давление на детей, чья гендерная идентичность выходит за рамки бинарной системы. Последствия этого ощущаемого давления не только негативно влияют на чувство собственного достоинства, они также вызывают значительные страдания во взрослой жизни. Кроме того, дети, чья гендерная идентичность или гендерное выражение идут вразрез с общественными представлениями, могут чувствовать себя отвергаемыми, они могут сталкиваться с жестоким обращением со стороны семьи и сверстников и могут быть более склонны к депрессии, тревоге и самоубийству. Тем не менее вариации гендерной идентичности существовали во всем мире на протяжении всей истории, что тем самым подтверждает естественность гендерного разнообразия.

Помимо прочих трудностей, с которым сталкиваются родители вообще, родители гендерно-вариативных детей испытывают дополнительные сложности с воспитанием своего ребенка в связи с отсутствием какой-либо социальной поддержки. Хотя многие родители, воспитывающие гендерно-вариативных детей, способны дать им безоговорочное принятие, любовь и поддержку, они также могут быть расстроены, сбиты с толку и ошеломлены из-за того, что их ребенок является гендерно-неконформным. Они могут испытывать чувство вины и ощущать себя изолированными из-за социальной стигматизации и «засекреченности» этой темы. Неодобрение семьи или других людей может заставить сомневаться в своих родительских навыках и спровоцировать чувство стыда, особенно если родители ощущают неловкость в связи с гендерным выражением своего ребенка. Ситуация может усугубляться тем, что родители могут испытывать давление в связи с необходимостью принять конкретное решение в интересах ребенка, не уделив должного времени изучению и исследованию этого вопроса, особенно когда ребенок считает, что тело должно соответствовать гендерной и половой идентичности. Эта глава посвящена рассмотрению тех вопросов, которые часто возникают при консультировании родителей, воспитывающих гендерно-вариативных детей.

НАЧАЛО

Реакция родителей на несоответствующее гендерное поведение или выражение их ребенка может быть абсолютной разной –

от безусловной поддержки до отрицания, родители могут проявлять неверие, быть шокированы или применить наказание. Многие из них преодолевают огромный путь и испытывают разнообразные эмоции, прежде чем принять своего ребенка. Этот путь будет разным для каждой семьи, но в любом случае он предполагает развитие.

Потребности и специфика процесса каждой семьи будут зависеть от их культуры, ожиданий, ценностей и убеждений, а также от того, приходилось ли им ранее сталкиваться с гендерной вариативностью и связанными с ней понятиями. В представленной ниже виньетке приводится случай семьи, обратившейся за консультацией в стремлении найти средства поддержать своего ребенка-подростка, который недавно осознал свою небинарную гендерную идентичность.

Пармен и Леона обратились за консультацией по поводу своей дочери-подростка Мартины, 15 лет.

ЧАСТЬ 1: ИСТОРИЯ

У Мартины (младший ребенок, помимо нее, в семье два старших сына) были проблемы с концентрацией внимания в школе и с выполнением заданий. После сессии со школьным консультантом, во время которой Марина говорила о нанесении себе телесных повреждений, ее родители были поставлены в известность. Леона и Пармен были опечалены, узнав о страданиях Мартины, и спросили ее, что случилось. В конце концов она ответила, что, по ее мнению, они не поймут, если ее гендерная идентичность не будет соответствовать их ожиданиям от нее как от «девочки» и как от «дочери». Марина рассказала о желании изменить свое имя на более нейтральное и о том, чтобы к ней обращались, используя местоимения третьего лица «они» и «их». Леона и Пармен изначально поддержали своего ребенка в надежде, что Марина перестанет резать себя и что ей станет легче.

Мартина продолжала работу с консультантом, но через несколько месяцев ее родители вернулись к использованию местоимения «она». У Мартины начались приступы тревоги. После того как родители отказались купить нейтральную «спортивную формы» вместо типичной женской, Марина замкнулась в себе. Консультант рекомендовал Леоне и Пармену отвезти Мартину

к специалисту по гендерным вопросам для проведения оценки гендерной идентичности.

Специалист по гендерным вопросам спросила Леону, Пармена и Мартину, что бы они хотели получить по итогам двухчасовой сессии. Леона ответила, что не может понять просьбу Мартины о том, чтобы при общении с ней использовать гендерно-нейтральные местоимения, так как в этом не было «никакого смысла», и что она хотела вернуть свою дочь. Пармен сказал, что он хотел сделать так, как будет лучше для Мартины, что он был очень обеспокоен ее отстраненностью и что ему нужна информация, чтобы помочь понять «другую» гендерную идентичность. Мартина сказала, что запуталась и нуждается в дополнительной информации.

Сначала терапевт поговорила с Леоной и Парменом, чтобы понять причины их беспокойства и узнать их взгляд на историю Мартины. Затем она поговорила с Мартиной, чтобы провести оценку гендерной идентичности, после чего в течение последних 15 минут они вместе с Леной, Парменом и Мартиной обсудили насущные потребности Мартины и дальнейшие шаги.

Когда родители обращаются за профессиональной помощью, им может потребоваться дополнительная информация, подтверждение, поддержка, медицинское вмешательство, контакт с другими родителями, рекомендации, руководство по воспитанию детей или какое-либо иное вмешательство, чтобы помочь своему ребенку справиться с социальным или медицинским переходом. Родители, которые считают поведение и идентичность своего ребенка пугающими или неприемлемыми, могут обращаться за помощью, чтобы опровергнуть гендерную вариативность их ребенка или наличие у него гендерной дисфории.

Социальный переход позволяет ребенку жить в соответствии с тем с гендером, с которым он себя идентифицирует, осознавая при этом, что не все люди будут одинаково принимать его выбор. Консультирование помогает родителям и ребенку понять, с какими проблемами им придется столкнуться и подготовиться к ним. Медицинский переход показан тем детям, которые четко идентифицируют себя с гендером, отличным от полученного при рождении пола, которые совершили социальный переход (или собираются его совершить) и испытывают стресс в связи с грядущими или реальными изменениями, сопровождающими период полового созревания. Медицинский переход требует участия специа-

листов, имеющих опыт оценки гендерной дисфории и введения блокаторов полового созревания и гормонов. Круг таких специалистов может включать врача общей практики, консультанта/психолога, детского психиатра и детского эндокринолога.

В процессе принятия того факта, что их ребенок отличается от социально сконструированных гендерных норм, родители могут переживать горестные чувства. Они также могут сталкиваться с непростыми эмоциями на этапах каминг-аута и интеграции. Сначала родители могут думать, что убеждения или чувства их ребенка относительно своей идентичности или потребности в самовыражении являются чем-то временным. В другом случае они могут быть шокированы и выражать недоверие, особенно когда они пытаются согласовать свои «знания» о своем ребенке с тем, что им говорят. Из ответов родителей часто можно понять, насколько прочно в их представлении связаны назначенный при рождении пол и гендер их ребенка. В частности, если родители не знают, что гендер индивидуален и субъективен, им бывает сложно отказаться от своих ожиданий, которые они возлагали на своего ребенка. Часто они справляются со своими переживаниями, просто игнорируя этот факт. В прошлом они, возможно, пытались склонить своего ребенка к гендерно-стереотипному поведению или обвиняли ребенка в желании привлечь внимание, в упрямстве или в том, что он стал причиной распада семьи.

ЧАСТЬ 2: ИНТЕРВЬЮ С РОДИТЕЛЯМИ

Леона и Пармен рассказали, что Мартина росла счастливым ребенком, который никогда не доставлял им никаких проблем. Они согласились, что, хотя она никогда не была «девчушкой», у нее были близкие подруги. Они вспомнили, что в детстве Мартине нравился костюм тигра, который она отказывалась снимать и даже ложилась в нем спать. Леона объяснила: «В начальной школе ей нравилось играть футбол, и мы думали, что она пацанка. Когда наступило половое созревание, она носила исключительно девичью одежду и перестала играть в футбол. Примерно через год она стала очень угрюмой и могла оставаться в своей комнате в течение нескольких дней, когда у нее были месячные. С тех пор она стала избирательной в еде и сильно похудела. Я также волнуюсь, что у нее развивается анорексия, теперь она носит

мешковатую одежду и сутулится, чтобы скрыть, насколько она тощая. Я думаю, что она просто не хочет взрослеть и подхватить это идею в Интернете».

Родителям бывает сложно признать, что их понимание гендера, основанное на бинарных представлениях, не соответствует реальной гендерной и/или половой идентичности их ребенка. Родители могут начать оплакивать свои ожидания, которые они возлагали на ребенка. Кроме того, они могут переживать это как личную «потерю» того ребенка, которого, как они думали, они знали. Испытывая сомнения в своих знаниях и убеждениях, родители могут столкнуться с ощущением «потери себя», потери уверенности в своих родительских навыках.

В связи с этими потерями родители могут также испытывать чувство дезориентации, нестабильности и неоднозначности в отношении того или иного аспекта самих себя и других, который они считали «неизменным». Родители могут чувствовать себя изолированными от своего обычного круга, особенно если среди их знакомых никто не сталкивался с подобным опытом. Возможность общаться с другими родителями может помочь справиться со стрессом и неопределенностью, а также расширить сеть социальной поддержки.

Некоторые родители выражают обеспокоенность тем, что методы их воспитания невольным образом могли привести к гендерной вариативности ребенка. Следовательно, они могут ожидать и бояться негативных реакций и отвержения со стороны семьи, друзей или местного сообщества. Поэтому важно, чтобы родители знали о естественном характере гендерных различий и были в курсе последних статистических данных о распространенности гендерной вариативности. Некоторые из их страхов могут быть вполне обоснованными. Современные исследования подтверждают наличие повышенного риска преследования, запугивания, нападения и дискриминации в отношении гендерно вариативных детей и молодых людей (Hyde et al., 2014; Smith, Payne, 2015). В одном из исследований приводится цитата обеспокоенного родителя: «Нам сказали, что его жизнь превратится в ад, да и наша тоже, если мы будем его поддерживать» (Riley et al., 2011).

И, наоборот, дети могут испытывать чувство стыда, если родители вынуждают их скрывать свою гендерную идентичность, руководствуясь стремлением защитить или контролировать сво-

его ребенка. Такая гиперопека, или сверхконтроль, делает детей маленькими и зависимыми, препятствует развитию у них психологической устойчивости.

ЧАСТЬ 3: ИНТЕРВЬЮ С МАТИНОЙ

Несмотря на издевательства со стороны некоторых девочек, с которым Матина сталкивалась в детстве из-за того, что ей не нравились те вещи, которые нравились им, в целом она чувствовала себя счастливым ребенком и могла делать все, что захочет, если носила длинные волосы и платья, чтобы порадовать своих родителей. Матина объяснила, что, хотя она и знала о половом созревании, она просто не ожидала, что это случится и с ней, и она «пришла в ужас», когда у нее начала расти грудь. Она описывала период полового созревания как «непроходящий кошмар», как «наказание», как то, от чего она «пыталась избавиться». Матина решила, что лучше ей «попытаться» стать девочкой, поскольку таким было ее тело, и она ничего не могла с этим поделать. Матина сказала: «Мне совсем не помогло делать вид, что я девочка, а наоборот, только заставило чувствовать себя хуже... Всякий раз в зеркале на меня смотрело неподконтрольное мне тело, и моя тревога возрастала». Матина говорила о том, как «отказывается от еды и питья в школе, чтобы не ходить в туалет. Я не хочу ходить в женский туалет, но если пойти в туалет к мальчикам, то меня там побьют... А еще не хочется, чтобы у меня росла грудь». Матина также рассказала, что «зависает» с друзьями вместо того, чтобы пойти на соревнования по плаванию», поскольку не может даже представить, что наденет женский купальник. Матина сказала, что ей нравится, когда друзья обращаются к ней в мужском роде, используя местоимение «он» и имя «Мартин». Она добавляет: «Я не думаю, что родители смогут воспринимать меня как парня, это сильно ранит их, и я уже чувствую свою вину перед ними». На вопрос о том, чего ей хочется, Матина ответила, что ей нужен «хороший бандаж, чтобы утягивать грудь вместо того, чтобы надевать три укороченных топа. Я хочу носить короткие волосы. Я хочу носить мальчишескую форму в школе. Это сделало бы мою жизнь намного проще, но я не думаю, что мои родители согласятся». Клиницист попросил у Матины разрешения поделиться с родителями своими

наблюдениями относительно проявлений гендерной дисфории у Мартины и обсудил, что из сказанного Мартина не была готова раскрыть.

РАБОТА С ПРИНЯТИЕМ

Когда родителям трудно достичь уважения и поддержки чувства собственного достоинства своего ребенка в отношении гендера и идентичности, консультирование создает пространство для честных и открытых разговоров, позволяя проявиться подлинной личности ребенка. Специалисты по консультированию, для которых самым важным является присоединение к опыту клиента (а не механистическое использование техник или жесткая привязка к определенному терапевтическому методу), выстраивают значимые связи со своими клиентами.

Такая совместная работа является поддерживающей для родителей и помогает им осознать их собственные проблемы, связанные с гендером, что идет на пользу их ребенку. Кроме того, когда родители чувствуют, что их проблемы услышаны, они готовы проявлять больше эмпатии по отношению к позиции своего ребенка.

Дополнительная информация, ресурсы и просвещение родителей по вопросам опыта и потребностей гендерно-вариативных детей также помогает им понять, что переживания и проявления их детей являются подлинными. Признание сходства между их ребенком и другими детьми может также помочь родителям принять своего ребенка. Кроме того, когда родители понимают и отражают чувства ребенка, это положительно сказывается на его глубинном ощущении себя, его психической стабильности и самооценке.

И, наоборот, если родители не могут отразить реальность своего ребенка, его вера в себя и уверенность в себе могут пострадать. Для гендерно-вариативных детей это особенно важно. Им не только приходится развивать уверенность в себе вопреки всем препятствиям, но и преодолевать общественное мнение, которое учит их не доверять своим чувствам относительно своего гендера.

Как только родители смогут понять, что убеждения их ребенка являются подлинными, им становится проще принять его гендерную идентичность и гендерное выражение. Изучение истории ребенка с акцентом на гендерных вопросах и любые связанные

с ним чувства, а также определение интенсивности испытываемого ребенком стресса представляется полезным при проведении оценки. Эти исследования предоставляют консультанту ключевую информацию, которую с разрешения ребенка можно передать родителям, чтобы помочь им понять потребности своего ребенка. Проявление уважения к убеждениям, ожиданиям и страхам родителей в то время, когда они пытаются понять чувства ребенка и быть более внимательными к ним, помогает создать более прочную основу для принятия ребенка.

ЧАСТЬ 4: ОБСУЖДЕНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ И МАРТИНОЙ

Клиницист объяснил Леоне и Пармену, что такое гендерная дисфория и какие аспекты истории Мартины указывают на наличие гендерной дисфории и обуславливают демонстрируемые потребности в гендерном выражении. Врач рассказал о потребностях Мартины: носить бандаж, стричься и носить мальчишескую школьную форму. Врач также показал Леоне и Пармену несколько полезных книг для родителей гендерно-вариативных подростков, рассказал об онлайн-ресурсах и сообществах поддержки родителей и предложил через несколько недель снова встретиться, чтобы провести консультацию с ними и Мартиной.

Семейные разногласия относительно гендера ребенка также могут создавать проблемы для родителей. Мало того, что родители не могут предотвратить враждебное отношение к своему ребенку со стороны более широкого сообщества, даже наилучший уход и поддержка с их стороны не могут гарантировать защиту их ребенка от негативных реакций других членов семьи. Конфликт может возникнуть там, где родители одновременно вынуждены успокаивать других членов семьи и соблюдать интересы своего ребенка. Эти конфликты могут в конечном итоге привести к отчуждению от некоторых членов семьи. Например, один из родителей сообщил: «Мы решили больше не проводить время с семьей, поскольку они считают, что нам и нашим детям можно говорить жестокие вещи» (Riley et al., 2011). Следовательно, у родителей может развиваться страх отвержения, из-за чего им приходится скрываться, что повторяет опыт их ребенка и сокращает возможность получения социальной поддержки в то время, когда это необходимо.

Консультирование также может помочь родителям восстановить законный родительский авторитет. Время от времени самочувствие родителей к гендерным проблемам их ребенка может привести к послаблению границ относительно времени сна, предпочтений в еде, использования компьютера или посещения школы или к созданию таких условий, в которых потребности ребенка окажутся в семье на первом месте (Pearlman, 2006). После того как родители признают гендерные потребности ребенка, консультирование может помочь в разработке стратегий для установления атмосферы взаимного уважения, позволяющего восстановить их родительские полномочия. Некоторые из этих стратегий могут включать изучение прошлых родительских практик или сравнение правил, установленных в отношении других братьев и сестер, а также поощрение дискуссий о том, как и почему они считают, что их родительские обязанности должны (или не должны) учитывать гендерные потребности ребенка. Эти вмешательства могут позволить родителям скорректировать текущие методы воспитания, чтобы они в большей степени соответствовали их родительским убеждениям и ценностям.

Некоторым родителям, особенно родителям детей старшего возраста, может понадобиться время, чтобы понять состояние своего ребенка и выявить причинно-следственную связи. Однако, наконец найдя решение своих гендерных проблем, молодежь может быть мотивирована на скорейшее изменение, не обращая внимания на потенциальные результаты. Родители, с другой стороны, могут разделять более осторожный подход и призывать своего ребенка тщательно обдумать свои действия. Они могут чувствовать, что удовлетворение потребностей их детей в отношении гендера заставляет их как родителей совершать определенные действия, прежде чем они будут готовы. Скорее, они предпочли бы, чтобы их ребенок исследовал другие пути, из опасения, что он совершит ошибку. Решение проблем родителей (как указано выше) при одновременном проведении оценки ребенка несколькими специалистами может помочь определить надлежащие способы удовлетворения насущных потребностей ребенка.

Родители могут также запросить поддержку для обеспечения социального перехода их ребенка в школе. Это может включать направление в службы, организующие обучение и предоставляю-

щие информацию для школьного персонала и родителей. Школа, обеспечивающая обучение таким образом, формирует позитивное отношение ребенка к школе, поддерживая его как в социальном, так и в академическом плане. Кроме того, в школах, в которых реализуются программы по борьбе с травлей и домогательствами, учащиеся с большей вероятностью испытывают чувство принадлежности. Комплексная учебная программа содействует социальному переходу ребенка в транспозитивной, гендерно-разнообразной и безопасной среде, обеспечивая при этом наилучшую защиту и поддержку как для ребенка, так и для его семьи.

ВЫВОДЫ: ДЕТИ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИЕЙ

Родители, воспитывающие детей с различиями в гендерной идентичности или гендерном выражении, чаще всего сталкиваются с ситуацией, которая находится не только за пределами их опыта, но и за пределами их воображения.

Специалисты по консультированию обязаны помочь родителям понять их собственные потребности и потребности их ребенка, а также помочь им справляться со своей родительской ролью. Благодаря возможности открыто выражать свои взгляды, страхи и опасения, создается атмосфера принятия и равноправия, что помогает родителям ставить реалистичные цели и защищать интересы своего ребенка. Проявление уважения к навыкам и сильным сторонам родителей вместо осуждения, которое они привыкли слышать от других, может способствовать повышению осведомленности родителей, лучшему пониманию и принятию самих себя. Почтительное отношение к переживаниям утраты и горя может также помочь родителям обрести уверенность, поддерживать здоровую динамику в семье и уменьшить уровень нестабильности в семейной системе. Вероятно, родители также оценят любую поддержку, которую консультанты могут предложить в поиске других родителей, воспитывающих детей с различиями в гендерной идентичности или гендерном выражении.

Родителям может потребоваться отстаивать интересы своего ребенка во внешнем мире – в школах и местных общинах, чтобы обеспечить безопасные условия и защитить своего ребенка от негативного отношения. Консультанты могут помочь им в этом,

предоставляя актуальную информацию, ресурсы и контакты с другими специалистами по гендерной идентичности.

Таким образом, предоставление необходимой информации и рекомендаций параллельно с укреплением уверенности, расширением круга социальной поддержки и принятием потребностей их детей поможет родителям в будущем поддерживать своего ребенка и защищать его интересы.

РАЗДЕЛ 3

КОРРЕКЦИЯ ПОЛА

ГЛАВА 11

КЛИНИКИ ПО ВОПРОСАМ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

От редактора

Большинство людей с гендерной дисфорией, намеренные пройти через физические процедуры, чтобы переназначить свой пол, обращаются в клиники по вопросам гендерной идентичности, где они могут получить назначения к разным специалистам.

В этой и следующей главах мы познакомимся с работой соответствующих служб в Великобритании и Австралии. Я хочу выразить благодарность Кевану Уайли и Финтану Харту за подготовленный ими обзор служб, занимающихся вопросами гендерной идентичности в разных частях света.

ВВЕДЕНИЕ

В этой главе содержится обзор различных клинических услуг, предоставляемых в Соединенном Королевстве, для пациентов с гендерной дисфорией и соответствующими клиническими симптомами. Я расскажу, как пациенты получают направление в специализированные службы, опишу процесс оценки и обозначу варианты лечения, которые предлагают клиники. Я также расскажу о различных доступных методах лечения для совершения гендерного перехода, в том числе психологических, гормональных и хирургических.

В 2013 году в Соединенном Королевстве произошли два важных изменения в предоставлении услуг для пациентов с гендерной дисфорией. Первым из них стал выход Руководства по правильному подходу (Good Practice Guidelines – CR181), подготовленного комитетом, в состав которого вошли представители нескольких медицинских королевских колледжей, клинических обществ

и ассоциаций, а также пользователи данных услуг, включая группы защиты прав пациентов. Эти стандарты предоставляют врачебное руководство по наилучшей современной практике и ведению пациентов с гендерной дисфорией. На это руководство я буду ссылаться в этой главе. Данные руководящие принципы отличаются от международных руководств, выпущенных Всемирной профессиональной ассоциацией по охране здоровья трансгендеров (WPATH), хотя имеют с ними ряд совпадающих моментов. Руководящие принципы Великобритании соблюдаются клиницистами, работающими в Соединенном Королевстве, поскольку они одобрены рядом медицинских королевских колледжей.

Второе важное изменение связано с появлением в Англии специализированных служб, работающих с гендерной дисфорией в соответствии с критериями, изложенными в документе Национальной службы здравоохранения (NHS). Комиссия по надзору при NHS обязуется обеспечить людям равный доступ и отсутствие дискриминации независимо от возраста, физической неполноценности, переназначения гендера, семейного статуса, беременности и материнства, расы, религии или убеждений, пола (гендера) и сексуальной ориентации.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Службы должны быть доступны для пациентов независимо от места их проживания, чтобы дорога к ним не отнимала слишком много времени. Количество служб по всему Соединенному Королевству ограничено, в настоящее время клиники, специализирующиеся по вопросам гендерной идентичности, располагаются в Эксетере, Лидсе, Лондоне, Ньюкасле, Нортгемптоне, Ноттингеме и Шеффилде в Англии. Кроме того, службы существуют в Абердине, Эдинбурге, Глазго и Инвернесе в Шотландии, а также в Белфасте в Северной Ирландии. Ограниченные услуги также доступны в Рексхэме для жителей Уэльса. Время ожидания приема такое же, как и для пациентов, посещающих другие специализированные медицинские центры. Специализированные гендерные клиники сообщают пациентам и лицам, обращающимся к врачу, подробности о своих услугах и протоколах. Направление в службу по вопросам гендерной идентичности выписывает лечащий врач, психолог, психиатр или специалист центра сексуаль-

ного здоровья. Как правило, врачи заключают соглашение о совместной помощи со специалистами гендерной службы.

Предварительная оценка необходима для того, чтобы уточнить наличие психических заболеваний и понять, какие именно способы наилучшим образом подойдут для удовлетворения потребностей пациентов. Лечение предполагает холистический подход, поскольку необходимо задействовать специалистов из разных областей. Необязательно, чтобы все эти специалисты работали вместе в одном здании, но действующие на местах протоколы междисциплинарной и мультидисциплинарной работы должны быть понятны пользователям услуг. Возможность выбора способов и последовательности лечения, предоставляемого разными поставщиками услуг, обеспечивает гибкий подход. В частности, следует принять концепцию, согласно которой многие люди не могут отнести себя ни к мужскому, ни к женскому гендеру, поэтому для них предпочтительным будет нейтрализующее лечение.

Большинство служб требуют проведения психологической оценки, которая включает общую оценку физического и психического здоровья, в том числе анализ состояния физического и психического здоровья на протяжении всей жизни. Учитываются такие факторы, как поведение в детстве, кросс-дрессинг в подростковом возрасте и отношения во взрослом возрасте. Некоторые пациенты, возможно, уже перешли в новую гендерную роль, и это будет предметом отдельного исследования. Для назначения гормональной терапии больше не требуется, чтобы человек жил какое-то время в новой гендерной роли. Службы проявляют все более гибкий подход, предлагая гормональную терапию после завершения оценки, даже если изменение гендерной роли еще не произошло. Если изменений в гендерной роли не произошло, то в медицинской карте должен быть четко описан план лечения и назначены регулярные осмотры. Отдельное внимание следует уделить семье, отношениям, социальным и профессиональным вопросам.

Пациенты в возрасте до 17 лет направляются в специализированные службы, которые работают при Больничном трасте Национальной службы здравоохранения в Тавистокке и Портмане, а также в региональную службу в Лидсе. В случае пациентов в возрасте от 17 лет до 17 лет 6 месяцев направлению в конкрет-

ную службу предшествует обсуждение с пациентом и его опекунами. Люди старше 17 лет и 6 месяцев направляются в соответствующую службу для взрослых.

социализация в новой гендерной роли

Социализация в новой гендерной роли может представлять сложность для некоторых людей и иметь глубокие личные и социальные последствия, а также оказывать влияние на род занятий. Влияние на семью, отношения, образование, призвание, а также на экономические и правовые проблемы – все это важно иметь в виду во время переходного периода, так как представляет собой те сферы, в которых человеку нужна поддержка. Период продолжительностью 12 месяцев считается достаточным для получения жизненного опыта в разных областях, включая университет, работу, отдых и семейные мероприятия. Пациенты должны последовательно выступать в своей желаемой гендерной роли во всех жизненных ситуациях. Национальная служба здравоохранения Шотландии (NHS Scotland) особо подчеркивает, что пациенты должны предоставить гендерной клинике подтверждение того, что они живут и работают в определенной гендерной роли. Такое доказательство может быть предоставлено посредством дополнительных собеседований, официальных документов от работодателей и учебных заведений или других официальных организаций. Клиника гендерной идентичности может посчитать, что этот период должен быть продлен, если специалисты или пациент считают, что на социализацию в новой гендерной роли требуется дополнительное время или если посещение службы было нерегулярным.

Многие люди официально меняют имя. Копии справок об изменении имени должны быть прикреплены к истории болезни пациента. У многих людей изменение гендерной роли происходит почти одновременно с назначением гормонов. Однако некоторые службы требуют, чтобы пациенты имели полноценный опыт жизни в соответствии с предпочтительной гендерной ролью до назначения гормонов, в то время как другие службы практикуют более гибкий подход. Важно, чтобы в истории болезни была запись о том, что пациент испытывал постоянную гендерную дисфорию до назначения какого-либо эндокринного лечения. Есть не-

сколько способов выявить и подтвердить гендерную дисфорию. Диагностику может провести психиатр, имеющий клинический опыт работы с гендерной дисфорией, или клинический психолог, имеющий аналогичный опыт. В других случаях для подтверждения гендерной дисфории может потребоваться курс психотерапии с психотерапевтом или консультантом. После этого обычно ставится диагноз гендерной дисфории (DSM-5) или транссексуализма (ICD-10), хотя все чаще различные вариации этих диагнозов также служат основанием для назначения соответствующего лечения.

ГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Гормональное лечение обычно назначается по решению одного специалиста. Назначение гормонов происходит под руководством специализированных служб, главным образом на уровне первичной медицинской помощи. Для некоторых людей изменений, вызванных гормональным лечением, может быть достаточно, чтобы они решили не предпринимать дальнейших социальных изменений или планировать операцию. Гормональная поддержка осуществляется в рамках клинического процесса с участием клинического эндокринолога или специалиста в области сексуальной или репродуктивной медицины при наличии согласия пациента на медицинское вмешательство. В ином случае любой врач может назначить лечение в соответствии с четко разработанными протоколами, описанными в стандартах лечения, и выписать направление к эндокринологу или специалисту по сексуальной медицине по мере необходимости. Обсуждение вопросов фертильности должно предшествовать всем гормональным методам лечения, чтобы у пациента была возможность сохранить яйцеклетки/сперматозоиды для возможного использования в будущем, хотя в Великобритании это обычно не финансируется. Очень важно проводить физическую оценку и постоянный гематологический, эндокринный и биохимический мониторинг в соответствии с протоколами, разработанными в рамках интегративного подхода к лечению. Необходимы регулярные осмотры. Выбор гормонального препарата, способа его доставки и дозировка должны обеспечивать минимальные риски для здоровья и максимальную эффективность.

Клиницисты должны отговаривать пациентов от использования гормонов, купленных в Интернете или полученных из других источников. Для трансженщин основной терапией является терапия эстрогенами с подавлением секреции и действия андрогенов. Для трансмужчин основной терапией является андрогенная терапия с подавлением секреции и действия эстрогена. Использование агониста гонадотропин-рилизинг-гормона подавляет секрецию и действие половых стероидов. Некоторые клиники предлагают препараты, обладающие антиандрогенным эффектом, в том числе ципротерон и спиронолактон. Использование определенных лекарств иногда показано, когда происходит выпадение волос на голове, хотя в настоящее время растут опасения относительно долгосрочных последствий приема этих препаратов для сексуальной и когнитивной сфер. Рекомендуется проводить регулярный мониторинг, который может, например, выявить повышенный гематокрит у трансмужчин (в результате андрогенной терапии), но обычно это можно осуществить с помощью венесекции под наблюдением гематолога.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Для операции по переназначению пола необходимо соответствие следующим условиям:

- Пациент должен быть в состоянии давать информированное согласие на получение лечения, соответствующего принципам безопасной клинической практики и законодательству.
- 12 месяцев непрерывной гормональной терапии (для лиц без медицинских противопоказаний).
- Аналогичный период продолжительностью не менее 12 месяцев, в течение которого пациент живет в соответствии с выбранной гендерной ролью.
- Осведомленность о продолжительности периода госпитализации, возможных ограничениях, вызванных осложнениями, и о специфике послеоперационного периода.

Пациенты, проходящие процесс официального признания гендера, должны учитывать эти критерии. Кроме того, критерии готовности включают очевидный прогресс в укреплении гендерной иден-

тичности и очевидный прогресс в решении внешних социальных, семейных и межличностных проблем, что предполагает улучшение состояния психического здоровья.

Некоторые трансмужчины, испытывающие стресс из-за наличия у них груди, могут провести коррекцию области грудной клетки одновременно с изменением гендерной роли. Некоторым пациентам будет достаточно бандажей на первое время, но в других случаях бандажи могут затруднять дыхание и повредить ткани молочной железы. Это может вызвать осложнения после операции на груди. Прием тестостерона за шесть месяцев до любой операции на груди обычно улучшает результат операции.

Реконструктивная хирургия половых органов предлагается в главных центрах Лондона, Брайтона, Лестера и Лидса. Операцию на грудной клетке могут провести специалисты-хирурги в клиниках, расположенных ближе к месту проживания пациента. Гистерэктомия и удаление репродуктивной системы могут быть также проведены, если необходимо.

В пакет услуг входят: подготовка к прекращению приема гормонов до прибытия в больницу, последующий уход, обеспечивающийся сначала участковой медсестрой, а затем членами гендерной команды.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Для достижения успешного результата необходимо сочетание ряда факторов, хотя не каждая гендерная служба может предложить полный набор услуг. Поддержка других людей очень важна. Это могут быть группы самопомощи или группы, работающие в клиниках гендерной идентичности. Поддержка семей также полезна. Общество исследований и просвещения по вопросам гендерной идентичности (Gender Identity Research and Education Society, GIRES) предлагает поддержку семьям, а также предоставляет более широкую информацию о проблемах, с которыми сталкиваются транслюди. Удаление волос на лице и теле, а также предоставление волосяных накладок, часто важно, особенно для трансженщин. Одним из важных аспектов лечения трансженщин является удаление волос на лице, которое влияет на уровень уверенности в течение дооперационного 12-месячно-

го опыта жизни в избранной гендерной роли. Финансирование выделяется только на ограниченное количество сеансов лечения электролизом, лазером и интенсивным импульсным светом (IPL). Неограниченное количество сеансов финансируется только в том случае, если для операции используется донорская кожа. Особенно ценной может быть поддержка со сторон имидж-консультанта для создания имиджа в новой гендерной роли. Голос и коммуникативные навыки являются важной частью перехода; участие логопедов и лингвистов особенно полезно. В услугах психотерапевтов и специалистов по профориентации могут быть заинтересованы те, кто сталкивается с трудностями при трудоустройстве и переходе на новую гендерную роль. Некоторым пациентам могут потребоваться другие операции, такие как хондроларингопластика, уменьшение перстневидного хряща и феминизация лица, которые обычно они не финансируются NHS.

ЗАКОН О ПРИЗНАНИИ ГЕНДЕРА (2004)

Этот закон обеспечивает полное юридическое признание трансгендерных лиц, которые приобрели гендерный статус. Это означает, что на людей, которые предприняли шаги для изменения своей гендерной роли, распространяются все те же права и обязанности, что и на других лиц этого гендера. Закон позволяет трансгендерным людям получить свидетельство о признании гендера и тем самым устанавливать свой идентифицированный гендерный статус во всех обстоятельствах. Это позволяет транслюдям вступать в брак в соответствии с их приобретенным гендерным статусом. Если человек родился в Великобритании, выдается новое свидетельство о рождении. Группа по признанию гендера требует доказательств того, что у человека была или есть гендерная дисфория, он жил в новой гендерной роли в течение двух лет до подачи заявления и намеревается постоянно жить в этой роли. Кроме того, такой человек должен быть не моложе 18 лет и ранее не состоять в браке или гражданском партнерстве. Если такие отношения имеют место, их следует аннулировать до получения свидетельства о признании гендера. Хирургическая коррекция половых органов не является обязательным требованием.

ЗАКОН О РАВЕНСТВЕ (2010)

Дискриминация, виктимизация и преследование по причине пере-назначения гендера запрещены настоящим законом как при найме на работу, так и при предоставлении товаров, услуг и доступа к объектам. В рамках данного закона характеристика гендера является защищенной, и защита действует в отношении лиц, которые в настоящее время проходит или уже прошли процесс переназначения своего пола путем изменения физиологических или других характеристик пола. Защите подлежат люди с момента раскрытия своего намерения.

ГЛАВА 12

АВСТРАЛИЙСКИЕ СЛУЖБЫ В СФЕРЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

В этой главе я опишу широкий спектр профессиональных и общественных услуг, предоставляемых трансгендерным людям в Австралии. Перечень национальных и государственных служб, включая отдельных поставщиков услуг, можно найти на сайте www.anzpath.org в разделе «Service providers» (поставщики услуг).

ИСТОРИЯ

Услуги в области трансгендерного перехода начали предоставляться в Австралии в 1960-х годах. В то время лишь небольшое количество практикующих врачей, работающих отдельно друг от друга, предоставляли ограниченное число психологических и эндокринологических (гормональных) услуг и проводили небольшое число хирургических коррекций пола. Аналогичным образом эти ограниченные услуги были доступны только небольшому числу людей с выраженной гендерной дисфорией (повторяю, это относится к людям, испытывающим сильный дискомфорт от несоответствия своего гендера своему полу, назначенному при рождении). В 1960-х годах этим людям ставили диагноз «настоящие транссексуалы», и только тем, кто испытывал сильную гендерную дисфорию, была предложена операция по переименованию гендера «в качестве крайней меры». Очень часто это делалось в тайне из-за страха неодобрения со стороны консервативных взглядов медицинского и психиатрического сообществ того времени.

За последние 50 лет мы видели, как во всех штатах на территориях Австралии развивался широкий спектр услуг, ориентированный на разнообразный круг лиц, которые могут относиться к гендерно-вариативным или гендерно-неопределившимся лю-

дам. Этим изменениям способствовало юридическое признание прав лиц с переопределенным гендером и растущая поддержка как со стороны общественности, так и со стороны профессионалов. В результате заметно увеличилось число людей, обращающихся за услугами по трансгендерному переходу и проходящих психологическое и физическое лечение в соответствии с переживаемой и выбранной гендерной идентичностью.

ОНЛАЙН-УСЛУГИ

Для многих людей, сомневающих в своей гендерной идентичности, онлайн-сервисы поддержки могут быть основным источником информации. Хотя многие веб-сайты предоставляют точную информацию о гендерном разнообразии, они могут быть не самым подходящим источником информации для молодых людей, которые ставят под сомнение свою гендерную идентичность. Поиск опытного трансдружественного семейного врача или врача общей практики в Интернете является хорошей отправной точкой. Эти специалисты должны помочь человеку на начальном этапе изучения своей гендерной идентичности. В ином случае практикующий врач может направить клиента к опытному консультанту/психологу/психиатру, который имеет опыт работы с трансгендерными людьми. Общественные центры психического здоровья и местные центры сексуального здоровья также могут направить человека к соответствующему специалисту по гендерным вопросам, если в их распоряжении нет необходимой экспертизы.

Общественные организации являются важным источником поддержки и информации. Они могут направлять людей в профессиональные службы, которые предоставляют соответствующие услуги, а также оказывать поддержку, которая часто бывает полезна для тех, кто задается вопросами относительно своего гендера и задумывается о трансгендерном переходе.

СПЕЦИАЛИСТ ПО ГЕНДЕРНЫМ ВОПРОСАМ

Вышеупомянутые службы могут направлять клиента для проведения оценки к специалисту по гендерным вопросам, то есть к медицинскому работнику, который имеет многолетний опыт оценки гендерно-вариативных людей и соответствующий опыт работы

с ними, составляющий значительную часть его клинической практики. Такие специалисты должны иметь опыт клинической оценки людей с гендерной спутанностью, людей, которые сомневаются в своей гендерной идентичности, и гендерно-вариативных людей.

Специалисты по гендерным вопросам могут быть как врачами общей практики, так и психологами-консультантами, клиническими психологами, социальными работниками, медсестрами по психическому здоровью и психиатрами. Все эти специалисты имеют право исследовать гендерное разнообразие в психотерапевтическом контексте, но только некоторые – рекомендовать физическое лечение, включая гормональную терапию и хирургическое вмешательство.

ГЕНДЕРНАЯ ОЦЕНКА

Люди могут обратиться к специалисту по психическому здоровью на разных этапах исследования своей гендерной идентичности. Некоторые приходят на ранних стадиях, желая изучить различные аспекты гендерного выражения. Другие приходят с запросами на конкретные физические процедуры для совершения гендерного перехода, например, на гормональную терапию и хирургическое вмешательство, уже сделав заключение о своем гендере и сформировав намерение пройти физическое лечение, соответствующее их гендерным потребностям. Цели пациента – первое, что должен прояснить специалист по гендерным вопросам при терапевтическом взаимодействии.

Службы оценки в Австралии придерживаются международных стандартов оказания медицинской помощи WPATH (World Professional Association for Transgender Health – Всемирная профессиональная ассоциация по охране здоровья трансгендеров). Самые последние стандарты оказания медицинской помощи, SOC 7, были опубликованы на симпозиуме WPATH, состоявшемся в Атланте, США, в сентябре 2011 года, и доступны на сайте www.wpath.org.

Стандарты оказания медицинской помощи признают право людей утверждать выбранную ими гендерную идентичность. В стандартах также признается, что до прохождения необратимых медицинских процедур кандидаты должны пройти всесторон-

ную психосоциальную оценку, которая проводится специалистом по психическому здоровью соответствующей квалификации. Это укрепит уверенность в выбранной гендерной идентичности. К специалистам по психическому здоровью могут обращаться люди, неуверенные в своей гендерной идентичности, что может быть следствием определенных психиатрических и психологических состояний, не связанных с проблемами в области гендерной идентичности. Хотя эти состояния встречаются нечасто, важно провести дифференциальную диагностику и исключить эти состояния до того, как будет совершен необратимый трансгендерный переход.

Клинические состояния, с которыми сталкиваются гендерные специалисты в этих обстоятельствах, включают давние психозы, общие проблемы с идентичностью, диссоциативные расстройства личности, тяжелые нарушения умственного развития и ряд других серьезных психиатрических проблем. Любое из них может влиять на способность человека дать информированное согласие на необратимое лечение с целью переназначения гендера. Кроме того, специалисты по психическому здоровью, проводящие оценку людей с гендерной дисфорией, могут столкнуться с другими психиатрическими состояниями, требующими лечения. Важно, чтобы соответствующее лечение было проведено до того, как человек столкнется с дополнительным стрессом, вызванным трансгендерным переходом. Гендерный переход может оказаться стрессовым для многих людей, поэтому важно, чтобы их поддерживали на протяжении всего процесса.

КЛИНИКА ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИИ

Виктория стала первым штатом в Австралии, где была основана финансируемая правительством клиника гендерной дисфории. Финансирование позволяет нанять персонал, включая секретаря, социального работника, клинического психолога, логопеда и психиатров. Пациентов направляют к эндокринологам и пластическим хирургам в других клиниках.

Другие штаты и территории Австралии предлагают услуги по оценке гендерной дисфории, и их контактные данные можно найти на веб-сайте Австралийской и Новозеландской про-

фессиональной ассоциации по охране здоровья трансгендеров – www.anzpath.org.

Когда клиент обращается в клинику по вопросам гендерной дисфории в штате Виктория, он получает пакет материалов с объяснением протокола клиники. Для этого ему необходимо получить направление от своего лечащего врача или другого лица, имеющего медицинскую квалификацию. Кроме того, клиенту будет предложено написать краткий автобиографический рассказ (от 600 до 750 слов) с подробным описанием характера его гендерной дисфории и того, как она повлияла на его жизнь. Это позволяет специалистам получить общее представление о состоянии клиента и определить цели лечения. Это также дает клиенту возможность изучить природу своей гендерной идентичности. Выражение этих мыслей в письменной форме может иметь терапевтический эффект и помочь клиенту прояснить свои цели, лежащие в основе гендерного выражения и/или трансгендерного перехода. От пациентов, которые давно и прочно уверились в своей гендерной идентичности и не имеют психиатрических осложнений, может потребоваться только сокращенная психиатрическая оценка.

ПРОЦЕДУРА ОЦЕНКИ

Специалисты по психическому здоровью проводят несколько оценок в течение нескольких встреч. Количество встреч варьируется в зависимости от сложности психического состояния клиента. Пациенты со сложным психиатрическим анамнезом, включающим множественные психиатрические госпитализации, попытки самоубийства и лечение различными психотропными препаратами, требуют более тщательной психиатрической оценки, чем те, кто не посещал специалистов по психическому здоровью, не проходил психиатрическую госпитализацию, никогда не принимал психотропных препаратов и не нуждался в длительной психотерапии. В случае психологически стабильных клиентов без психиатрической истории, которые ясно понимают цели своего трансгендерного перехода, оценка психического здоровья может занять немного времени.

Первоначальная оценка психического здоровья фокусируется на природе гендерной дисфории и ее влиянии на жизнь человека. На этом этапе уделяется внимание интенсивности гендерной дис-

фории, развитию гендерной дисфории в течение жизни и реакциям семьи и партнеров на проявление выявленной или обнаруженной гендерной вариативности. Также изучается способность человека справляться с неблагоприятными реакциями на выражение его предпочтительной/утвержденной гендерной идентичности. Гендерная дисфория часто усиливается с наступлением половой зрелости, что может оказать существенное негативное влияние на общее психическое здоровье человека. Бывает полезно обсудить этот момент в терапии.

Другой важный вопрос касается того, как человек хочет выразить свою гендерную вариативность. Можно пребывать в выбранной гендерной роли на постоянной основе, а можно делать это эпизодически дома или в обществе.

Важно помнить, что во время проведения гендерной оценки и специалисту по гендерным вопросам, и клиенту может стать ясно, что гендерная вариативность является симптомом чего-то иного, не связанного с проблемами в области гендерной идентичности. В этих случаях как для медицинского работника, так и для пациента важно изучить варианты лечения, доступные в текущих психотерапевтических отношениях.

В клиниках по вопросам гендерной дисфории, в которых работают клинические психологи, пациенты с сопутствующими психиатрическими проблемами (в дополнение к гендерной дисфории) могут быть направлены на углубленное психологическое тестирование. Такое тестирование всегда проводится с целью выяснения клинических проблем и оказания помощи в лечении. Такое тестирование никогда не ставит целью отказать пациенту в проведении лечения по переназначению гендера.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Гормоны – это химические вещества, которые естественным образом образуются в организме человека. Они отвечают за многие изменения, которые происходят в период полового созревания. У биологических женщин эстроген отвечает за развитие молочных желез и начало менструального цикла. У биологических мужчин тестостерон вызывает рост волос на теле, огрубление голоса и увеличение мышечной силы. Гормональная терапия для многих клиентов является важным шагом в процессе трансгендерного пе-

рехода. До начала гормональной терапии пациенты должны пройти психосоциальную и медицинскую экспертизу, чтобы убедиться в отсутствии противопоказаний для проведения гормонального переопределения пола с психологической и медицинской точки зрения. Гормоны имеют потенциально серьезные побочные эффекты, поэтому важно, чтобы клиенты, начинающие гормональную терапию, проходили медицинское обследование, включающее физическое обследование и базовые анализы крови. Некоторые клиенты считают это ненужным, но прохождение психосоциальной и медицинской оценки до начала гормональной терапии позволяет выявить наличие медицинских противопоказаний к гормональной терапии и предотвратить потенциальные нежелательные явления. Чрезмерный прием эстрогена может привести к тромбозам, легочной эмболии и смерти. Точно так же чрезмерное применение тестостерона может привести к повреждению печени. Таким образом, ход гормональной терапии должен тщательно контролироваться посредством регулярных анализов крови. Настоятельно не рекомендуется приобретать назначенные препараты через незаконные источники в Интернете для самостоятельного использования.

Многие клиенты остаются довольны результатами гормональной коррекции пола, и после соответствующей психосоциальной и медицинской оценки решают, что они не хотят осуществлять хирургическую коррекцию пола. В Австралии доступ к гормональному лечению предоставляется в соответствии с международным стандартом оказания медицинской помощи WPATH. Требуется рекомендательное письмо от квалифицированного специалиста по психическому здоровью. Пациент должен быть юридически независим по законам своего штата и должен быть в состоянии дать информированное согласие. Следует надлежащим образом контролировать имеющиеся медицинские или психиатрические состояния. В некоторых австралийских юрисдикциях пациенты со сложным психиатрическим анамнезом могут быть направлены ко второму специалисту по психическому здоровью для получения второго мнения до выдачи разрешения на гормональное лечение. Отрицательные прогностические признаки у пациентов, проходящих эстрогенную терапию, включают ожирение, курение, наличие в прошлом тромбов или сердечно-сосудистых заболеваний.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В Австралии доступен целый ряд хирургических процедур для гендерно-вариативных людей. В случае трансгендерных женщин это может включать ряд операций по феминизации лица, включая пересадку волос, уменьшение выступающих лобных бугров, щечные имплантаты, ринопластику, уменьшение кадыка и серию инъекций коллагена и ботокса для более женственного внешнего вида лица. Тем пациентам, которые не удовлетворены размером груди после гормональной терапии, может быть проведена операция по увеличению груди по прошествии определенного времени. И наконец, существуют различные варианты операций по коррекции половых органов: 1) метод пенильной инверсии и 2) колоно-вагинопластика.

В случае трансгендерных мужчин в Австралии доступны операции по реконструкции грудной клетки, гистерэктомия и двусторонняя сальпингоофорэктомия (удаление маточных труб и яичников). Операции на нижней части тела, в том числе тотальная вагинэктомия, метоидиопластика (создание микропениса), имплантация яичек и фаллопластика, менее доступны. Уровень успешности таких операций значительно ниже оптимального. Многие австралийские хирурги не хотят проводить эти операции в настоящее время. И пациенты неохотно проходят через эти часто дорогостоящие хирургические процедуры, успешный исход которых не всегда гарантирован.

Так же как и в случае с гормональным лечением, в отношении хирургического лечения большинство австралийских юрисдикций будут следовать рекомендациям международных стандартов оказания медицинской помощи WPATH. Для проведения операции по реконструкции грудной клетки трансгендерному мужчине требуется одно рекомендательное письмо от квалифицированного специалиста по психическому здоровью, который провел всестороннюю психосоциальную оценку. Пациентам, которым требуются операции по коррекции пола на гениталиях, необходимо предоставить два рекомендательных письма от квалифицированных специалистов в области психического здоровья. Если одно письмо должно быть написано специалистом по психическому здоровью со степенью магистра в области клинической поведенческой науки, другое письмо должно быть написано специалистом по пси-

хическому здоровью, имеющему докторскую степень в области психиатрии или клинической психологии. Клиенты могут выбрать для себя ряд хирургических процедур, чтобы улучшить свой внешний вид и поднять самооценку. Количество выбранных хирургических процедур индивидуально для каждого клиента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о результатах различных трансмедицинских процедур, предлагаемых в Австралии, отсутствуют. По некоторым сведениям, уровень недовольства различными доступными вмешательствами ниже, чем в целом по миру. И наоборот, уровень удовлетворенности довольно высокий.

Исследование удовлетворенности пациентов, проведенное автором и коллегами в многопрофильной клинике по вопросам гендерной дисфории в Мельбурне, показало, что 80% клиентов удовлетворены предоставляемыми услугами. Уровень знаний и понимания врачей был оценен очень высоко. Клиенты также сообщили, что в результате посещения клиники у них снизились негативные переживания, связанные с гендером. Исследования, касающиеся удовлетворенности специфическими методами лечения и хирургическими операциями, в Австралии еще не проводились.

ГЛАВА 13

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Заместительная гормональная терапия предполагает, что человеку с гендерной дисфорией вводится препарат, который позволит привести внешний вид и тело в соответствие с желаемым полом. Заместительная гормональная терапия может проводиться в соответствии с современной концепцией блокады полового созревания у ребенка, начиная с 18 лет в Австралии и в более раннем возрасте в других странах. Этот возраст является предметом постоянных дискуссий и споров с судами по семейным делам в разных странах. Цель состоит в том, чтобы запустить гормоны во время полового созревания и обеспечить естественное развитие тела и ума для достижения желаемого пола.

Для разных полов проводится разная терапия. Конечно, используются и разные гормоны, и заместительная гормональная терапия в случае трансмужчин намного проще, чем в случае трансженщин.

Основная цель терапии в случае трансмужчин состоит в том, чтобы подавить функцию яичников, чтобы больше не было менструального цикла и, что более важно, менструального кровотечения, которое является предметом особого недовольства у трансмужчин.

Вторая цель заключается в том, чтобы подавить дальнейший рост груди. Успех зависит от возраста, в котором проводится гормональная терапия. В зрелом возрасте, примерно к 18 или 19 годам, грудь уже полностью разовьется и понадобится хирургическое вмешательство для создания мужской груди.

С точки зрения выработки гормонов яичники довольно слабы по сравнению с яичками, вырабатывающими тестостерон. Таким образом, практически нет необходимости блокировать функцию яичников тестостероном. С точки зрения влияния тестостерона

на развитие цель состоит в том, чтобы человек нарастил больше мышц, тело стало более рельефным, жировые отложения уменьшились и превратились в мышцы. Следует ожидать интенсивного роста волос на лице, что позволит отрастить бороду. Может произойти увеличение роста волос на теле, возможно, на груди, животе и ногах. Ожидается, что лицо и волосы станут более жирными; недостатком тестостерона является то, что у человека могут появиться обильные прыщи на лице. Низкие дозы антибиотиков, таких как миноциклин, могут помочь в этой ситуации. Будет происходить выраженная стимуляция клитора и вульвы, и клитор может увеличиться до 3–4 см, что может создать впечатление неразвитого полового члена. Если стимуляция чрезмерна, то клитор может воспалиться, сигнализируя о необходимости снизить дозу тестостерона.

Нежелательно вводить тестостерон перорально, так как данные указывают на то, что это увеличивает риск первичной гепатомы (рака печени). Риск очень мал, но его вероятность полностью исчезает, когда используются имплантаты тестостерона или инъекции. Уколы может делать врач, медсестра, близкий друг или даже сам пациент путем инъекции в переднюю часть бедра. Частота инъекций варьируется от человека к человеку, но, как правило, не следует делать более одного укола каждые две недели, а в некоторых случаях предпочтителен один укол раз в три недели. После укола важно не допускать резкого снижения уровня тестостерона к концу периода, поскольку это может вызвать субъективное ощущение спада и снижения настроения, напоминающее ощущение во время менструального цикла.

Таким образом, для устойчивой абсорбции тестостерона лучше всего делать уколы по принципу «верх и низ». Как только желаемые эффекты достигнуты, доза тестостерона может быть уменьшена до поддерживающего уровня. Лучше всего этого добиться, продолжая инъекции длительного действия, обеспечивающие долгую продолжительность воздействия тестостерона, или использовать трансдермальный тестостерон в форме пластыря или геля. Пластыри не популярны, так как вызывают раздражение кожи. Но некоторым людям также не нравится гель, так как он кажется им немного «женским». Кроме того, требуется некоторое время, чтобы он высох и начал действовать. В настоящее время разработан спрей, который можно наносить на подмышечную область

ежедневно. Имплантаты тестостерона не всегда доступны и могут стоить довольно дорого.

В случае трансмужчин существует немного рисков, связанных с лечением тестостероном. Все половые стероиды, включая тестостерон, могут влиять на функцию печени, поэтому один раз в год следует проводить анализы крови для проверки функции печени. Тестостерон обладает способностью увеличивать концентрацию эритроцитов, и, если их количество достигает слишком высокой отметки, дозу тестостерона следует уменьшить или ежедневно принимать аспирин, чтобы предотвратить теоретический риск так называемого «склеивания эритроцитов». Это означает, что кровь становится более густой и более концентрированной, поэтому она легче перемещается через мелкие кровеносные сосуды, что приводит к потенциальной возможности закупорки мелких кровеносных сосудов. Данные опасения существуют только в теории, так как я не осведомлена о том, чтобы подобные случаи имели место в клинической практике.

Терапия трансженщин представляет собой более сложный процесс и связана с большим количеством трудностей, возникающих из-за того, что яички являются невероятно мощным органом. У биологических мужчин яички вырабатывают в 12 раз больше тестостерона, чем у биологических женщин. Требуется предпринять особые усилия для подавления работы этих органов с помощью лекарств. Это делается главным образом путем использования веществ из так называемой антиандрогенной группы (химическая кастрация). Существует два основных класса этого препарата: спиронолактон (обычно называемый спиро) и андрокур (иначе называемый ципротероном). Спиро обычно назначают в качестве лекарственного средства, контролирующего кровяное давление, и действительно одним из побочных эффектов спиро является то, что кровяное давление может стать слишком низким, из-за чего человек время от времени чувствует себя немного слабым. Преимущество спиро заключается в его доступности и низкой цене. Андрокур является очень сильным антиандрогеном, который по некоторым причинам не получил официального одобрения в некоторых частях мира, но он представляет собой очень мощный антиандрогенный препарат.

Эти вещества могут снизить уровень тестостерона до нуля. Кроме того, «прием» тестостерона тканевыми рецепторами мо-

жет быть заблокирован. Хотя трансженщинам это может показаться привлекательной идеей, существует риск полностью лишить организм тестостерона. Само по себе это может вызвать симптомы, сходные с симптомами психологической депрессии. Главным образом это проявляется в подавленном настроении и сниженном уровне энергии. Для трансгендерной женщины крайне важно, чтобы уровень тестостерона снижался, чтобы рост волос на лице замедлялся, а эрекция прекращалась. Действительно, это надежный показатель эффективности лечения, когда у человека больше нет эрекции при пробуждении по утрам и ничто не может вызвать эрекцию. Рост волос на лице будет продолжаться менее интенсивно, но для его устранения потребуются лечение лазером и электролизом.

Если одна задача, на которую нацелена фармакологическая атака, связана с подавлением функции врожденных половых желез, то другая задача касается стимулирования женского развития. Вот для чего нужно лечение эстрогеном.

Тогда возникает вопрос: какое выбрать вещество, в какой дозировке и какой путь доставки? В прошлом обычной практикой было использование эстрогена, который содержится в оральных контрацептивах (этинилэстрадиол). Но использование этого гормона оказалось под таким давлением на международном уровне, что от него отказались из-за явных опасностей. Например, он больше не доступен женщинам в постклимактерический период для проведения заместительной терапии. Менее опасными являются те эстрогены, которые обычно называют «природными эстрогенами», в отличие от синтетического и более мощного этинилэстрадиола. Следует отметить, однако, что даже природные эстрогены не лишены недостатков. Основным из них является повышенный риск образования тромбов. Например, тромбоз глубоких вен (ТГВ), при котором тромб может оторваться и попасть в легкие, что приведет к смерти.

Вторая наиболее распространенная ситуация связана со скоплением крови в мозге, что может вызвать инсульт. Однако сгустки крови могут возникать в других частях тела, как это случилось с одним из моих пациентов. Все трансженщины должны четко понимать, что использование эстрогенов сопряжено с потенциальными осложнениями, включая редкие случаи смерти. Эти риски всегда существовали для молодых женщин, принимающих ораль-

ные контрацептивы, но этот риск был оправдан на том основании, что риск смерти от беременности был выше, чем при использовании таблетки. Подобный аргумент не работает в случае трансженщин, по крайней мере, с точки зрения риска беременности. Однако трансженщинам эстроген необходим, чтобы у них развилось тело, соответствующее их самовосприятию, и чтобы они могли достичь душевного спокойствия в отношении своей внешности. В противном случае, если трансчеловек остается без лечения, у него значительно повышается риск самоповреждения и самоубийства (риск 42,5%, согласно первому австралийскому национальному исследованию психического здоровья).

Существуют и другие риски применения эстрогена, такие как заболевание желчного пузыря, опухоли гипофиза в головном мозге, реже артериальный тромбоз.

Вообще говоря, наилучшим вариантом эстрогена является эстрадиол или 17-бета-эстрадиол. Его вводят перорально в дозах, примерно в шесть раз превышающих те, что принимают женщины в период менопаузы. Я обычно назначаю трансженщине таблетки эстрогена, которые она принимает в течение нескольких месяцев, чтобы познакомиться с ощущениями, связанными с приемом этого гормона. По окончании этого периода я ввожу антиандрогены, обычно андрокур. По истечении трех месяцев я обычно вставляю имплантат эстрогена, продолжаю давать антиандрогены и постепенно снижаю прием эстрогена перорально. Этот протокол кажется мне наименее рискованным.

Время от времени может возникнуть необходимость в проведении скрининговых исследований, особенно если возникает проблема. Общий скрининг состояния здоровья должен включать проверку уровня липидов, функции печени и уровня гемоглобина, особенно для трансмужчин. Следует также проводить анализ плотности костной ткани и делать анализы крови для оценки степени разрушения костей. Опытному врачу не составит труда провести такую оценку.

Включение вакцинации против вируса папилломы человека в программу иммунизации в последние годы повлияло на решение вопроса о том, должен ли трансмужчина сдавать мазок с шейки матки; ожидается, что аномальных мазков больше не будет. Если взрослый человек не сделал всех трех инъекций, ему настоятельно рекомендуется сделать их. Проведение вагинального обследо-

вания у трансмужчины часто является критически трудным опытом для мужчины и лучше всего ограничиваться устным опросом пациента. Я все еще предлагаю пациентам вагинальные исследования и мазки, но таким образом, чтобы они могли легко и непринужденно отказаться от этой процедуры.

После проведения хирургических вмешательств и удаления гонад терапевтическая ситуация становится намного проще. Трансженщина по своим характеристикам может быть без всякого сомнения отнесена к категории цисженщин, переживших кастрацию во время менопаузы. Как только морфология тела была изменена и переход можно считать завершенным, она может перейти к стандартной гормональной поддержке, как и любая другая женщина в период менопаузы. В то время как в Америке наблюдается большой энтузиазм по поводу гистерэктомии и удаления обоих яичников, я не считаю это необходимым для трансмужчин. Конечно, следует исключить возникновение патологии, но в противном случае я не вижу веской причины для плановой операции. Исключением является человек, который твердо намерен удалить все, что связано с женскими признаками из своего недавно обретенного мужского тела.

ГЛАВА 14

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ВНИМАНИЕ: эта глава содержит графические изображения половых органов.

ГЕНДЕРНАЯ ХИРУРГИЯ

Гендерная хирургия является признанным методом лечения пациентов, страдающих гендерной дисфорией. Для многих пациентов это часто становится последним шагом в их путешествии.

Можно выделить несколько категорий хирургических вмешательств: генитальные и негенитальные, а также вмешательства, совершаемые при переходе из мужчину в женщину (MtF) и при переходе из женщины в мужчину (FtM).

ХИРУРГИЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ МУЖЧИНУ В ЖЕНЩИНУ (MtF)

1. ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

К этой категории относятся два основных типа операций:

Орхидэктомия – удаление яичек

Существует два подхода к проведению этой операции. Один – через мошонку со шрамом вдоль живота, а другой – через пах, оставляющий два рубца, как в случае операции на грыже.

Эту операцию можно проводить одновременно с уменьшением кожи мошонки. Важно помнить, что после удаления яичек кожа мошонки сжимается/втягивается. Это может иметь последствия на более позднем этапе, если пациент решит сделать «полную» операцию по созданию новых половых органов.

Генитальная коррекция пола

Есть много разных способов выполнить эту операцию, и у каждого хирурга будет свой подход, который может включать сочетание разных методов.

В целом, однако, какой бы метод ни использовался, операция имеет три основные цели:

- создание клитора;
- создание влагалищной полости;
- укорочение и раскрытие мочеиспускательного канала (мочевая трубка).

Создание клитора

Клитор создается из части головки полового члена, из тканей тела полового члена, где есть кровеносные сосуды и нервы, которые его снабжают. Яички удаляются.

Создание вагинальной полости

Новое влагалище формируется путем создания пространства между прямой кишкой сзади и мочевым пузырем спереди.

Затем полость выстилают кожей полового члена или мошонки, сегментом/фрагментом кишки или лоскутом кожи из другой части тела, например, живота. В большинстве случаев при первых операциях редко используются сегменты кишечника.

Лазерная эпиляция, электролиз или «выскабливание дермы» для удаления волосяных фолликулов выполняется для уменьшения вероятности роста волос в полости.

Укорочение уретры

Мочеиспускательный канал укорочен и располагается между отверстием влагалища снизу и клитором сверху. Уретра часто расширяется, чтобы сократить вероятность сужения отверстия.

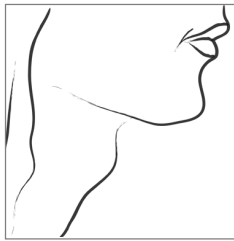
2. УВЕЛИЧЕНИЕ ГРУДИ

Операции по увеличению груди также распространены среди транс-женщин, как и среди биологических женщин. Увеличение груди не рекомендуется проводить по крайней мере в течение года после начала гормональной терапии (в соответствии со стандарта-

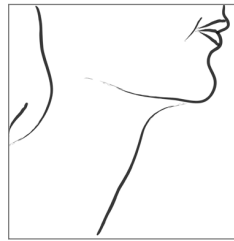
ми медицинской помощи), чтобы позволить груди расти. Часто, если рост груди продолжается, целесообразно бывает дождаться остановки роста, прежде чем рассматривать возможность операции. Используются разные типы имплантатов (физраствор и силикон) разной формы (круглые или каплевидные/анатомические). Они устанавливаются либо над грудной мышцей (препекторально), либо под ней (субпекторально). Выбор расположения обычно зависит от того, какую именно грудь хочет пациент и от количества тканей молочной железы.

3. ОПЕРАЦИЯ НА ЩИТОВИДНОМ ХРЯЩЕ/ТРАХЕЕ/КАДЫКЕ

Эта процедура может быть выполнена сама по себе или, как это часто бывает, в сочетании с другими операциями, особенно операциями по феминизации лица. Она может также быть выполнена совместно с операцией по смене тембра голоса. Если пациент собирается делать операцию по смене голоса, может также понадобиться помощь логопеда.



До



После

4. ОПЕРАЦИИ ПО ФЕМИНИЗАЦИИ ЛИЦА

Операции в этой категории могут быть объединены. Ниже перечислены некоторые процедур, но этот список не является исчерпывающим:

- коррекция волосяного покрова;
- пересадка волос;
- изменение контура лба;
- подтяжка бровей;
- ринопластика;

- увеличение щек;
- подтяжка губ;
- реконструкция подбородка;
- изменение контура челюсти;
- пересадка жировой ткани.

Коррекция волосяного покрова

Коррекция волосяного покрова необходима, чтобы исправить залысины и создать более женственный вид. На голове остаются шрамы, которые можно скрыть под волосами. Часто выполняется в сочетании с другими процедурами на верхней части лица, такими как изменение контура лба и подтяжка бровей, так как используется тот же разрез.

Пересадка волос

Может быть проведена для коррекции залысин. Может быть выполнена пересадка лоскута из волосистой кожи головы также. В случаях серьезного облысения лучше использовать накладку.

Изменение контура лба

Выполняется для уменьшения выпуклости гребня над глазами, чтобы создать более женственный контур лба.

Подтяжка бровей

У женщин брови располагаются выше на лбу, чем у мужчин. Лифтинг бровей может быть проведен методом открытой подтяжки (в сочетании с другими процедурами по изменению лба/волос) или с минимальным разрезом.

Увеличение щек

Выдающиеся щеки могут эстетически улучшить внешний вид как мужчин, так и женщин. Увеличение щек может быть достигнуто за счет установки силиконовых имплантатов или применения филлеров.

Ринопластика

Нос можно изменить и сделать его более женственным, уменьшив ширину крыльев носа и заострив кончик носа. Если кожа носа толстая, можно значительно уменьшить размер.

Реконструкция подбородка

Женские подбородки короче и острее, чем мужские. Доступны различные методы коррекции подбородка с помощью хирургии (гениопластика) или силиконовых имплантатов

Изменение контура челюсти

Квадратная форма челюсти и более тяжелая, более очевидная линия челюсти характерны для мужского лица. Коррекция челюсти проводится путем удаления части кости дальних углов челюсти, удаление части жевательной мышцы, для того чтобы челюсть менее выдавалась.

ХИРУРГИЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ЖЕНЩИНЫ В МУЖчину (FtM)

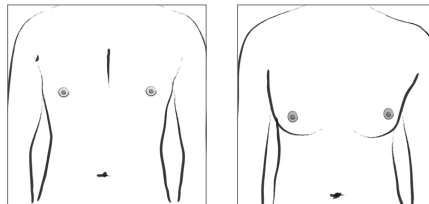
1. ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ

У мужчин и женщин анатомические разная грудь. У женщин обычно больше кожи, железистой ткани и подкожного жира. Сосково-ареолярного комплекс (САК) больше по размеру и имеет более срединное расположение, чем у мужчин. Кроме того, женщины имеют более выраженную инфрамаммарную (подгрудную) складку по сравнению с мужчинами.

Таким образом, цель операции состоит в том, чтобы удалить излишки кожи и железистой ткани, уменьшить и изменить положение сосково-ареолярного комплекса и удалить подгрудную складку, оставив наименьшее количество шрамов.

1. Периареолярный (инфраренальный) подход

Используется для маленьких грудей с минимальным количеством избыточной кожи. Положение соска не может быть изменено.

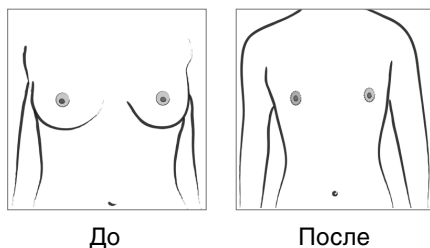


До

После

2. Циркумареолярный подход

Используется для груди со средним количеством кожи (размер В максимум) или с низкой эластичностью кожи. Это также позволяет нам перемещать сосок на небольшое расстояние и уменьшать размер САК.



3. Свободный трансплантат соска

Эти методы используются для увеличения груди, когда шрам проходит либо на уровне соска (см. рисунок 1), либо на уровне места прикрепления большой грудной мышцы (см. рисунок 2).

Рис. 1

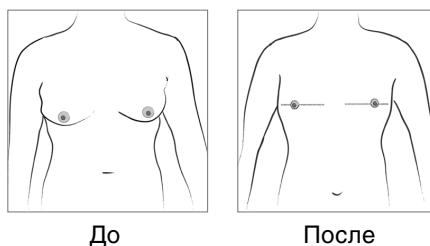
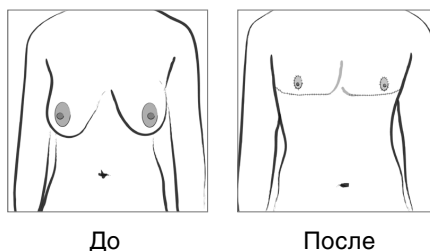


Рис. 2



2. ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Метоидиопластика

Включает высвобождение клитора и увеличение длины мочеиспускательного канала, чтобы он достиг кончика клитора, что при-

водит к образованию микропениса. Хотя все это обычно выполняется за одну процедуру, операцию можно разбить на несколько этапов. Методиопластика позволяет избежать чрезмерного рубцевания и множественных процедур фаллопластики. Цель состоит в том, чтобы пациент мог мочиться стоя.

Эта процедура обычно требует «заливки» тестостерона в клитор для увеличения размера головки.

Процедуру также можно сочетать с созданием мошоночного мешка с использованием местной ткани и за счет введения имплантатов яичка.

Фаллопластика (создание пениса)

Конечной целью является создание фаллоса с сохранением эrogenных и тактильных ощущений, чтобы пациент мог мочиться стоя и совершать половой акт. Зачастую эта операция производится в несколько этапов при участии хирургов разных специализаций.

Удаление матки (гистерэктомия) и удаление яичников и фаллопиевых труб (двусторонняя сальпингоофорэктомия) часто выполняется в первую очередь и производится с минимальными разрезами.

Для изготовления трубки кожи полового члена используются различные методы, обычно с использованием кожи предплечья, но можно также использовать кожу бедра или живота. Она оборачивается вокруг новой расширенной уретры.

Клитор часто помещается под половой член, что оставляет возможность стимуляции во время полового акта.

Кожные лоскуты используются для создания мошонки. Имплантаты яичка и/или протезы полового члена для поддержания эрекции вставляются в ходе отдельной операции минимум через 12 месяцев после фаллопластики. Осложнения, связанные с этими имплантатами, хорошо описаны и могут быть довольно распространенными.

Создание новой расширенной уретры означает, что операция имеет более высокий уровень осложнений по сравнению с генитальными операциями при переходе из мужчины в женщину. В результате некоторые хирурги создают фаллос без удлинения уретры.

ГЛАВА 15

УХОД ЗА НЕО-ВАГИНОЙ

ВНИМАНИЕ: эта глава содержит графические изображения гениталий.

Наконец великий день, когда была проведена операция по подтверждению желаемого пола наступил и прошел и человек, мечтавший стать трансженщиной, наконец-то ею стал. Вся в синяках и шрамах, проходя, надеюсь, без осложнений период восстановления после операции, наша новая трансженщина свободна для встречи с будущим, но вместе с этим будущим приходит ответственность за поддержание нового влагалища в хорошем рабочем состоянии. Иногда последующий уход за нео-вульвой и нео-вагиной оказывается ненадлежащим, и для каждого пациента возникает задача обеспечить соответствующий уход, обращая особенное внимание на то, что следует (а что не следует) делать со своим новым «приспособлением»! Чтобы сохранить свою сексуальную функцию, трансженщине следует посвятить достаточно времени изучению этого вопроса.

Итак, что вы видите, когда смотрите на свою нео-вагину? На рисунке 3 показан внешний вид вульвы трансженщины (биоло-



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

гической женщины), а на рисунке 4 показан внешний вид вульвы трансженщины.

Вульва на втором рисунке имеет хороший внешний вид, тогда как на третьем рисунке (рисунок 5) мы можем видеть, что вульва трансженщины, давно совершившей переход, находится не в таком благоприятном состоянии, как на первых двух рисунках.

Различные искажения внешнего вида могут никак не влиять на общее функционирование.

Сразу после операции может появиться ряд проблем, которые в основном связаны с образованием грануляционной ткани (заживление «гордой плоти»). Все это – часть процесса заживления и требует применения нитрата серебра для прижигания такой ткани и обеспечения полного заживления, которое должно проходить с комфортом. Могут оставаться кусочки старого шовного материала, который необходимо убирать, и, вероятно, придется вычищать всю область. Особенно важно, чтобы сразу после завершения операция, когда заживление продолжается, трансженщина применяла соляные ванны для сохранения области чистой от инфекции и обеспечения хорошего заживления. На данном этапе не стоит беспокоиться о направлении потока мочи, так как он будет меняться со временем, в итоге следует надеяться, что мочевого поток будет направлен вниз в унитаз, как при мочеиспускании у цисженщины.

Возможно, потребуется выполнение ряда других небольших процедур с участием врача-эксперта, и это может включать прижигание грануляционной ткани, которая может быть невидима, но способной вызвать кровотечение при дилатации или в начале полового акта. Это может вобудить беспокойство, хотя и совершенно безвредно. Возможно, вам выдали разные по размеру расширители, которые обычно бывают пластиковыми, с ручкой и ранжируются в размере от одного до пяти. Лично я рекомендую металлические фаллоимитаторы с гладкой полированной поверхностью. Они предпочтительны, потому что, во-первых, имеют градуированный наконечник, который делает вход более управляемым, и, во-вторых, поверхность металла гладкая и очень слабо сцепляется со свежей влажной оболочкой. У них есть дополнительное преимущество, заключающееся в том, что в них встроен вибратор на случай, если кто-то хочет поэкспериментировать. Размеры этих расширителей составляют, соответственно, 2,5 см

и 3 см, они стоят недорого, их можно купить в магазине, в котором продаются сексуальные приспособления.

При первых процедурах дилатации можно столкнуться с дискомфортом или даже болью, поскольку конец расширителя цепляется за выступ кожи или за рубец ткани. В этом случае следует пройти обследование у врача, но расширение необходимо продолжать, чтобы растянуть эту ткань так, чтобы она в итоге лежала удобно. В основном глубина проникновения составляет от 8 до 10 см, за исключением тех женщин, у которых при операции был использован сегмент сигмовидной кишки. Некоторым людям, разделяющим расхожие стереотипы о том, что нормальной глубиной является 16–18 см, глубина 8–10 см может показаться недостаточной. Но такая глубина скорее является исключением, чем правилом. Мое мнение: глубина 8–10 см вполне адекватна.

Важно подключить гормональную терапию на раннем сроке. Ясно, что вульва цисженщины нуждается в креме с тестостероном в качестве местного средства, и, конечно, для влагалища необходим крем с эстрогеном. Кто-то может спросить, следует ли обрабатывать неовагинальную кожу трансженщины эстрогеном или тестостероном, учитывая, что исходная кожа происходит от полового члена, которая будет тестостероно-зависимой. В некоторых неофициальных исследованиях, которые я проводила много лет назад, было высказано предположение, что гормональная восприимчивость неовагинальной кожи изменяется. Если сначала она восприимчива исключительно к тестостерону, то со временем – к смеси эстрогена и тестостерона. Из этого следует, что вполне допустимо использовать эстрогенный крем в нео-влагалище, как это было бы в случае цисженщины с биологическим влагалищем. Затем я рекомендую трансгендерным женщинам применять эстроген в форме крема или вагинальной таблетки сначала ежедневно, а потом три раза в неделю в последующие месяцы. При дилатации я рекомендую нанести на расширитель немного эстрогенного крема в качестве смазки.

Крем с эстрогеном смягчает кожу влагалища, так что она легче поддается растяжке как при помощи расширителя, так и пениса. Нужно сказать, что эстрогенный крем не очень сильно впитывается, когда кожа влагалища преобразуется эстрогеном. Большинство трансженщин неохотно используют крем с тесто-

стероном для вульвы в отличие от цисженщин. Когда его наносят на вульву или куда-либо еще, крем с тестостероном очень хорошо впитывается, и это может не понравиться трансженщине-неофиту, так как тестостерон является «ненавистным гормоном». Таким образом, если кожа вокруг нео-вульвы становится воспаленной, рекомендуется применять солевые ванночки с добавлением различных стероидных кремов в качестве альтернативы крему с тестостероном.

Крем с тестостероном также можно попробовать, если у трансженщины наблюдается рецидивирующий цистит или имеются трудности с мочеиспусканием, которые, как считается, связаны с уретрой.

Судьба нео-вагины с точки зрения функционирования зависит исключительно от того, задействована ли она в сексуальном плане. Я обнаружила, что нео-вагины женщин, вступавших в половой акт, находятся в гораздо лучшей форме с точки зрения внешнего вида по сравнению с теми, которые подвергались исключительно дилатации (или которые вообще никак не расширялись). Это не значит, что женщины, не имевшие сексуальных контактов, являются второсортными. Действительно, может быть, многие создали нео-вагину, но остались девственницами. В конце концов, сходная ситуация бывает и у некоторых цисженщин, и это может полностью соответствовать их желаниям.

Справедливо будет сказать, что успех нео-вагины во многом зависит от мастерства хирурга, создающего ее, но все же существуют проблемы, которые могут возникнуть независимо от того, насколько хорошо была выполнена эта процедура. Методы хирургической коррекции пола значительно усовершенствовались за прошедшие десятилетия. Говоря об этом, я имею в виду в основном так называемую технику инверсии полового члена, при которой кожа нео-вагины выстилается кожей полового члена. В некоторых случаях можно использовать кожу мошонки, но это влечет за собой опасность роста волос во влагалище, что может быть очень неприятным. Техника увеличения за счет использования участка толстой кишки (увеличение длины и размера влагалища с помощью петли кишечника) в наши дни не так популярна, так как может повлечь за собой ряд проблем.

Ошибка, характерная, по крайней мере, для операций в прошлом, заключается в том, что остается слишком много остаточной



Рис. 6



Рис. 7

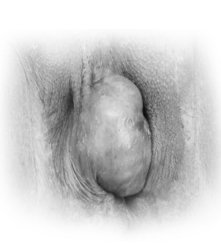


Рис. 8

эректильной ткани (пещеристое тело). Рисунок 6 демонстрирует вид в состоянии покоя, тогда как на рисунке 7 мы можем увидеть остаточную эректильную ткань, которая выступает при напряжении.

На рисунке 8 эректильная ткань выпирает у женщины, которая находится в состоянии возбуждения. Это может быть проблематично для нее, когда она занимается любовью, так как эта ткань может препятствовать проникновению пениса, а также может быть проблемой, когда женщина возбуждается в ненадлежащее время, в результате ей становится трудно ходить. Эту остаточную пещеристую ткань можно удалить хирургическим путем, но такую процедуру необходимо выполнять с большой осторожностью, чтобы не повредить трубу, ведущую к мочевому пузырю (уретре). Другой риск удаления этой остаточной ткани заключается в том, что наиболее чувствительная эрогенная область неовагины, находящаяся непосредственно в или рядом с точкой G в случае цисженщины, может быть повреждена, таким образом можно поставить под угрозу способность к возбуждению в будущем. На рисунке 9 вы можете увидеть ту же женщину, когда она не возбуждена, и различные участки нижней части влагалища, в том числе прогрессирующее повреждение кожи, что выглядит как рана с расходящимися краями. На рисунке 10 вы можете увидеть результат «ремонтных работ» через три дня после операции, которая позволила восстановить нормальный внешний вид.

Еще одна проблема может заключаться в том, что большие половые губы могут быть неполными и неокруглыми по форме, как это было бы у цисженщин. Не многие люди на это жалуются, но, на мой взгляд, из-за этого внешний вид может оказаться неудовлетворительным, поэтому я размышляю о том, чтобы компетентный пластический хирург рассмотрел возможность наполнения губ при помощи жировой инъекции.

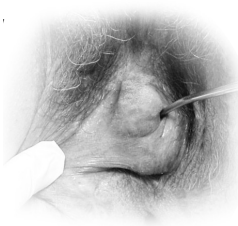


Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11

На рисунке 11 вы можете увидеть отдаленное осложнение, проявившееся в виде выпадения нео-вагины. Это в основном экстружия нео-вагины и неовагинальной кожи вне нео-вульвы. По какой-то причине нео-вагина «отдала швартовые». Вы можете видеть, насколько неприглядно это выглядит, по крайней мере, в операционной. В ходе лечения этого человека я применила инновационную процедуру под названием лапароскопическая ресуспензия нео-вагины, и результат этого вмешательства показан на рисунке 12.

Затем возникает интересный вопрос о «микросреде» нео-вагины, о том, как она соотносится с таковой у цисженщин. Хорошо эстрогенизированное цис-влагище содержит небольшие бактерии, которые способны превращать гликоген с кожи влагища в слабую кислоту, которая сохраняет кожу влагища чистой и здоровой. Нео-вагина не может вырабатывать гликоген, так как она не населена дружелюбными бактериями. Таким образом, нео-вагина требует больше усилий, чем естественное влагище. Рекомендуется использовать кремы, повышающие кислотность, такие как Aci-Jel. В дополнение к Aci-Jel я часто вставляю пробиотическую капсулу в конец аппликатора с эстрогенным кремом, в котором содержатся некоторые естественные бактерии, существующие во влагище и в кишечнике. Неизвестно, имеет ли это какое-либо дополнительное преимущество, но, по крайней мере, в случае одной пациентки в тяжелом состоянии, был получен желаемый эффект: была вылечена серьезная вторичная инфекция и прошли неприятные выделения. Таким образом, комбинация эстрогенного крема, Aci-Jel или подобного препарата с пробиотиком, кажется, может способствовать поддержанию этого органа в чистоте.

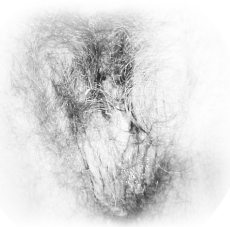


Рис. 12

Возможно, стоит сказать о лубрикантах. Лучше всего использовать полностью надежную смазку типа Silk, которая является гладкой, эффективной и удобна в применении. Следует избегать попадания маслянистых веществ в нео-вагину или даже в естественное влагалище, поскольку эти маслянистые вещества могут препятствовать входу во влагалище, которое всегда должно сохранять способность «дышать». Если шейка влагалища закупорена маслом или чем-то подобным, может произойти застой веществ в нео-вагине, которые затем начнут разлагаться и дадут тот неприятный запах, который очень знаком большинству женщин.

Спринцевание может быть полезно для избавления от старого, мертвого клеточного материала, остатков спермы и других материалов. Я бы сказала, однако, что слишком частое спринцевание нео-вагины нежелательно и должно проводиться раз в две недели или около того.

Хотя цисвагины, нео-вагины и их вульвы могут быть очень похожими, функционально они отличаются. Возбуждение у женщины в основном происходит через клитор и независимо от того, что говорят хирурги, в нео-вагине такой вид возбуждения в функциональном смысле обычно отсутствует. Нео-клитор – это орган эстетического характера. Обычно зона эротического возбуждения у трансженщины находится вокруг кожи у входа в нео-вагину или просто в самой вагине в точке, где мочеиспускательный канал встречается с мочевым пузырем или, как это называется в случае цисженщин, в точке G. Кажется, что большинство молодых трансженщин способны достичь оргазма, а иногда и очень успешно. Возможно, в случае пожилых трансженщин с недавно установленным «аппаратом» это может быть не так просто. Однако сексуальную функцию стоит реализовывать, поскольку усилия будут вознаграждены.

ГЛАВА 16

БЫТЬ ТРАНСОМ, ЖИТЬ КАК ТРАНС: ЛИЧНЫЙ ОПЫТ

Каково этот быть трансгендером? Как живется трансгендерному человеку?

На этот вопрос есть три очевидных ответа: во многом точно так же, как и нетрансчеловеку (цисгендеру); жизнь трансгендера отличается от жизни цисгендерного человека; этот опыт различен для каждого трансгендерного человека.

В этой главе я попробую привести аргументы для каждого из этих ответов. Я буду опираться на свой собственный опыт и свои знания об опыте многих транслюдей, которых я знаю, так и на более формальные источники, как, например, на мой текущий исследовательский проект, документирующий опыт перехода, особенно молодых трансженщин.

В каком смысле жизнь трансгендерного человека похожа на жизнь цисгендерного?

У всех нас есть повседневные дела и заботы, с которыми мы сталкиваемся. Мы должны зарабатывать на жизнь (учиться, работать, получать соцобеспечение). Нам приходится иметь дело с разными людьми: продавцами, водителями автобусов, врачами, коллегами, любовниками, друзьями и семьей. Мы обращаемся в разные учреждения и государственные органы. И, конечно же, мы должны обеспечить свои основные материальные потребности в еде и жилье; мы должны платить за аренду, покупать продукты и мыть посуду. Но в значительной степени наш опыт решения этих повседневных проблем отличается от опыта цисгендерных людей.

До перехода я возглавляла кафедру в университете, где работала 23 года. Для меня это означало, что, когда я совершала переход, я должна была очень выборочно «выступать в новой роли» в течение первых шести месяцев. Сначала с определенными

коллегами, включая моего собственного руководителя, а затем с остальными коллегами, студентами и в международных академических кругах.

Мне также надо было рассказать о переходе своим родителям, которые в течение 62 лет знали меня как своего сына. Мне надо было им сказать о том, что я больше не сын. Я боялась отвержения и боли, но я понимала, что и им придется столкнуться с чувством потери.

Мне также пришлось задаться вопросом, как, когда и нужно ли вообще говорить об этом своим потенциальным партнерам. Потом настала очередь тех людей, с которыми я сталкивался в связи с моим новым увлечением – настольным теннисом. Я должна была проинформировать организаторов региональных, государственных и национальных соревнований и своих соперников.

Чем жизнь трансгендерного человека отличается от жизни цисгендерного?

Мы, трансгендеры, сталкиваемся с принципиально иными личными проблемами, чем цисгендерные люди. Более того, наши проблемы дополняют все остальные, привычные для цисгендерных людей. В то время как цис- и транслюди имеют дело с повседневными проблемами со здоровьем (общие сезонные проблемы и случайные травмы), транслюди также сталкиваются с проблемами, связанными с режимом приема гормонов, которые очень важны для многих из нас. Это включает в себя регулярный мониторинг и потенциальные долгосрочные побочные эффекты, такие как негативное воздействие на печень.

Трансмужчины, в отличие от цисмужчин, должны следить за тем, чтоб у них не возникло гинекологических заболеваний. В то время, как и цис-, и трансженщины (но также и мужчины) подвержены раку молочной железы, трансженщинам, возможно, приходится сталкиваться с риском рака простаты, которые не актуальны для других женщин. Для меня это также означало необходимость объяснить моему врачу, почему я не делала мазок шейки матки и почему мне нужна проверка простаты. Это также означало необходимость объяснить медсестре в маммологической клинике, почему у меня не было маммографии до 64 лет, и рассказать в регистратуре, почему в медкарте я была записана как мужчина, когда я посетила отделение неотложной помо-

щи больницы с вывихом лодыжки. Все это не слишком большие проблемы, но каждая из них может заставить нас чувствовать себя неловко, мы можем столкнуться с дискриминацией и трансфобными реакциями.

Другие «личные» проблемы возникают в сфере отношений: в каких отношениях мы теперь будем с человеком, с которым жили до того, как совершили переход?

Я все еще тот же человек? А если нет, каковы отношения между «другим» собой и «мной»? Как мне справиться с этим с точки зрения преемственности моей жизни?

Многие из нас никогда не чувствовали себя «правильными» мальчиками и мужчинами, девочками и женщинами, которыми нас всегда считали. Многие чувствовали, что главенствующее в культуре понимание гендера не соответствует переживаемой ими реальности. Мы боролись и продолжаем бороться, чтобы лучше понять себя и свой гендер и чтобы другие поняли, сколько дискомфорта это может вызывать, когда мы хотим вести обычную социальную жизнь. Кроме того, у многих сохраняются напряженные отношения с самими собой, со своим телом, и это причиняет много беспокойства.

Мне потребовалось семь лет перехода, чтобы преодолеть моменты глубокого, всепоглощающего чувства горя, возникающего из-за мысли о том, что кто-то другой прожил мою жизнь. На этом фоне моя собственная жизнь как Мелиссы казалась беспросветно темной и пустой.

Все категории людей подвергаются насилию и могут стать жертвами различных предубеждений. Цис- и транслюди с разным цветом кожи могут столкнуться с расизмом. Цис- и транслюди с различными физическими недостатками сталкиваются с социальным миром, в котором их обычно считают неполноценными, в котором они оказываются объектами жалости или презрения. Они также сталкиваются с материальным миром, в значительной степени организованным для здоровых людей, поэтому им приходится решать такие проблемы, которые не возникают у других людей. Цис- и транслюди, которые являются геями, могут стать жертвами гомофобии.

Трансгендеры также подвержены предрассудкам и дискриминации по гендерному признаку. Множество существующих предрассудков делают мир для трансгендерных людей гораздо более

опасным местом, чем для цисгендерных людей, в отношении которых существуют совсем иные представления.

Наша жизнь также отличается от жизни цисгендерных людей тем, что мы должны вести переговоры с миром, где принято считать, что существует только два типа людей (мужчины и женщины), что наш пол и гендер определяются природой, что гендер закреплён в наших хромосомах и выражается нашими гениталиями и что он остается неизменным на всю жизнь. Этот чрезвычайно распространенный способ восприятия мира, который многие сейчас называют циснормативностью, заставляет нас выглядеть (и может даже заставить нас самих чувствовать себя) в лучшем случае странными, а в худшем – уродами.

Связанное с этим предубеждение, которое мы называем циссексизмом, проявляется в том, что транслюди чаще подвергаются насилию и дискриминации, чем наши цис-«эквиваленты». Как класс мы беднее, более социально маргинализированы, менее здоровы, менее образованы, менее трудоустроены, более запуганы, чаще оказываемся в тюрьме и более подвержены насилию различного рода, от преследований и издевательств до избиений и убийств.

Хотя в целом я чувствую себя достаточно уверенно, и вижу, что меня редко воспринимают «мужчиной в платье» или «трансом», но в те моменты, когда я ловлю на себе пристальные взгляды, я испытываю страх и беспокойство относительно своей физической безопасности, иногда вплоть до паники.

Однако, возможно, здесь стоит упомянуть, что для многих из нас встреча или принятие того, что мы можем описать как «истинное» я, может оказать на нас преобразующее воздействие. Вместе с чувством освобождения в нашу жизнь может войти богатство ощущений и радость, которые можно сравнить с переживаниями некоторых людей при встрече с духовным или религиозным опытом. Это как заново родиться.

Одна из моих самых близких подруг описала мое настроение в течение первого года моего перехода как «эйфория, вызывающая тошноту», и моя мама неоднократно говорила, что после потери сына ей приносит утешение видеть меня такой счастливой, как никогда прежде.

До сих пор я говорила о сходстве и различиях между цисгендерными и трансгендерными людьми. Но мы знаем, что среди цисгендерных людей существуют огромные различия.

Несмотря на то, что они могут иметь общие черты, обусловленные их гендером, социальным классом, уровнем достатка или бедности, регионом проживания или национальностью, они все равно различаются. У них есть свои индивидуальные отличия, например в темпераменте, в стилях общения, в предпочитаемых видах отдыха, в физическом и психическом здоровье, а также в ощущении благополучия. То же самое относится и к транслюдям. Мы также различаемся с цисгендерными людьми по классу, расе, гендеру, образованию и так далее. Я прекрасно осознаю, насколько легче был мой собственный переход, чем переход многих моих друзей, благодаря той поддержке, которую я получила на работе, в семье и от друзей, а также благодаря тому, что у меня была надежная, хорошо оплачиваемая работа.

Мы также сильно различаемся в аспектах нашего опыта, непосредственно связанных с нашей трансгендерностью. Одним из аспектов этого является возраст, в котором мы признаем свою трансгендерность и в котором мы решаем осуществить переход. Очевидно, что этот опыт существенно отличается у разных людей. С одной стороны, есть те, кто чувствует несоответствие между своим гендером и назначенным при рождении полом с раннего детства и кого в этом поддерживают родители. С другой стороны, есть те из нас, кто проходит период полового созревания в той гендерной роли, которая доставляет дискомфорт, и те из нас, кто борется с ложными проблемами, например с чувством вины, возникающим из-за того, что мы в тайне переодеваемся в одежду другого пола, или с ненавистью к себе, развивающейся из-за того, что мы живем в браке и строим семьи, до того, как признать «истинную проблему» или принять то, с чем мы так долго боролись. Я не знала, что я трансгендер, пока мне не исполнилось 62 года, и мое признание этого факта сродни прозрению. Я просто поняла, кто я такая. Я поняла, почему я так сильно переживала всю свою жизнь. И все же, оглядываясь назад, я вижу, что в разные моменты жизни на это указывали соответствующие признаки, например, когда мне было 11 лет, а потом, когда мне было около 30 лет. В то время я ошибочно приняла их за признаки перверсии. Я думала, что меня вводят в искушение мое воображение и мои желания, из-за которых я отправляюсь в ад. Я испытывала огромное чувство вины, когда поддавалась им.

Нам с разной степенью сложности удается принять свою трансгендерность. Мы по-разному подходим к решению вопроса по совершению перехода и по-разному строим свою трансгендерную жизнь. Для некоторых из нас отсутствие уверенности в себе, депрессия, другие сопутствующие внутренние конфликты, а также потенциальные риски, например страх потерять своих близких, делают почти невозможным даже представить, что мы могли бы когда-нибудь совершить переход. И в результате мы чувствуем себя беспомощными и запертыми в ловушке. Для многих из нас, кто совершает переход, эти страхи становятся реальностью; многие из нас теряют своих родителей, братьев и сестер, партнеров, детей и друзей, а также работу. В некоторых случаях распад семьи влечет за собой правовые и финансовые трудности.

Когда мы начинаем переход, многие из нас, по разным причинам, предпочитают заниматься самолечением, в том числе из-за того, что нам не удается найти доступные качественные медицинские услуги. Но даже если таковые предоставляются, то требования, выдвигаемые службами здравоохранения, заставляют нас «выписывать кренделя», чтобы их получить. Кроме того, нам нужно принять решение относительно характера самого перехода:

- «Скрытый» переход, при котором мы создаем для себя принципиально новую жизнь и выступаем в роли трансгендерного человека соответственно тому гендеру, с которым мы себя идентифицируем.
- «Открытый» переход без какого-либо дополнительного фокуса на нашей трансгендерности, а скорее на других аспектах нашей жизни, которые не изменились, таких как работа.
- «Активный», «громкий и гордый» переход, при котором мы используем наш трансстатус, чтобы привлечь внимание к искаженному восприятию трансгендерности, присущему нашей культуре, и вопросам дискриминации, с которой мы сталкиваемся.

По мере того как мы все больше принимаем себя и свой гендер, стратегия перехода может измениться. Сейчас я комфортно ощущаю себя в новом качестве и в новой жизни. Меня снова стали волновать вопросы, никак не связанные с транспроблематикой, и среди моих друзей теперь не только трансмужчины и трансженщины. Тем не менее у меня двойная идентичность: я женщи-

на и трансженщина. И я продолжаю быть трансактивисткой в том смысле, который наиболее близок мне.

Мы все преследуем разные цели, когда решаемся изменить свои тела. Они будут существенно разными для трансмужчин и трансженщин. Несмотря на медицинские технологии, многие молодые трансженщины решают быть женщинами с пенисами и не планируют операции на половых органах. На наши решения, связанные с выбором медицинской помощи и образом тела, могут оказать влияние различные факторы, в том числе социальное положение, происхождение и возможности, обусловленные возрастом, образованием, классом, расовой/этнической/культурной принадлежностью и занятостью. Кроме того, у нас может быть разное отношение к «пассу». Некоторые из нас стремятся быть неотличимыми от типичных представителей «нового» гендера, другие подвергают сомнению нормы гендерного выражения в различной степени (например, трансженщины, которые решают сохранять «мужской» голос или делают выбор в пользу гендер-квир идентичности, противоречащие бинарным гендерным представлениям).

У нас разные сексуальные предпочтения как в плане ориентации (гетеро-, гомо-, би-, пан-), так и в плане самого секса. Неизбежно прежняя история нашей сексуальной жизни, особенно тех из нас, кто совершил «поздний» переход, оказывает влияние на нашу трансгендерную жизнь. Многие из нас предпочитают те же тела, которые привлекали их до перехода, хотя некоторые открывают новые удовольствия с партнерами другого пола. Те из нас, от кого уходят партнеры, с кем они прожили долгую жизнь, оказываются одни, возможно, впервые в жизни и вынуждены искать новых любовников, которые примут их и их тела, сталкиваясь на этом пути с отвержением и одиночеством. И те из нас, кто борется с долгой историей ненависти к себе и избегания близости, могут изо всех сил пытаться построить различные типы романтических, сексуальных, эмоциональных и семейных отношений, которые они хотят иметь. Сексуальные истории многих из нас отмечены фетишизмом. Например, трансженщины перед переходом часто оказываются вовлеченными в принудительную феминизацию, и это, как правило, связано с подчинением и мазохизмом. (Мой опыт принудительной феминизации заставлял меня думать, что я скорее «просто извращенец» вместо того, чтобы

признать свою трансгендерность.) Хотя некоторые из наших ролей и практик могут измениться после перехода (от подчинения к доминированию, от мазохистских к садистским, а наша потребность в принудительной феминизации может просто исчезнуть), фетишистские практики и круг общения тем не менее часто продолжают выступать неотъемлемыми атрибутами нашей жизни.

Наконец, для некоторых из нас переход является ключом к решению многих, если не большинства, «личных проблем», которые нас беспокоили. Однако у многих сохраняется целый ряд проблем, которые могут быть прямо, косвенно или совсем никак не связаны с нашей трансгендерностью: депрессия, наркомания, неполное образование, безработица и бедность. Я считаю, что мне повезло: переход и самопринятие, на котором он основывался, позволили мне избежать множества личных проблем. И все же у меня еще сохранились некоторые старые привычки, особенно в близких отношениях, которые, по-видимому, не имеют ничего общего с моей трансгендерностью, и которые продолжают причинять страдания тем, кто находится рядом со мной.

Тем, кому мы не безразличны, кто хочет лучше понять нас и поддержать, важно иметь представление о том круге вопросов, который может возникать в связи с нашей трансгендерностью. В равной степени важно осознавать и понимать, каким именно образом эти общие для нас проблемы проявляются в индивидуальной жизни каждого. Никто из нас не соответствует ни одному из тех стереотипов, которые можно найти в литературе и средствах массовой информации. В связи с этим важно, чтобы все наши голоса были услышаны. Мы сами должны задать направления, расставить приоритеты и работать над нашими проблемами так, как это будет лучше для нас.

ГЛАВА 17

МОЛОДОЙ И ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ

Подростков считают ленивыми, раздражительными, ужасными детьми. Застывание на этой неловкой стадии между ребенком и взрослым делает жизнь очень тяжелой. Школа, свидания, экзамены и дополнительный стресс, связанный с попыткой понять, кто ты есть и чего ты хочешь, – это сложно. Но как насчет того, чтобы быть трансгендерным подростком?

Я перестал скрывать, что я трансгендерный мужчина, когда мне исполнилось 14 лет. Большую часть моего позднего детства и раннего подросткового возраста я размышлял о своем представлении о себе: о своем гендере, разумеется, и, как ни странно, о своем любимом цвете. Подростковой возраст – время больших перемен, некоторые из них хорошие, а некоторые плохие. Для трансгендерного подростка период полового созревания – это настоящий ад. Меня бесило, что я никак не мог повлиять на те изменения, которые происходили с моим телом, и на то, как люди воспринимают мое тело.

Одно из моих самых ранних воспоминаний связано с тем, как я лежу ночью в кровати и молюсь Богу, чтобы он сделал меня мальчиком. Мне было шесть лет. Мой учитель религиозного образования ясно дал понять, если попросить Бога о чем-то, он исполнит это. Но на следующее утро я проснулся в полном замешательстве. Ничего не изменилось.

В течение многих лет, предшествующих подростковому возрасту, я задавался вопросом: «Я мальчик или девочка?». Я уверен, что одной из причин, по которой эти вопросы никогда не прекращались, было то, что я никогда не давал на них прямого ответа. Проще говоря, я не знал ответа!

Мне очень нравился мой стиль: отчетливо мужской, с короткими волосами. Я всегда играл в стереотипные мальчишеские игры.

Я чувствовал себя счастливым и довольным, когда меня воспринимали как мальчика. Но, конечно, источником всех недоразумений (и моего собственного замешательства) было то, что моя семья и друзья постоянно называли меня девочкой. Я принял эту неудобную для себя форму обращения, но никогда не получал от этого удовольствия. Неоднократно я задавался вопросом, всем ли свойственно это чувство неудовлетворенности относительно какого-то главного аспекта себя.

В подростковом возрасте, когда люди перестали сомневаться, мальчик я или девочка, дискомфорт стал невыносимым. Мое тело менялось – и это только укрепляло их восприятие меня как женщины. Я не мог контролировать восприятие людьми своего тела, и я чувствовал себя проигравшим. Мне было легче игнорировать мое собственное внутреннее гендерное замешательство, когда все остальные, похоже, тоже не были в этом уверены. Но мое тело менялось, и дискомфорта было слишком много. Я не чувствовал, что могу больше игнорировать эти чувства. Я не хотел продолжать пытаться быть кем-то, кем я не являлся.

Мне нужно было понять, почему я чувствовал, что чувствовал. К счастью, на помощь пришли YouTube и многочисленные интернет-ресурсы (от «Как я узнал, что я транс» до теста «Ответь на вопросы и узнай, транс ли ты»). Я нашел видео на YouTube под названием «Как я узнал, что я трансгендер (и некоторые советы по каминг-ауту)», снятое Скайларом Керджилом, трансгендерным мужчиной и трансактивистом. В видео рассказывалось о том, как он узнал и признал, что он трансгендер. Он объяснил, как до своего перехода он чувствовал, что некоторые части его тела не соответствовали его представлению о себе. Это нашло во мне отклик. Он рассказал о том, как долго пытался игнорировать эти чувства, что он поступал определенным образом и притворялся кем-то другим. Какое-то время он думал, что носить короткие волосы и мужскую одежду может быть достаточным, чтобы чувствовать себя лучше, но это было не так. Он говорил все то, что я думал и чувствовал в свои 11 лет.

Я почувствовал такое облегчение. Поскольку кто-то действительно знал, что я чувствую, это помогло мне по-новому понять себя. С некоторыми вопросами, разочарованиями и тревогами стало легче справиться, просто зная, что в мире есть другие люди, которые чувствуют себя, как я.

Как будто бы в моей голове включили свет. Я знал, что я трансгендерный мужчина, и я знал, что не хочу, чтобы меня звали по имени, данному мне при рождении. Но я был напуган. Я не знал, что делать. Как люди будут относиться ко мне, если узнают, кто я? Я беспокоился о том, что это новое понимание значит для моей жизни. И мне было страшно, как отреагируют мои родители. Но узнав больше о том, что значит быть трансгендером из онлайн источников, я нашел в себе силы подумать, как рассказать своей семье и друзьям. Я помню, как говорил о разных трансмужчинах в разговорах с мамой, рассказывая, что я смотрел видео и что меня это заинтересовало, чтобы просто посмотреть, как отреагирует мама. Чтобы понять, примет ли она меня.

Собрав все свое мужество, однажды ночью я попросил маму войти в мою комнату. Я усадил ее и, прежде чем я смог начать говорить, я заплакал. Я был так напуган и обеспокоен, что она возненавидит меня, что не смог сдержать своих чувств. Единственные слова, которые я мог найти, были: «Мам... Я... я думаю, что я...». И она сказала: «Ты думаешь, что ты трансгендер, не так ли?». Я просто кивнул. Она обняла меня и сказала: «О, детка, я люблю тебя. Мы что-нибудь придумаем».

Что касается отца, то я написал ему письмо, в котором объяснил, что такое трансгендерность, и сказал, что я трансгендер. В отличие от мамы у моего отца не было опыта взаимодействия с трансгендерами, но он ответил мне и сказал, что любит меня и что хочет поговорить о тех шагах, которые нам нужно теперь предпринять.

Хотя я не хочу романтизировать свой опыт, мне повезло. Мои родители, семья и друзья отреагировали как в сказке. Безусловная любовь – такая мощная штука. Даже если я транс, я все еще достоин любви, будь то романтическая любовь, любовь к себе или любовь моих родителей. Иногда быть трансом сложно, но это не меняет того факта, что я все еще человек. Самое отважное, что я могу сделать как трансчеловек, – это любить себя.

С этого момента мой опыт подросткового возраста изменился. Я знал, что был мужчиной до того, как совершил каминг-аут. Я знал, что я был трансгендером, но ко мне никогда так не относились. Когда общество начало смотреть на меня как на трансгендерного мужчину, моя трансидентичность стала значимым

аспектом моего бытия. Подростковая жизнь стала другой после того, как я заявил о себе как о трансгендере.

Одним из самых существенных отличий было то, что моя жизнь стала подчиняться медицинским и правовым правилам. Поскольку я знал, что в 13 лет мне нужно будет принимать тестостерон, я должен был участвовать в процессах, которые были вне моего контроля.

Моя мама отвела меня на мою первую в жизни встречу со специалистом по гендерным вопросам в местной клинике сексуального здоровья в 14 лет. На этой первой 45-минутной встрече мне сказали, что, поскольку я был трансгендерным подростком, мне предстоит встретиться с рядом специалистов, чтоб можно было наверняка подтвердить мою трансгендерность. Я был сбит с толку. Я уже сказал им, что я трансгендер. Почему они сомневались в моих словах?

Лечение и обследование в медицинских учреждениях – это обычная часть жизни трансгендерных подростков. В то время как у меня не возникало никаких вопросов о том, был ли я трансгендером или нет, медицинское заключение гарантировало, что моему мнению на этот счет можно доверять. В Австралии, в отличие от многих других стран, трансгендер в возрасте до 18 лет не может получить доступ к тестостерону без обращения в суд по семейным делам за юридическим разрешением.

Суд по семейным делам потребовал, чтобы мне поставили диагноз «гендерная дисфория» и чтобы он был подтвержден несколькими врачами, специализирующимися на гендерной проблематике. Они подтвердили, что я отдавал себе отчет в том, какие последствия влечет за собой прием тестостерона. Наверное, в крупных городах, где больницы имеют опыт оказания поддержки молодым трансгендерам в получении необходимого лечения, суд по семейным делам рассматривает все это быстрее. Но в провинции Австралии я был первым в моем городе человеком, который подал подобное прошение в суд. Это стало возможным только благодаря безвозмездной помощи адвокатов (*pro bono*) и барристера из столицы, которые посвятили свое время моему делу. Они знали, насколько важен этот процесс для меня, и хотели, чтобы я начал принимать тестостерон, как и я сам.

Каждый человек в зале суда в тот день – адвокаты, барристер, представитель службы безопасности детей, мои родители,

я, члены моей семьи и друзья, а также судья – все согласились с тем, что я достаточно компетентен, чтобы принимать самостоятельные решения в отношении собственного лечения (что я могу дать осознанное согласие на лечение тестостероном), но также и то, что сам судебный процесс был несправедливым, ненужным и, в конечном счете, бессмысленным. Я начал принимать тестостерон через 10 дней.

Я думаю, что мой успех в суде по семейным делам и прием тестостерона позволили мне идти по жизни с уверенностью, которой я никогда раньше не испытывал. Мне казалось, что влияние гендерной дисфории на мою жизнь сократилось до приемлемого уровня.

Я начал регулярно посещать гендерного психолога и детских эндокринологов. Я проехал 1340 км, чтобы попасть на прием к детскому гендерному психофизиологу. Медсестры приходили домой и делали инъекции блокаторов гормонов, и я регулярно ходил на прием к врачам общей практики. Я еженедельно посещал клинику сексуального здоровья для консультирования по гендерным вопросам и гормональной терапии. Я не могу вспомнить, чтобы мне приходилось называть свое имя в клинике и рассказывать о причинах посещения. Я знаю имена всех сотрудников, а они знают меня, им известно, почему я прихожу. Клиника сексуального здоровья – это почти мой второй дом. Я постоянно хожу в одно и то же место, которое не является школой, по крайней мере, раз в месяц, начиная с 14 лет и до сих пор, это как-то даже забавно.

После того как я начал прием тестостерона, я перешел на дистанционное обучение. Теперь мне нужно было быть мужчиной в школе и дома. В школе, в которую я ходил, не было жестких правил относительно формы. Там принимали и поддерживали учеников с гендерной дисфорией и на стадии совершения перехода, что подразумевало возможность носить наиболее удобную форму и пользоваться той туалетной комнатой, посещать которую ученику комфортно.

Директор школы очень тщательно изучил вопрос относительно того, как принять трансгендерного ученика, и был действительно готов выслушать мою точку зрения. Я всегда буду благодарен за это. Я выбрал мужскую форму в школе и был приятно удивлен тем влиянием, которое это оказало на качество моего школьного опыта. Когда я проходил судебный процесс и учился дома, лю-

ди считали меня трансмужчиной, а не просто мужчиной. Ходить в школу и иметь возможность носить мужскую форму означало, что я больше не выделяюсь среди остальных как трансмужчина, меня впервые приняли как мужчину в обществе.

Мне не стыдно быть трансом, и я люблю свою трансидентичность, но никогда прежде у меня не было возможности настолько утвердиться в своем гендере в качестве мужчины.

Хотя признание тебя обществом в качестве мужчины является положительным опытом, для меня никогда не было жизненно важным идентифицировать себя как мужчину. Я принял решение принимать тестостерон исключительно для себя, чтобы облегчить гендерную дисфорию, а не с целью того, чтобы другие воспринимали меня как мужчину. Когда я впервые узнал о приеме тестостерона (в 11 лет) и о том, что такое транс, я подумал: чтобы стать трансгендером, нужно совершить медицинский переход. Иными словами, желание быть трансгендером означало желание стать цисгендерным человеком. Но по мере того, как я рос и мое понимание трансгендерности развивалось, я осознал, что мое желание совершить медицинский переход никоим образом не связано с другими людьми, с тем, что они обо мне подумают и как воспримут. Мое решение всегда было обусловлено моим желанием быть более довольным физическим ощущением себя.

Как молодой трансгендерный человек, я благодарен предыдущим поколениям трансгендерных мужчин и женщин, которые постоянно отстаивали права и возможности, которыми мы теперь пользуемся как трансгендерные подростки. Быть подростком-трансом по-прежнему нелегко. Мы сталкиваемся с проблемами, связанными с медицинским переходом, судебными разбирательствами и стрессом подросткового возраста в целом. Но если бы вы спросили меня в 14 лет, что я хочу, я бы сказал: «Принимать тестостерон». Теперь, когда у меня это получилось, я хочу, чтобы больше подростков, таких как я, получили доступ к гормонам, в которых они нуждаются, без лишних барьеров, вызывающих усиление тревоги. Я пока не знаю, стану ли я адвокатом, защищающим права трансдетей на безвозмездной основе, или политиком и отменю необходимость рассмотрения подобных дел в Семейном суде, предложив что-то более эффективное и корректное для трансмолодежи и их семей. Как и у любого другого подростка, у меня есть надежды на будущее.

ГЛАВА 18

КАК РАССКАЗАТЬ ОБ ЭТОМ ДЕТЯМ?

Прежде чем отвечать на вопрос, как говорить на эту тему с детьми, подумайте, что вы говорите самим себе. Очень важно прояснить это до того, как вы скажете что-либо ребенку. Следует также иметь в виду этапы детского развития. Следует понимать, что у ребенка есть определенные ограничения относительно того, что он может понять в каждом конкретном возрасте, поэтому не нужно перегружать детей той информацией, которую они не могут осознать.

Иногда бывает, что человек, неуверенный относительно собственной гендерной идентичности, хочет быть откровенным со своим маленьким ребенком и делится с ним своими мыслями о переходе в другой гендер, рассказывая о том, что «папочка» возможно хочет стать «мамочкой». Я обычно советую своим пациентам воздерживаться от таких разговоров до тех пор, пока они не будут более уверены в своем собственном решении относительно своей гендерной идентичности и своих намерений касательно коррекции пола или изменения гендерной роли.

Люди, у которых есть маленькие дети и которые экспериментируют с одеждой и гендерными ролями, часто рассказывали мне, что они переодевались после того, как их дети ложились спать, чтобы избежать сложных объяснений относительно их необычного внешнего вида. Они обычно испытывали беспокойство относительно того, что они скажут своим детям, если те увидят их или найдут их «секретную одежду». Мой совет заключается в том, что, хотя эксперименты с гендерной внешностью могут иметь для них большое значение, на ранних этапах нет необходимости рассказывать о «своем секрете» детям. Если же ребенок увидел «папочку в платье», то вместо того, чтобы нервно выпаливать паническое признание в гендерной дисфории и рассказывать о будущей

смене пола сбитому с толку пятилетнему ребенку, вероятно, лучше будет ограничиться простым объяснением, которое ребенок в состоянии понять. Маленьким детям доступна концепция переодевания и костюмированных мероприятий, поэтому у родителей должно быть заготовлено одно простое объяснение, которое может звучать так: «Иногда папе бывает весело переодеться в костюм, как и тебе». Часто этого бывает достаточно.

Винсент жил со своей партнершей и двумя детьми. В прошлом году Винсент рассказал партнерше о своей гендерной дисфории и поделился своим желанием поэкспериментировать с одеждой, чтобы представить себя в женской роли. Он не был уверен, захочет ли идти дальше, чтобы рассматривать возможность хирургической или гормональной коррекции пола в будущем, и тогда не обращался в гендерную клинику. До того как все рассказать своей партнерше, Винсент переодевался в ее одежду и пользовался ее макияжем, когда ее не было дома. Но он набрался смелости, чтобы поговорить с ней в прошлом году. С тех пор его жена поддерживала его в переодеваниях по вечерам, когда их дети ложились спать, и он приобрел для себя соответствующую одежду. Жене Винсента было трудно понять, почему он хотел переодеваться, и они оба знали, что их детям это будет трудно уяснить, так как им было всего три и пять лет.

Однажды вечером, когда дети легли спать, переодетый Винсент и его жена сидели вместе на кухне и пили вино. Их пятилетний сын не мог уснуть и пришел на кухню. Он был шокирован, увидев папу в платье, но Винсент и его жена сказали своему сыну, что они играли в игру с переодеванием и что он позволял маме одеть его в ее одежду ради забавы и в качестве штрафа за невытую посуду. Они улыбались, смеялись и спрашивали сына, выглядит ли папа смешно, одетый, как мама. Их сын принял предложенное объяснение, и его первоначальный шок сменился весельем. Позже он смог вернуться в кровать, смеясь над забавной игрой своих родителей. Годы спустя, когда их сын подросток, Винсент и его жена смогли поговорить с ним о той ночи, чтобы объяснить гендерную дисфорию Винсента и его желание постоянно жить в роли трансженщины. К тому моменту он уже принял такое решение.

Родители, обдумывающие возможность переназначения гендера, по понятным причинам беспокоятся о том, когда лучше всего об этом сообщить своим детям и окажет ли это на них пагубное влияние. Иногда, как и в случае других событий, влияющих на воспитание детей, таких как развод или расставание, родители могут принять решение дождаться, когда их дети достигнут определенного возраста, чтобы рассказать им все, поскольку тогда дети могут с большей вероятностью понять сказанное. Конечно, нет четких правил и нет «правильного времени», и профессионалы вряд ли посоветуют ждать, пока дети достигнут определенного возраста. Здравый смысл подсказывает, что не стоит затевать серьезных перемен (например, переезда/перехода в другую школу/эмиграцию/гендерный переход) в то время, когда им необходимо сосредоточиться на важных экзаменах. Многие родители учитывают это в таких случаях.

Решение о том, когда сказать ребенку о переходе, следует принимать с учетом конкретной ситуации, своих собственных потребностей и пожеланий в отношении гендерного перехода, а также принимая во внимание то влияние, которое он может оказать на детско-родительские отношения. Нет никаких научно подтвержденных данных относительно того, какое именно влияние оказывает гендерный переход родителей на детей в разном возрасте. Соответственно, нет никаких рекомендаций касательно того, в каком возрасте было бы лучше всего (или с наименьшим возможным вредом) сообщить ребенку о переходе. В любом случае такое исследование было бы очень трудно провести. Как правило, дети довольно устойчивы и часто бывают менее шокированы, чем ожидают родители. В наши дни дети больше, чем когда-либо, знакомы с такими терминами, как трансгендеры, а подросткам хорошо известны трансгендерные люди в мире знаменитостей, благодаря социальным сетям.

Если один из родителей планирует гендерный переход, важно, чтоб у детей был еще кто-то, с кем они могли бы открыто поделиться своими мыслями, своими страхами, задать интересующие их вопросы в безопасной и конфиденциальной обстановке. Этим человеком не обязательно должен быть терапевт. Ребенка может поддерживать понимающие дедушка или бабушка, тетя, дядя, учитель или другой взрослый, который сможет взять на себя эту функцию. Этот человек не должен быть экспертом по гендер-

ной дисфории; его задача в том, чтобы эмпатически слушать ребенка и помочь ему выразить свои эмоции относительно перехода в атмосферу доверия и безопасности.

После того как принято точное решение относительно перехода, родителям рекомендуется проинформировать администрацию и персонал школы, чтобы ребенку могли обеспечить необходимую поддержку и учитывать особенности периода адаптации. Примерно в это же время необходимо подумать, как помочь ребенку принять то, что происходит. В адаптационный период может снизиться успеваемость, и это должно быть принято во внимание. Следует также быть готовыми к любым недоброжелательным реакциям со стороны других детей на игровой площадке или даже со стороны родителей других детей в школе.

Дети готовы к новым впечатлениям в большей степени, чем взрослые. Как известно большинству родителей, дети часто выбирают свой способ эмоционального реагирования на какое-то событие в зависимости от реакции родителей. Если ребенок упал и получил ссадину, то чрезмерно тревожный родитель может отреагировать на падение своего малыша как на катастрофу, и тогда, скорее всего, ребенок усвоит такую эмоциональную реакцию и сильно испугается, поскольку считывает соответствующие сигналы из окружающей среды, которые дают ему подсказку относительно того, как ему следует реагировать. С другой стороны, если родитель сохраняет спокойствие и утешает ребенка, улыбается и говорит, что ссадина может причинить боль, но это не конец света, так что отважному малышу не нужно беспокоиться, то ребенок будет гораздо меньше встревожен. К чему это я?

Я пытаюсь сказать, что ребенок считывает эмоциональную реакцию родителей, чтобы ориентироваться в ситуации и вырабатывать свою реакцию на событие. Хотя гендерный переход может быть связан для взрослого с большими изменениями, неопределенностью и страхом, не нужно передавать все эти эмоции ребенку. В идеале информация должна излагаться спокойно, без драматизма, в комфортной обстановке теми людьми, с которыми ребенок чувствует себя в безопасности. У детей должно быть время, чтобы все обдумать и понять, как они к этому относятся, и возможность задавать все интересующие их откровенные, некорректные и сложные вопросы тому человеку, которому они доверяют, чтобы понять то новое, с чем им приходится сталкиваться.

ГЛАВА 19

ПОМЕНЯТЬ ПОЛ И ПЕРЕДУМАТЬ

Хотя для человека, уверенного в том, что его гендерная идентичность не соответствует биологическому полу, переназначение гендера может решить эту ситуацию (в том случае, если у человека реалистичные ожидания и он понимает все ограничения оперативного вмешательства), это ни в коем случае не является универсальным решением для всех. Вот почему гендерные клиники предлагают пройти тщательный анализ. Несмотря на это, примерно у четверти людей, обращавшихся в мою специализированную психотерапевтическую службу по гендерной дисфории на протяжении 10 лет, которые изменили пол, сохранилась гендерная дисфория. Они были направлены на психотерапию, все еще смущенные и недовольные своим гендером, с той разницей, что теперь у них были новые тела, которых они, как выяснилось, не хотели и которые только усилили их гендерное замешательство. Работая в психотерапевтической службе, я столкнулся с тем, что примерно каждый четвертый обратившийся испытывал «послеоперационные сожаления». Разумеется, эта доля намного выше, чем в целом по стране. Но выборка, которую видел я, была очень искажена, поскольку ограничивалась людьми, направленными в психотерапевтическую службу по гендерной дисфории.

Большинство «сожалеющих» были убеждены, что переназначение гендера является «единственным вариантом лечения» расстройств гендерной идентичности. Такой вывод они сделали самостоятельно либо с опорой на мнение врача общей практики или психиатра. Некоторые из них обследовались в гендерных клиниках и знали «правильные ответы», чтобы обойти «привратников», стоящих на пути к гормональной терапии или операции. Другие не обращались в гендерную клинику и отправились

к зарубежным хирургам для переназначения гендера без «проверки своей гипотезы в реальной жизни», то есть не имея полноценного опыта проживания в желаемой гендерной роли и без предварительного приема каких-либо гормонов.

У Адама в течение многих лет были сексуальные фантазии о том, чтобы облагать вагиной. Изучив различные источники в Интернете, он пришел к выводу, что он трансгендер. Эти исследования привели его к мысли о том, что физическое изменение пола позволит разрешить его непростую проблему. Адам получил религиозное воспитание и считал себя верующим человеком. Он решил не обращаться за помощью к специалистам в клинику по гендерной идентичности, поскольку ему пришлось бы ждать приема у врача длительное время, а он хотел быстро добиться результатов с помощью тех методов лечения, о которых прочел в Интернете и которые считал подходящими для себя. Его не устраивала рекомендация пожить в роли женщины какое-то время до приема гормонов перед хирургической коррекцией пола, поскольку он считал, что «Бог создал женщину по-другому»: девочки рождаются с влагалищем, затем у них появляется грудь во время гормональных изменений в период полового созревания, и только потом они начинают жить в роли взрослой женщины. В соответствии с этой последовательностью телесных изменений Адам полагал, что правильный путь представляет такую очередность: сначала получить влагалище, затем принимать гормоны и после этого начать жить в роли женщины.

Адам купил билет и договорился с хирургом о проведении вагинопластики, чтобы по возвращению домой начать принимать гормоны и жить как женщина. Если бы Адам прошел тщательное обследование у специалиста в гендерной клинике, он мог бы понять, что его сексуальное возбуждение в связи с фантазией о наличии влагалища связано с аутогинефилией, а не с трансгендерностью, его бы предупредили о проблемах, связанных с коррекцией пола. Адам очнулся от операции и сразу же испытал послеоперационное сожаление. Вагинопластика, конечно, подразумевала полную кастрацию, следовательно, у него произошла потеря либидо, а фантазии о наличии влагалища перестали его волновать. Адам понял, что его гендер-

ная идентичность не была женской, и он не хотел иметь нео-вагину, которая у него теперь была.

Адам вернулся домой и впал в тяжелую депрессию. Его направили в гендерную клинику и на специализированную психотерапию. Адам продолжал жить в мужской гендерной роли и отказывался смотреть на свою нео-вагину, прикасаться к ней и выполнять необходимые послеоперационные процедуры. В результате его тяжелая депрессия усугублялась физическими проблемами: раны плохо заживали, образовывались хирургические спайки, развивались инфекции. Адам испытывал чувство стыда, сожаления, отчаяние и страх. Он опасался, что окружающие узнают секрет, который он скрывает. Он чувствовал, что не может обсуждать это со знакомыми, что еще более усиливало его изоляцию и отчаяние.

Сначала я встретился с Адамом на сеансе индивидуальной психотерапии, прежде чем включить его в состав одной из моих еженедельных групп по психотерапии гендерной дисфории. В группе Адам впервые смог открыться другим, что сделало возможным переработку опыта. Группа состояла из людей с разной формой гендерной дисфории и включала тех, кто хотел сделать операцию, тех, кто этого не делал, тех, кто сожалел о хирургическом вмешательстве, тех, у кого была аутогинефилия, и тех, кто не был уверен, были ли они трансвеститами или трансгендерами. Группа стала спасательным кругом для Адама в тот момент, когда у него начали появляться суицидальные настроения. Адам активно участвовал в работе группы, это было полезно для него и других членов группы. За нескольких лет Адам постепенно смог восстановить самооценку и выстроить свою идентичность. В результате его настроение значительно улучшилось.

Те, кто прошли через переназначение гендера и все еще испытывали проблемы с гендерной идентичностью, могли выбрать для себя разные гендерные роли. Некоторые биологические мужчины вернулись к тому, чтобы жить в мужской роли, хотя вместо мужских гениталий у них была нео-вагина. Другие предпочли продолжать жить как трансгендерные люди, хотя и чувствовали, что это не решало их проблем с гендером. Некоторые из тех, кто относится к последней категории, говорили, что не могут поделиться

своими сожалениями по поводу переназначения гендера с другими людьми, даже с медицинскими работниками, и рассказать о своих переживаниях вне рамок психотерапевтической группы.

Они говорили о том, что годами уговаривали специалистов одобрить операцию по переназначению гендера и что, рассказав им о своих переживаниях, они будут выглядеть неудачниками или даже неблагодарными. Некоторые говорили о своем страхе признаться в проблемах с идентичностью в трансгендерном сообществе после перехода. Они боялись, что в таком случае их не будут считать «ненастоящим трансгендерами», а другие люди будут чувствовать себя «обманутыми» и что транссообщество подвергнет их остракизму. В то время, когда я руководил психотерапевтической службой по гендерной дисфории, кое-что становилось все более очевидным: в то время как среди широкой общественности росло понимание и признание гендерной дисфории, параллельно некоторым трансгендерным людям становилось все труднее признать, что они изменили пол, но затем передумали. Эти люди образовывали новую маргинализированную группу населения, которая никак не представлена в обществе и у которой не было права голоса.

Мод работала учительницей. Она совершила переход в возрасте 40 лет, будучи ранее гетеросексуальным мужчиной, хотя и вела относительно асексуальную жизнь и не испытывала особого интереса к сексуальным отношениям. Будучи мужчиной, Мод обладала худощавым телосложением, и она не чувствовала себя комфортно в компании «брутальных мужчин». Она много лет ощущала себя «ненастоящим» мужчиной и не отождествляла себя с проявлениями мужественности, которые видела вокруг себя. Из-за сомнений по поводу своего соответствия биологическому полу Мод начала задумываться, не является ли она трансгендером, когда ей было за 30. Чуть позже Мод нашла трансгендерное сообщество, где обрела новых друзей, которые проявляли по отношению к ней теплоту и принятие. Друзья подтвердили подозрения Мод относительно ее трансгендерности и помогли ей совершить переход и переназначить гендер.

После нескольких визитов к врачу она убедила его направить ее в клинику по вопросам гендерной идентичности.

Друзья проинформировали Мод о том, что нужно говорить психиатру в клинике гендерной идентичности, чтобы она беспрепятственно проделала свой путь и получила направление на гормональную терапию, а затем на операцию.

Мод выдержала все «испытания» и дала «правильные ответы» на вопросы о гендерной идентичности, которые касались того, насколько она была уверена в своей гендерной идентичности и как долго она себя так чувствовала. Затем она некоторое время жила в женской гендерной роли, прежде чем ей назначили гормоны и, в конце концов, операцию.

После операции Мод пережила период, который я называю «гендерной эйфорией», и почувствовала, что теперь она «одна из девушек». Однако первоначальная радость утихла, и спустя несколько лет Мод начала сомневаться, правильно ли она поступила, переназначив гендер. Через десять лет после коррекции пола Мод была направлена ко мне для проведения оценки. Она рассказала мне, что ее решение о переназначении гендера было, по ее мнению, ошибочным. Она сообщила, что, хотя раньше она не чувствовала себя биологическим мужчиной, она не обрела чувство собственной «подлинности», став трансженщиной, так как это в корне отличалось от того, чтобы быть биологической женщиной.

Она продолжала жить в женской роли, и большинство людей в городе, куда она переехала, не знали, что раньше она была мужчиной или что она была трансгендерной женщиной. Но Мод знала об этом. Ощущая себя ненастоящей женщиной, она часто испытывала тревогу и печаль. Она связалась со мной напрямую, так как чувствовала, что не может рассказать своему врачу о своих сожалениях. Мод рассказала мне, как она много лет убеждала медиков дать ей то, чего она «хотела». Теперь ей было стыдно и неловко признаться врачам в местном хирургическом отделении и клинике гендерной идентичности в том, что ее желание совсем не отвечало ее настоящим потребностям. Она вынуждена была держать в секрете свое послеоперационное сожаление. Она стала одной из тех, кто изменил свое мнение после перехода и кто не рассказывает об этом никому. Поскольку эти люди молчат, мы не можем знать наверняка, сколько их.

Мод приходила ко мне на несколько сессий индивидуальной психотерапии прежде, чем стала посещать еженедельные занятия психотерапевтической группы по гендерной дисфории. Она стала активным участником группы и оставалась в ней в течение ряда лет. Группа помогла ей разобраться с послеоперационной «второй волной» гендерной дисфории и снизить чувство гендерной «неаутентичности».

Большинство людей не знают о разных формах проявления гендерной дисфории, о ее различиях и связях с трансвестизмом и аутогинефилией, а также о доступных методах лечения. Это касается и большинства медицинских работников, в том числе врачей общей практики, психологов и психиатров, не специализирующихся в этой области. Данное положение дел отражает тот факт, что медицинские работники не получают должных знаний по проблемам гендерной идентичности в ходе своего обучения.

Итак, как мы можем помочь людям, которые изменили свой пол, а затем передумали? Некоторые из моих коллег-психотерапевтов считают, что невозможно оказать никакую помощь людям, которые «добровольно решили кастрировать себя». Такой ответ говорит об их жесткости, отсутствии сострадания и обвинительной позиции. Это отражает некоторую жесткость со стороны моих коллег-терапевтов в их попытках понять те сложности, которые возникают в вопросах проявления гендерной идентичности. Первоначально предполагалось, что основная терапевтическая задача заключалась в том, чтобы «помочь работе горя» по отношению к телам, которые у них были раньше. Таким образом, пациенты работали в группе, состоящей исключительно из трансгендерных людей, сожалеющих о том, что решились на операцию.

Неудивительно, что в результате этой динамики группа застревала в депрессивной, беспомощной и безнадежной позиции без какой-либо надежды на улучшение. Темы смерти и отчаяния возникали очень часто. Например, одной пациентке снился повторяющийся сон, в котором ее преследовали мужчины и находили мертвые мужские тела у нее под паркетом. Когда я организовал специализированную службу, я собирал смешанные группы, в которые входили люди с различными проблемами гендерной идентичности, в том числе те, кто находились в послеоперационном периоде. Члены группы смогли выявить сходство и различие меж-

ду собой, и динамика была гораздо более обнадеживающей. Посредством терапии участники смогли исследовать и подобрать уникальную для них гендерную идентичность независимо от того, какие гормональные или хирургические вмешательства были осуществлены в прошлом.

Мы исследовали связь между определенным набором гениталий и их чувством гендерной идентичности. За пределами гендерной дисфории никто не ставит под сомнение обоснованность чьего-либо мужского или женского пола в случае гистерэктомии или удаления других частей репродуктивной системы по медицинским причинам, таким как опухоль или травма. Благодаря таким размышлениям, трансгендерные участники группы получили возможность преодолеть свое ощущение «гендерной безнадежности», которое сложилось у них из-за чувства сожаления по поводу сделанных операций.

В некоторых случаях те, кто сделал операцию по переназначению пола и пожалел об этом, могут прибегнуть к другим видам хирургических вмешательств. Эти операции не могут восстановить первоначальные гениталии и не должны рассматриваться как обратная коррекция пола. Пациент должен быть четко проинформирован об этом, чтоб у него не создавалось никаких ложных ожиданий на этот счет. Создание неофаллоса из лоскута ткани предплечья или спины вместо ненужной им нео-вагины может помочь, если человек решит вернуться к мужской гендерной идентичности, при условии, что он понимает, что этот новый орган никогда не будет функционировать таким же образом, как оригинальный пенис. Тем не менее, если человек снова идентифицирует себя с мужчиной, то такое решение является для него более предпочтительным, чем женские гениталии.

РАЗДЕЛ 4

МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ СТЕПЕНИ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

ГЛАВА 20

ОПРОСНИК ОБЕСПОКОЕННОСТИ ГЕНДЕРОМ И СТАБИЛЬНОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ (GPSQ)

Сейчас, когда мы живем в эпоху доказательной медицины, необходимо убедиться, что предлагаемые нами клинические вмешательства помогут достичь желаемого результата. Количество научных исследований в области гендерной дисфории все еще мало, но их число постепенно растет.

Клиницисты и исследователи используют стандартизированные инструменты измерения и оценки результатов, в том числе опросники, шкалы самоотчетов и интервью. Все они были проверены и доказали свою эффективность и надежность в различных условиях и для различных групп населения. Существует много хорошо известных шкал для измерения депрессии, тревожности и других состояний, которые могут быть полезны не только для измерения тяжести состояния, но и для реакции на лечение, например, при использовании антидепрессантов или психотерапии. Как правило, оценка происходит во время интервью с пациентом, а полученные данные сравниваются с результатами предыдущих и последующих интервью, чтобы можно было отследить изменения, а также прогресс и эффективность лечения.

Когда я руководил специализированной психотерапевтической службой по гендерной дисфории, мне было важно изменить клиническую эффективность психотерапевтических вмешательств, направленных на то, чтобы вопросы гендера перестали занимать такое важное место в повседневной жизни людей. Я хотел, чтобы у них сформировалось устойчивое чувство гендерной идентичности независимо от того, каким был их гендер, соответствовал ли он их биологическому полу, и от того, вписывались ли они в бинарные представления о гендере или нет.

Я решил найти подходящую шкалу, чтобы можно было измерить вышеизложенные аспекты, но, к сожалению, такого инструмента не было.

По-видимому, единственные существующие шкалы в области гендерной идентичности устарели и в значительной степени ориентировались на архаичные гендерные стереотипы, которые больше не актуальны для того общества, в котором мы живем. Существующие шкалы брали за основу бинарную систему, не учитывая всех тех, кто не попадал в бинарные рамки, как-то гендерно-нейтральные люди, квир, транслюди и интерсекс.

Очевидно, существовала необходимость в создании нового инструмента для измерения гендерной дисфории. С помощью моей замечательной исследовательской группы из Университета Нового Южного Уэльса мы приступили к ее разработке. Задача состояла в том, чтобы создать инструмент, который был бы полезен при гендерной дисфории, не только для выявления таковой, но и для того, чтобы облегчить задачу клиницистам, работающим с людьми с гендерной дисфорией, психотерапевтам, а также специалистам по гормональной терапии, хирургам, терапевтам, консультантам, коучам, участникам группы самопомощи и всем занятым в этой области.

Мы хотели, чтобы инструмент был удобным в использовании и работа с ним не отнимала много времени. Нам было важно, чтобы им могли пользоваться все желающие и чтоб он не требовал дополнительного обучения (в отличие от некоторых других инструментов оценки, которые защищены авторским правом, стоят денег и требуют прохождения специального обучения). Мы хотели разработать инструмент, который был бы полезен и универсален для широкого использования, а не что-то, на чем мы могли бы зарабатывать деньги.

Все вмешательства в отношении людей с гендерной дисфорией имеют общую цель – помочь людям сформировать стабильную гендерную идентичность, чтобы они перестали сомневаться в своем гендере день за днем. Мы хотим помочь им быть довольными своим гендером, чтобы они были менее обеспокоены и менее озабочены вопросами гендера в повседневной жизни. Именно эта цель стоит перед врачами, назначающими гормоны, хирургами, которые проводят операции по переназначению гендера, и перед теми из нас, кто занимается психотерапией. Имея

в виду вышесказанное, мы назвали этот инструмент «Опросником обеспокоенности гендером и стабильности гендерной идентичности» (Gender Preoccupation and Stability Questionnaire, GPSQ).

Цели опросника:

- выявить и измерить гендерную дисфорию;
- измерить степень озабоченности гендером;
- измерить уровень стабильности гендерной идентичности;
- не ограничивать перечень гендеров бинарной (мужской/женский) системой;
- признать, что гендер не обязательно должен соответствовать биологическому полу, назначенному при рождении;
- учесть небинарные гендерные идентичности, включая гендерно-нейтральные/гендер-квир и интерсекс;
- быть простым в использовании;
- не отнимать много времени;
- быть доступным и бесплатным.

Разработанный нами опросник включает несколько коротких вопросов демографического характера, за которыми следуют 14 основных вопросов. Опросник был проверен на предмет валидности и надежности нашей исследовательской группой в ходе пилотного исследования. Цели пилотного исследования состояли в том, чтобы проверить, позволяет ли этот опросник выявить гендерную дисфорию, и убедиться, что он не содержит ошибок, способствующих ложноположительным или ложноотрицательным результатам при использовании в работе с теми людьми, которые могут иметь сопутствующие психические расстройства.

GPSQ использовался наряду с опросником гендерной идентичности/гендерной дисфории для подростков и взрослых (Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults GIDYQ-AA), который является валидным и надежным инструментом. Однако данная методика содержит отдельные шкалы для мужчин и женщин и не учитывает небинарные, квир или интерсекс-гендерные идентичности.

Пилотное исследование не было бы возможным без помощи моих друзей и коллег из Австралийской и Новозеландской профессиональной ассоциации по охране здоровья трансгендеров (ANZPATH). Профессиональные коллеги из ANZPATH распро-

странили GPSQ и существующий инструмент среди людей с проблемами гендерной идентичности, с которыми они на тот момент работали и которые согласились принять участие в исследовании. Эта часть исследования позволила рабочей группе сравнить GPSQ с существующим инструментом на предмет эффективности выявления гендерной дисфории.

Вторая часть исследования заключалась в том, чтобы использовать GPSQ в группе людей, которые сообщили об отсутствии у них гендерной дисфории (контрольный вопрос в этой части исследования), но у которых было диагностировано серьезное психическое заболевание. Мы хотели посмотреть, не получим ли мы в таком случае ложноположительные результаты. Это означало бы, что наличие серьезного психического заболевания делает GPSQ невалидным. Для этой группы мы привлекли давших согласие пациентов с психическими заболеваниями, которые проходили лечение в больнице, где работала команда исследователей и я в том числе.

Третьим направлением исследования было тестирование GPSQ группы людей, у которых не было ни гендерной дисфории, ни серьезного психического заболевания (проверка проходила с помощью первых контрольных вопросов). В эту группу вошли давшие согласие сотрудники больницы.

Мы применили строгий статистический анализ результатов после завершения исследования. Было доказано, что GPSQ является валидным инструментом для выявления гендерной дисфории. 28 и более баллов по шкале GPSQ указывают на наличие гендерной дисфории. Было также доказано, что GPSQ является надежным инструментом для измерения степени озабоченности гендером и определения уровня стабильности гендерной идентичности. Наличие каких-либо сопутствующих психических заболеваний, по-видимому, не является проблемой для использования инструмента, поскольку опросник не выдал ошибочных результатов при использовании в экспериментальной группе людей с психическими заболеваниями.

GPSQ уникален тем, что является единственным валидным и надежным инструментом для измерения гендерной дисфории:

- Он может измерять эффективность большинства вмешательств, направленных на лиц с гендерной дисфорией.

- Согласно ему, гендерная роль не обязательно должна соответствовать биологическому полу, назначенному при рождении.
- Он не ограничивается устаревшим репертуаром бинарных (мужских/женских) гендерных ролей.
- Он учитывает небинарные гендерные идентичности, включая гендерно-нейтральные, гендер-квир, транс и интерсекс.

Опросник GPSQ приведен в приложении в конце этой книги. Пожалуйста, применяйте его в своей работе и распространяйте. Используйте его в любых будущих исследованиях и при оценке эффективности вмешательств и услуг в области гендерной идентичности.

РАЗДЕЛ 5

**ПОЛИТИКА ПО ВОПРОСАМ
ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ**

ГЛАВА 21

ЗАКОН О ПРИЗНАНИИ ГЕНДЕРА (ВЕЛИКОБРИТАНИЯ)

Акт признания гендера законодательно принят в Великобритании 1 июля 2004 года.

Закон предусматривает изменение своего гендерного статуса и выдачу свидетельства о признании гендера. Закон позволяет людям подать заявление на изменение правового статуса их гендера и получение свидетельства о признании гендера, если выполняется ряд условий.

Если выдается полноценное свидетельство о признании гендера, лицо может на законных основаниях утвердить приобретенный гендерный статус и таким образом получить права, предусмотренные для лиц с данным гендером. Ранее это давало право вступать в брак с лицом противоположного приобретенному гендеру пола или вступать в гражданское партнерство с лицом того же биологического пола, что и приобретенный гендер. Новое законодательство Великобритании теперь разрешает вступать в брак лицам одного пола. Лицо, имеющее свидетельство о признании гендера, сможет иметь такие же права на пенсию и льготы, какие положены лицам соответствующего гендера. Свидетельство также дает право менять документы, например, паспорт. Закон о гендерном признании подчеркивает, что он не влияет на то, что было сделано или что произошло до выдачи сертификата. Тем не менее он позволяет выдавать свидетельство о рождении в соответствии с приобретенным гендером. Это вызвало некоторые противоречия, так как многие люди считают, что свидетельство о рождении является историческим документом, который фиксирует конкретное событие во времени. Следовательно, оно не может быть переделано или изменено после этой даты независимо от того, какие изменения человек делает впоследствии в своей жизни, и независимо от того, насколько человек доволен или не доволен самим фактом этого события.

Изменение гендера и выдача свидетельства о признании гендера не влияет на наследство или на приобретенные титулы, награды или почетные звания. Аналогичным образом свидетельство о признании гендера не дает лицу права уклониться от уголовной ответственности за какие-либо попытки совершить преступление или за совершенные преступления независимо от гендера. Закон о признании гендера не требует участия в каких-либо спортивных соревнованиях для признания приобретенного гендерного статуса, поскольку это может дать несправедливое преимущество.

В то время как закон о признании гендера гарантирует конфиденциальность тем, кому выдается свидетельство о признании, «защищенная информация» может быть раскрыта, если существуют веские юридические основания, которые могут возникнуть в ходе расследования или в целях предотвращения преступления, а также в соответствии с распоряжением суда или трибунала.

Чтобы подать заявку на свидетельство о признании гендера, заявитель должен:

- быть не моложе 18 лет;
- жить до этого в «другой» гендерной роли или
- изменить гендер в соответствии с законодательством страны за пределами Великобритании;
- подать заявку на рассмотрение в комитет по признанию гендера.

Комитет по признанию гендера может предоставить свидетельство, если:

- у заявителя диагностирована гендерная дисфория, что подтверждается либо двумя врачами или одним врачом и психологом, один из которых должен быть специалистом в области гендерной дисфории;
- заявитель прожил в новой гендерной роли как минимум два года;
- заявитель намерен продолжать жить в приобретенной гендерной роли до конца жизни.

ГЛАВА 22

ПОЛИТИКА ПО ВОПРОСАМ ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ

Разобраться в трансгендерном политическом ландшафте непросто. Работа в этой области, совершаемая транслюдми совместно с другими, а иногда другими людьми «для нас», принимает различные формы, выражает широкий спектр взглядов и направлена на множество разных вопросов, идей, учреждений и групп. Наши политические действия могут показаться активными, капризными и воинственными, но они основаны на нашем опыте.

Тем, кто не относится к транссообществу, но работает с нами и кому мы небезразличны, может быть полезно понимать наши проблемы и быть в курсе тех политических усилий, которые мы предпринимаем для их решения. Также важно понимать, насколько это возможно, что наши политические устремления продиктованы нашим опытом жизни во враждебном мире. Размер этой главы не позволяет отдать дань справедливости всем, поэтому я сосредоточусь в основном на политике в отношении трансженщин, поскольку знаю этот вопрос изнутри.

ЛОББИРОВАНИЕ И ПРИВЛЕЧЕНИЕ ИНСТИТУТОВ

Транслюди используют разные средства политического воздействия. Кто-то прибегает к методам лоббирования, как, например, Австралийская программа по гендерным вопросам (Australia's A Gender Agenda, AGA). Одним из аспектов их работы является лоббирование политиков, правительственных департаментов и местных предприятий и организаций, выступающих от имени транссообщества. Эта организация работает с людьми и организациями, чтобы добиться внесения изменений в законодательство и администрацию. Совместная работа позволяет сформулировать стратегии и политику, направленные на улучшение условий

жизни для всех нас, а также включает инициативы по обучению персонала для более эффективного взаимодействия с транслюдьми. Чтобы поддержать эту работу, данная организация взаимодействует с исследователями для формирования своих повесток и предоставляет полезную информацию о потребностях транслюдей. В Соединенных Штатах большая часть этой работы осуществляется через Американский союз гражданских свобод (American Civil Liberties Union, ACLU), который в целом сосредоточен на более широком круге вопросов и защищает права трансгендерных людей в суде, помогая противостоять дискриминационному законодательству и обжаловать дискриминационные судебные решения.

Относительно недавно политические действия стали носить более индивидуальный характер и выражаться в форме «народных» петиций, поданных через онлайн-платформу Change.org. Хорошим примером является ходатайство, инициированное австралийским подростком, Джорджи Стоун, чтобы изменить законодательство, требующее одобрения Семейного суда для проведения гормональной терапии до достижения совершеннолетия. Активные усилия Джорджи и ее сторонников направлены на то, чтобы устранить этот чрезмерно дорогой для многих подростков барьер.

Таким образом, лоббирование и связанная с этим деятельность носит коллективный или индивидуальный характер и фокусируется на отдельных вопросах или более общих правах и потребностях трансгендерных людей. В случае коллективных действий они инициируются либо специализированными трансорганизациями, либо органами с более широкой прогрессивной повесткой дня.

ИНФОРМИРОВАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ

Существенная часть инициатив направлена на информирование и просвещение по вопросам трансгендерности с целью изменения и улучшения тех условий, которые определяют нашу жизнь. Многие из них реализуются в Интернете, существует большое количество блогов. Мнения по вопросам трансгендерности сильно различаются, отражая разнообразие наших проблем, а также наш образ мыслей и образ жизни как трансгендерных людей. Иногда эти взгляды подкреплены результатами исследований; иногда они отражают индивидуальный опыт, ценности и цели.

В отличие от политики лоббистских групп, эта форма политической деятельности не обязательно направлена на конкретные институты, группы или на достижение конкретных результатов. Тем не менее она играет важную роль в стимулировании споров и дискуссий. Благодаря этой активности формируется некий пласт знаний и понимание, которые становятся частью жизни транссообщества и на основе которых мы можем выстраивать свое взаимодействие с миром. В качестве примера можно привести концепцию циснормативности, о которой я расскажу ниже. Первоначально она была разработана в трансблогах и стала ключевым понятием для анализа многих транссоциальных, транскультурных и трансполитических явлений. Затем этот термин вошел в академическую литературу, способствуя пересмотру профессиональных позиций и взглядов, которые оказывают влияние на нашу жизнь.

Исследования, проводимые транслюдми или в тесной консультации с нами, являются очень важной формой политической активности. Количество таких исследований продолжает расти, и здесь я приведу лишь несколько примеров, чтобы проиллюстрировать характер этой работы.

В своей социально-психологической работе Кристина Олсен и ее коллеги из Вашингтонского университета проводят тщательный и критический анализ большого объема ранее изданной литературы о молодых трансгендерных людях и феномене «возврата», который заключается в том, что в детстве ребенок проявляет признаки трансгендерности, но в подростковом возрасте становится цисгендерным. Их работа показала, что высокие показатели «возврата» в значительной степени являются результатом неточности проведенных исследований. Они документируют психическое здоровье детей препубертатного возраста, которые совершили социальный переход при соответствующей поддержке (то есть живут в той гендерной роли, с которой они идентифицируют себя и которая отличается от назначенного при рождении пола).

Работы социальных исследователей, таких как Грета Бауэр и ее коллеги Джейк Пайн и Дин Спейд описывают ряд социальных и юридических практик и условий, которые определяют качество нашей жизни и во многих случаях ставят наши жизни под угрозу. А такие ученые, как Ревин Коннелл, исследуют концептуальные

проблемы, например, природы гендера, и стратегические проблемы, например, отношения между транслюдьми и феминизмом.

Эта работа была бы неполной без вклада таких авторов, как Вивьен Намасте и Джулия Серано, которые, опираясь на другие исследования, привлекают внимание к необходимости решения широкого круга концептуальных и социальных проблем, с которыми сталкиваются транслюди и которые влияют на наше благополучие.

Хотя такая работа гораздо менее заметна и производит не такой очевидный эффект, как другие формы политических действий, она позволяет расширить область знаний и таким образом повлиять на медицинские, административные и правовые решения, которые оказывают непосредственное воздействие на жизнь трансгендеров. Возможно, результаты этой работы смогут оспорить и изменить нормы и убеждения, на базе которых формируется это знание.

РАЗВИТИЕ ТРАНССООБЩЕСТВА

Третье направление трансгендерной политической работы направлено на построение сообщества на базе «традиционных» местных и региональных организаций, а также в Интернете. Интернет-ресурсы трансгендерного сообщества включают в себя специализированные сайты (например, Wipe Out Transphobia, Pink Essence) и трансгендерные группы, существующие на базе открытых общедоступных платформ, таких как Facebook, и «закрытых» сетевых ресурсов, таких как FetLife (в которых размещаются, например, 20s something and tran' (Мне 20+ и я транс) Rethinking Trans (Переосмысляя трансгендерность), An Impenetrable Queer And Trans Fortress On FetLife (Непроницаемый квир и транскрепость на FetLife).

Такие группы разнообразны по составу и направленности. Группы на Facebook, например, бывают:

- открытыми (часто смешанными и включают транс- и нетранс-участников), такие как «Поддержка образования по гендерным вопросам»;
- закрытыми (доступные для поиска, но с ограниченным членством);

- секретными (недоступны для поиска, вступить в группу можно только по приглашению).

Fetlife является онлайн-сообществом, в которое входят те из нас, чьи личные истории наполнены попытками справиться с напряжением, ненавистью к себе и желаниями, которые мы реализуем посредством мазохистического поведения, кросс-дрессинга, принудительной феминизации в отношениях, построенных по модели господства и подчинения. Для многих из нас, кто совершил переход, это сообщество является важным ресурсом поиска сексуальных партнеров, которые примут нас, в отличие от других людей, которые часто отвергают нас.

Множество местных организаций прикладывают усилия для создания формальных и неформальных групп поддержки, которые встречаются на регулярной основе «в реальной жизни». В качестве иллюстрации политического потенциала таких групп можно снова привести австралийскую организацию A Gender Agenda. Наряду с лоббированием эта группа проводит консультирование, неформальные встречи, занятия по фитнесу и другие мероприятия, которые способствуют укреплению социальных связей и личностных навыков. Благодаря таким инициативам представители транс-сообщества получают возможность стать полноправной частью «более широкого сообщества». Неформальная повестка находит мощную поддержку со стороны формальной организации, которой и является A Gender Agenda, реализующая обширную и амбициозную деятельность на разных уровнях. Этой организации удалось обеспечить финансирование по крайней мере для некоторых видов деятельности и тем самым еще больше укрепить свои позиции. В том регионе, где я живу, уже существует одна организация, но ее активность практически сведена к нулю. В ней состоят трансженщины старшего возраста, активные молодые трансгендерные взрослые и дети, а также родители этих детей. Если говорить о более неформальном уровне общения, то мы часто встречались с другими трансгендерными людьми, которые находились в начале переходного периода благодаря тому, что местная гендерная организация рекомендовала им меня как более старшего трансгендера. Я часто собирала трансгендерных людей у себя дома за обеденным столом, чтобы мы могли узнать друг друга и почувствовать некую общность.

Из-за таких факторов, как возраст, личностные особенности, разницы в потребностях и образе жизни, далеко не все подобные организации и неформальные сети находят отклик среди представителей местных транссообществ. Однако такие группы, реальные или виртуальные, создают чувство сопричастности и способствуют обмену идеям, благодаря чему зачастую враждебный внешний мир может лучше понять нас и наши проблемы.

СМИ И ИССЛЕДОВАНИЯ

Некоторые инициативы в области трансполитики реализуются в принципиально иных областях, включающих, например, кинопроизводство, новостную деятельность, документалистику, выступление в СМИ и т.д. Важно, чтобы звучало мнение не только трансгендерных людей, но и наших сторонников. Однако многие трансгендерные люди подчеркивают важность нашего непосредственного участия в деятельности такого рода, в том числе в создании различных медийных проектов. Если мы сами будем инициировать и реализовывать подобные проекты, то в них наверняка будет отражен наш собственный опыт и наше понимание проблемы, а не только представления сторонних лиц о нас.

Примеры такой «трансдружественной» медиа-активности включают:

- Фильмы и телевизионные программы, такие как «52 вторника», «Парень встречает девушку», «3 поколения», «Прозрачный», мини-сериал «Ее история», и шоу подростка Джаза Дженнингса «Я джаз», на канале «The Learning» посвящены переходу и трансжизни. В других сериалах, как, например, «Оранжевый – хит сезона» присутствуют второстепенные трансгендерные персонажи, чьи истории переданы реалистично и с сочувствием, что существенно отличает их от традиционных образов трансгендерных людей в кино в качестве карикатурных персонажей, вызывающий насмешки, презрение или страх.
- Новости или документальные программы, которые показывают и исследуют опыт и жизнь транслюдей. К ним относятся, например, британский «Сэм и Эван: из девушек в мужчин» (в настоящее время закрыт) производства Nine Lives Media.

В центре повествования – история двух молодых трансгендерных гомосексуальных мужчин и их отношения, которые развиваются на фоне разных реакций со стороны их семей и атмосферы враждебности, с которой они столкнулись в местном сообществе. В Австралии программа производства ABC's Four Corners «Быть мной» посвящена социальному переходу девочки, которая учится в начальной школе, а также два эпизода «Австралийской истории» рассказывали про переходы Кэтрин Макгрегор, высокопоставленного военного офицера, и трансдевушки Джорджи Стоун. Особое внимание там было уделено правовому требованию получить разрешение суда по семейным делам на медицинскую поддержку перехода.

- Материалы в газетах и журналах, тематические статьи и колонки, как, например, детальное описание перехода Николь Мейнс, опубликованное в *Boston Globe*, в котором уделяется внимание семейным, школьным и медицинским аспектам процесса. В последнее время этот вопрос получил освещение в крупных газетах, таких как *NY Times*, *The Guardian*, *Washington Post* и *LA Times*, а также в журналах *Time*, *New Scientist*, and *National Geographic* и в региональных газетах.
- Трансгендерные люди, в том числе известные деятели, выступают публично и принимают участие в обсуждении трансвопросов. Некоторые из них, например Кейтлин Дженнер, считаются относительно противоречивыми фигурами в транскругах. Заметными событиями являются интервью трансмодели Кармен Каррера и актрисы Лаверн Кокс, которые у них взяла телеведущая Кэти Курик. В то время как шоу было якобы посвящено их карьере, Курик быстро сменила тему, чтобы спросить о женских гениталиях. В то время как Каррера уклонилась от ответа на этот личный вопрос, Кокс ответила, прямо указав на неуместность любых подобных вопросов. Она объяснила, что такие вопросы не только оскорбительны, но и отвлекают внимание от других насущных проблем, с которыми сталкиваются трансженщины и которые угрожают их благополучию, а зачастую их жизни. Среди них – бедность, дискриминация и насилие.

Появление трансгендерных людей на таком разнообразном медиа-ландшафте имеет решающее значение. Их выступления име-

ют не только просветительскую функцию, но и помогают преодолеть недопонимание и предубеждения, существующие в обществе. По моему мнению, СМИ начинают лучше понимать трансгендерных людей и наши проблемы. Наш образ в СМИ становится все более позитивным, появляются материалы в нашу поддержку, бросающие вызов враждебным представлениям о нас, которые когда-то были обычным явлением (и продолжают таким оставаться во многих консервативных СМИ).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Трансполитика отражает множество целей и направлена на решение целого ряда задач, которые лежат в культурной, правовой, социальной и политической плоскостях. Отдельные инициативы также обращены на определенные социальные группы, которые многие из нас воспринимают как враждебные.

Правовая защита

Одной из важных целей является распространение на нас различных правовых средств защиты и прав, таких как антидискриминационное законодательство, политика и процедуры. Это важно, когда, например, по-прежнему законно увольнять сотрудников на том основании, что они являются трансгендерными людьми, как это происходит во многих штатах в США.

Другая цель состоит в том, чтобы добиться изменений в административной практике, которая усложняет нашу жизнь и представляет собой более трудный процесс, чем в случае нетрансгендерных людей. Нам непросто получить документы, удостоверяющие нашу личность, которые соответствовали бы той идентичности, согласно которой мы живем, будто то мужская или женская. Эта ситуация вдохновляет нас на действия, направленные на устранение препятствий, с которыми мы сталкиваемся при обеспечении юридической ратификации нашего пола или гендера, а также при получении документов, удостоверяющих личность, которые позволяют нам справляться с большим количеством социальных ситуаций, когда эти документы требуются (при поступлении в школу, колледж или на работу, при открытии банковских счетов, при взаимодействии с органами социального обеспечения)

таким образом, чтобы мы не подвергались унижительным процедурам и дополнительному риску.

Одна очень специфическая политическая проблема, связанная с общественной жизнью и гендерной идентичностью, которая привлекает значительное внимание как трансгендерных, так и нетрансгендерных людей, — это право использовать общественные туалеты (туалеты, ванн, комнаты, общественные удобства и т. д.), которые соответствуют нашей идентичности и самосознанию, а не полу, назначенному при рождении. Это важно, потому что мы подвергаемся риску, когда используем туалеты, предназначенные для нашего юридического пола — пола, который был назначен при рождении — из-за разницы между нашей внешностью и половой предназначенностью туалетной комнаты. Однако во многих местах, если мы пользуемся удобствами, которые соответствуют нашей гендерной идентичности и внешнему виду, мы также подвергаемся риску как юридически, так и физически в связи с потенциальным насилием со стороны других людей.

Проблема с туалетными комнатами в США хорошо иллюстрирует неоднозначность и сложность трансполитической деятельности. Успех движения за однополые браки несколько приблизил нас к тому моменту, когда проблемы трансгендеров будут решаться с уважением к их гражданским правам. Действительно, уже был предпринят ряд успешных шагов по введению правовой защиты трансгендеров. Тем не менее вслед за увеличением нашей социальной видимости и введением соответствующей правовой защиты последовала ответная консервативная реакция, которая получила огромный социальный, политический и правовой резонанс с избранием Дональда Трампа на пост президента.

«Неудобные» законы о санузлах требуют, чтобы люди пользовались (общественными) санузлами, соответствующими полу, приписанному им при рождении. Они активно оспаривались различными организациями, такими как ACLU. Против них также высказывались представители целого ряда предприятий, крупных спортивных организаций и других «прогрессивных» организаций. Транслюди также бросают этим законам вызов, распространяя среди прочего плакаты с изображениями типичных мачо (трансмужчины) и стереотипно сексуальных женщин (трансженщины) в ван-

ных комнатах, соответствующих их изначальному юридическому полу, с такими надписями, как: «Вы действительно хотите, чтобы кто-то, похожий на меня, находился в туалете, которым пользуетесь ваш муж/ваша жена/ваша дочь?»

В аргументах против использования трансгендерными людьми туалетных комнат трансгендерным женщинам приписываются преступные тенденции и мошенничество, используется крайне не консервативная антифеминистская риторика, предлагающая мужчинам встать на защиту своих жен и дочерей. Часто звучат открыто или выражается косвенно подстрекательство к насилию против трансгендерных людей. Все эти шаги, апеллирующие к консервативным гендерным стандартам, привели к нападениям не только на трансгендерных женщин (которые широко подвержены такому насилию), но и на «мужеподобных» цисгендерных женщин. Трансгендерные люди также отметили, что кампания «Хочешь ли ты, чтоб я находился (находилась) в их туалетной комнате?» усилила акцент на этих стандартах, демонстрируя только соответствующих нормам трансгендерных мужчин и женщин и подвергая тем самым риску многих не совершивших пасс и квир-людей.

Несмотря на неоднозначность этих кампаний, все они направлены на обеспечение правовой защиты трансгендерных людей от дискриминации, которая ставит под угрозу наше экономическое благосостояние, социальную и культурную легитимность, а также физическую безопасность и эмоциональное благополучие.

Множественные формы угнетения и их взаимодействие

Несколько иная цель, которую преследуют другие трансполитические инициативы, заключается в том, чтобы обеспечить изменение правовых условий и социальных практик, которые делают значительную часть транснаселения крайне уязвимой. В невыгодном положении зачастую оказываются люди с разным цветом кожи, с низким уровнем образования, безработные, с проблемами со здоровьем (в том числе психическим), с судимостью. Эти факторы не просто существуют, но и взаимообуславливают друг друга и создают значительные проблемы для выживания, не говоря уже о благополучии, как это четко сформулировано в концепции интерсекциональности Кимберли Креншоу.

Так, например, цветные женщины растут, сталкиваясь с дискриминацией по признаку расы и пола и с системным структурным неравенством. Системное структурное неравенство допускает вероятность, что их семьи будут относительно бедными, что они получают доступ к недостаточно финансируемым и перегруженным школам, которые предлагают ограниченные возможности для успешного обучения и, в свою очередь, это осложнит им доступ к безопасной, хорошо оплачиваемой и приносящей удовлетворение работе. Будучи трансгендерными женщинами, они могут столкнуться с дальнейшей дискриминацией, насилием и бездомностью, если они стремятся к переходу, и эмоциональным стрессом, потенциальным психическим заболеванием, если они этого не сделают. Независимо от того, совершают ли они переход или нет, они будут бороться за доступ к соответствующей медицинской помощи. Независимо от уровня образования, трансженщины подвергаются в дальнейшем дискриминации в сфере занятости. Существующая система угнетения толкает многих трансженщин к секс-работе; что еще больше увеличивает риск насилия на улицах, повторного ареста и судимости. Наличие судимости, в свою очередь, понижает шансы найти другую работу. Кроме того, их часто сажают в тюрьму для мужчин, несмотря на их гендерное выражение или юридический статус, что приводит к дальнейшим случаям изнасилования.

В то время как принадлежащие к среднему классу белые трансженщины также сталкиваются с дискриминацией по целому ряду вопросов и с другими рисками, этот пример демонстрирует, как изначально менее благополучные условия влекут за собой различные проблемы. Ключевой задачей трансполитики является обеспечение того, чтобы те из нас, кто имеет относительно привилегированное образование, говорили и боролись не только за свои права, но и за права тех, кто сталкивается с таким множественным угнетением.

Область медицины

Медицинская сфера представляет особый интерес для большинства инициатив в области трансгендерной политики. Отчасти это связано с тем, что для большинства из нас доступ к гормонам, мониторинг связанных с этим рисков для здоровья и в меньшей сте-

пени операции имеют решающее значение для нашего перехода и нашего благополучия. Основной проблемой является доступ к качественной медицинской помощи и уходу. Среди нас широко распространено мнение, подтвержденное различными исследованиями, что многие практикующие врачи не понимают проблем и потребностей трансгендерных людей, не слушают нас, не принимают наше собственное понимание себя и продолжают обращаться к нам, используя имена и местоимения, от которых мы отказываемся. Зачастую объектами критики становятся конкретные врачи. Однако такая критика пропитана недоверием и даже враждебностью, хотя доверие имеет первостепенное значение и может способствовать более широким формам политической критики и действий.

Такие более широкие критические замечания сосредоточены на системных проблемах медицинской профессии и систем здравоохранения, в которые она встроена. Обеспокоенность вызывает ряд вопросов, начиная от стоимости медицинских услуг до нехватки специализированных медицинских услуг для трансгендерных людей, а также отсутствия соответствующей подготовки и знаний у практикующих специалистов. Относительно ощутимой формой политических действий для решения, по крайней мере, некоторых из этих проблем является лоббирование рекомендаций по обеспечению разнообразного и более доступного специализированного медицинского обслуживания, а также повышению уровня грамотности в вопросах здоровья трансгендерных людей как среди начинающих врачей, так и среди практикующих специалистов. Политическая работа в этой области направлена на создание более продуктивных взаимоотношений между трансгендерами и работниками здравоохранения посредством консультаций и рабочих групп, совместных конференций и семинаров.

Более фундаментальная проблема связана с тем, что представители медицинской сферы обладают властью и могут влиять на нашу жизнь, в том числе опираясь на психиатрические знания. Решение об оказании соответствующей медицинской помощи для совершения перехода, который является необходимым для трансгендерных людей, особенно на относительно богатом западе, находится в руках врача или психиатра, или одного и другого, зависит от того, отвечаем ли мы их критериям или нет. Эти критерии изложены в DSM (Диагностическое и статистическое

руководство по психическим расстройствам, 5-е издание). Некоторые транслюди утверждают, что включение в DSM уже патологизирует нас, так как это предполагает, что мы страдаем психическим заболеванием, даже если «гендерная дисфория» больше не является «расстройством», как было обозначено в прошлых версиях DSM. Другие, однако, утверждают, что включение в список заболеваний необходимо для получения доступа к специфической медицинской помощи, которая нужна нам для совершения перехода.

Большая часть психиатрических исследований, которые базируются на критериях DSM, связана с выявлением характеристик «настоящих» транслюдей. Это послужило основанием для возникновения однобокого, узкого представления о том, что «настоящие» транслюди отождествляют себя с полом, противоположным физическому полу, то есть чувствуют, что оказались заперты в неправильном теле. Однако многие из нас, кто живет как трансмужчины и трансженщины, не переживают ничего подобного. В транссообществе широко распространено мнение о том, что, если мы расскажем о себе проводящим оценку психиатрам в каком-то ином ключе, нас будут считать (как это произошло в случае многих из нас) «просто фетишистами», а не «подлинными» трансгендерами. Это понимание подталкивает нас к тому, чтобы рассказывать о своей жизни определенным образом, даже если это не соответствует нашему опыту. А это, в свою очередь, подпитывает мнение, четко выраженное в некоторых психиатрических и других литературных источниках, о том, что нам нельзя доверять.

Таким образом, фундаментальный вопрос, который находится в центре внимания многих политических инициатив, касается убеждения в том, что врачи и психиатры обладают большими компетенциями, чтобы судить, являемся ли мы трансгендерами или нет, апеллируя к медицинским терминам, законам и кодексам. Практикующие врачи, к которым мы обращаемся за поддержкой и содействием, могут единолично принимать решение, предоставлять нам эту помощь или нет, влияя таким образом на саму возможность совершить переход. Политические усилия направляются против такой контролирующей роли практикующих врачей, когда они оказываются теми, кто оценивает подлинность и обоснованность нашего представления о самих себе, выявляет «притворщиков» и затрудняет доступ к медицинским услугам, вместо

того чтобы помогать нам. Многие из нас выступают за модель информированного согласия, которая подразумевает, что мы можем получать от врачей советы и информацию относительно нашего состояния, но дальнейшее решение о том, как поступать и к кому обращаться, принимаем мы.

Кроме того, ряд действий был направлен в адрес конкретных медицинских деятелей высокого уровня, которых трансактивисты считают враждебными и трансфобными. Пользуясь своим положением в престижных заведениях, они пытались узаконить такую точку зрения, которая препятствует нашему признанию и поддерживаемому лечению. Если такие лица уйдут с арены (или, по крайней мере, будут частично дискредитированы), то можно будет говорить об успехе трансполитических действий.

Предрассудки

Совершенно иные, более рассредоточенные и широкие политические действия предпринимаются для борьбы с предубеждениями. Слово «трансфобия» используется в разговорной речи, как и гомофобия, для описания негативного отношения к транслюдям или враждебного поведения, спровоцированного негативным отношением к нашей трансгендерности. Политическая деятельность, направленная на борьбу с трансфобией, принимает форму обучения посредством распространения информации на различных уровнях, от личного объяснения, через печатные и онлайн-материалы до участия в семинарах и практикумах. Зачастую это оппортунистическая реакция на случаи трансфобии или комментарии, такие как реакция Лаверны Кокс на вопрос Кэти Курик, упомянутая выше. Действительно, эта образовательная активность дополняет остальную деятельность по развитию более трансдружественных СМИ и обучающих программ, предлагаемых различными организациями, о которых я упоминала ранее.

Культурные представления о гендере: циснормативность и «стирание»

На самом широком и всеобъемлющем уровне трансгендерная культурная политика критикует те циснормативные стандарты, которые обуславливают формирование предрассудков и дис-

криминацию в социальных, политических и институциональных областях (включая роль врачей в принятии решений относительно нас и то, какие психиатрические категории часто применяют по отношению к нам). Циснормативность представляет собой набор идей и соответствующих им практик, в основе которых лежит предположение о бинарной природе пола (пол может быть только мужским или женским). В терминах циснормативности гендер обязательно совпадает с полом и люди живут в соответствии с тем гендером, который был им назначен при рождении. Более того, предполагается, что гендер, характеристики тела и идентичность совпадают друг с другом. Эти представления прочно закреплены на всех уровнях социальной жизни. Цисгендерные люди воплощают гендерные нормы, а трансгендерные люди оцениваются с позиции их соответствия или несоответствия этим нормам.

Эта концепция дает возможность проанализировать культурные взгляды и практики, которые определяют, как гендерные факторы влияют на понимание людьми гендера и гендерных проблем, включая транспроблемы. В частности, эта концепция позволяет понять то, что многие из нас называют «стиранием»: как сам факт существования транслюдей считается невозможным. «У тебя есть пенис, ты не можешь быть женщиной!» Обычно наша трансгендерность воспринимается как заблуждение и игнорируется. Поскольку мы бросаем вызов глубоко укоренившимся гендерным нормам, которые имеют основополагающее значение для самобытности нетрансгендерных мужчин и женщин, мы оказываемся лишены прав «нормальных» людей. Кроме того, это иллюстрирует, почему проблема доступа к соответствующим туалетам является настолько взрывоопасной и почему мы так часто становимся жертвами насилия.

Расширением этой формы политической критики является работа, которая делает нас видимыми и представляет нас как обычных нормальных людей. Это подтверждает нашу легитимность, способствует признанию широкого разнообразия взглядов на гендер и таким образом способствует развенчанию предубеждений на индивидуальном уровне. Формирование нового понимания гендера позволяет внести соответствующие изменения в законодательство, регулирование, политику и практику. Хотя политические цели, по общему признанию, размыты, те, кто занимается

такой политической деятельностью, отмечают, что переосмысление гендера является основополагающим для социальных и культурных изменений, которые необходимы в долгосрочной перспективе, чтобы позволить нам жить своей жизнью и чувствовать себя в безопасности.

Важная задача такой просветительской политики направлена на то, чтобы другие осознавали, что многие транслюди находятся в неблагоприятном положении. Мы сталкиваемся с проблемами не только потому, что относимся к транссообществу, но подвергаемся дискриминации со стороны различных социальных структур как инвалиды, люди с разным цветом кожи и мигранты. Наше неблагоприятное положение также является результатом проблем с идентичностью и отсутствием семейной поддержки, с которыми мы столкнулись в детстве и подростковом возрасте, что привело к депрессии и самоповреждающему поведению, исключению из школы, а в конечном итоге к трудностям с трудоустройством и бедности.

Школы

Учитывая растущее число трансгендерных людей, совершающих социальный переход в детстве, школы становятся все более важным направлением для трансполитики. Антидискриминационное законодательство, политические и юридические решения, газетные статьи, программные материалы, детские книги и примеры отдельных школ – все это способствует борьбе за трансправа в образовании.

В США трансактивисты, работающие с ACLU (как отмечалось ранее), лоббировали против общегосударственного законодательства и вели индивидуальную борьбу за обеспечение доступа трансучеников к школьным туалетам, а также раздевалкам в соответствии с их гендерной идентичностью. Эти инициативы формировались в том же идеологическом поле, что и отмеченный ранее «закон об общественных туалетах». Адвокаты, поддерживающие трансгендерных людей, и родители заинтересованных трансстудентов во многих случаях очень активно выступали в защиту школьных советов на общественных форумах и в местных средствах массовой информации, а также писали в местные газеты, где разъясняли свое положение для школь-

ных чиновников и политиков, а также общественности в целом по основным вопросам прав человека и человеческого достоинства.

Австралийское христианское и другие правые лобби, поддерживающие консервативную коалицию правительства Содружества, выступили резко против ряда прогрессивных социальных политических мер и нашли цель для атаки в программе «Безопасные школы». Программа «Безопасные школы», которая одно время получала государственное финансирование Содружества, предлагает набор образовательных материалов и ресурсов, которые направлены на то, чтобы помочь «несоответствующим» гомосексуальным и трансгендерным ученикам в процессе самопознания, самопринятия и самоутверждения и просвещать учителей и учеников о гендере и сексуальности. Программа в целом направлена на формирование более принимающей, инклюзивной школьной среды. Школьные руководители и администраторы также могут использовать эти материалы при реализации инклюзивной и поддерживающей политики в школьной практике. Следовательно, защита программы «Безопасные школы» была в центре внимания широкого круга прогрессивных организаций, включая трансактивистов.

Помимо таких крупномасштабных сражений, ведутся и менее заметные битвы на местных уровнях, которые преследуют ту же цель. Эти действия направлены на то, чтобы школьная программа была построена с учетом прогрессивных взглядов на гендерные и сексуальные вопросы, а сами школы предлагали бы безопасную и благоприятную среду для всех, включая трансучеников. Такие локальные действия являются частью более широкой борьбы. Это хорошо видно на примере моего местного сообщества. Правительство штата, в котором я живу, и правительства некоторых других штатов объединили свои усилия при поддержке организации «Безопасные школы», чтобы обеспечить положительный контекст для местных школ и облегчить ученикам процесс перехода. Благодаря этому и более принимающему культурному контексту, а также той работе, которую проделывает местная гендерная клиника по созданию сообщества, я познакомилась с семьей 9-летней девочки, начинающей переход. На этом этапе отдельные учителя, консультанты, старшие сотрудники, сама девочка (которая еще не ходила в школу как девочка) и ее родители периоди-

чески встречались, чтобы обсудить, спланировать, поддержать и контролировать ее переход. Чтобы проиллюстрировать общий поддерживающий тон этого процесса, я приведу реплику директора, обращенную к девочке: «Это твой переход, поэтому важно, чтобы ты сказала нам, когда ты будешь готова или когда тебе будет дискомфортно».

«Враги»

Существует ряд конкретных группировок и видов деятельности, которые находятся в центре внимания трансполитики. Возможно, наибольший гнев у многих трансактивистов вызывают так называемые «радфемы» (радикальные феминистки) и такие мероприятия, как конференции радфем и женский музыкальный фестиваль в Мичигане (Michigan Womyn's, Music Festival именно в таком написании), куда запрещен вход трансженщинам. Они нападают на нас и исключают нас на том основании, что мы вовсе не женщины. Идеи радфем и явные трансэкслюзивные женские события являются относительно маргинальными идеологиями и действиями меньшинств и оказывают меньшее влияние на жизнь большинства транслюдей, чем, скажем, трудности с получением документов, удостоверяющих личность, или доступом к качественным медицинским услугам. Тем не менее, поскольку они столь яростно отрицают наше существование и так явно исключают нас, они вызывают горячую и громкую реакцию в некоторых транскругах. Они выступают против идей радфем и ищут возможности для трансженщин попасть на мероприятия «для женщин». В более широком смысле важная часть политики трансженщин направлена на признание и включение в феминистскую политику в целом.

Правые (в том числе многие христианские) лобби также являются объектами трансполитических действий. Такие группы обычно считают наше существование невозможным, предполагая, что мы стремимся подорвать естественный порядок. Они искажают научные взгляды в поддержку жесткого циснормативного, бинарного понимания пола и гендера. В других случаях они считают нас социальной угрозой, подрывающей неприкосновенность и стабильность гетеросексуальной семьи. И опять же они предполагают, что мы — обманщики и хищники, стремящиеся воспользоваться

ся доступом к туалетам, соответствующим гендерным признакам, чтобы охотиться на ни в чем не повинных женщин и девочек (несмотря на отсутствие доказательств того, что такая угроза действительно существует). Звучат также предположения о том, нашими правами не преминут воспользоваться хищные цисмужчины (несмотря на тот факт, что правовая защита от такого поведения уже существует). Кампании в поддержку трансгендерных людей оспаривают такие утверждения и выступают против законов и нормативных актов, отражающих подобные взгляды.

Такие консервативные лобби также решительно выступают против однополых браков (а в Америке в период президентства Трампа стремятся вновь открыть этот вопрос). Этот вопрос затрагивает отношения многих трансгендеров. Многие трансгендерные люди и группы активно участвуют в кампаниях по легализации однополых браков, как правило, совместно с союзниками из ЛГБ-сообществ. Такие кампании часто прямо или косвенно бросают вызов консервативным нормам в отношении гендера и сексуальности.

Иногда, однако, возникают противоречия между трансактивистами и ЛГБ-«союзниками». Как нам кажется, нам часто удастся достичь хороших результатов в ходе длительных кампаний и добиться обеспечения законных прав (например, равенства в браке). Однако, как только цели доминирующих групп достигнуты или найден компромисс, они дистанцируются от нас, считая, что союз с нами больше не отвечает их интересам. В таких обстоятельствах мы видим, что наши собственные потребности и проблемы остаются на том же уровне.

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ НАМИ

Хотя существенная часть нашей политической деятельности направлена на решение проблем, возникающих при нашем взаимодействии с социальными структурами, в столкновении с несправедливыми условиями и нетранслядьюми, мы также прикладываем значительные усилия для устранения разногласий, существующих между нами. У нас могут быть разные интересы, так как у каждого из нас свой опыт переживания трансгендерности, у нас может быть различное понимание того, что такое быть трансгендером, разные приоритеты, практики и стратегии.

Разные интересы: включение и исключение

Мы по-разному можем переживать свою трансгендерность и иметь разные представления о том, что значить быть трансгендером. Эти различия могут привести к возникновению конфликтующих интересов. Таким образом, несмотря на общие проблемы, с которыми мы сталкиваемся, у трансженщин могут возникать специфические проблемы, и наши потребности и интересы могут существенно отличаться от потребностей и интересов трансмужчин, гендер-квир или интерсекс. Существуют различия между трансженщинами, которые не делали операцию, находятся в дооперационном периоде и которые находятся в послеоперационном периоде. Есть те, кто скрывают свою трансгендерность, тогда как другие говорят о своем трансгендерном статусе и своей трансгендерной истории более открыто. Возьмем, к примеру, трансженщин в послеоперационном периоде, для которых трансгендерность означает жизнь в «неправильном теле», которые хотят, чтоб их воспринимали просто как «женщин» (без приставки «транс»), и не хотят афишировать свои истории. Они, вероятно, будут заинтересованы в том, чтобы процедура замены документов была простой и легкой, но в то же время они могут считать, что это право не должно распространяться на трансженщин, которые не перенесли никакой операции. Они, вероятно, не согласятся с теми из нас, кто считает, что упрощение процесса замены документов, идентифицирующих личность, обеспечит более благоприятные условия для каждой, считающей себя трансженщиной, и для того, чтобы разные категории трансженщин стали более заметными.

В этой связи следует упомянуть два проблемных момента. Один из них связан с правом на то, чтобы каждый индивидуальный опыт переживания трансгендерности считался аутентичным. Некоторые трансженщины, сделавшие операцию, не считают подлинными трансгендерами тех из нас, кто утверждает, что они транс, но не видят необходимости в хирургических вмешательствах по превращению пенисов во влагалище. Напротив, многие из нас ощущают себя трансженщинами, но не видят противоречий в том, чтобы иметь пенис, а также считают себя «аутентичными» трансгендерами и стремятся к тому, чтобы их признавали такими же настоящими трансгендерами, как и всех остальных.

Второй момент касается права самовыражения. Например, некоторые из нас никогда не считали, что оказались заперты в неправильном теле, и не видят никаких противоречий в том, чтобы идентифицировать себя как женщины и иметь при этом пенис. В ряде случаев наши идентичности и те способы, которыми мы их выражаем, не вписываются в бинарные представления о мужчинах и женщинах. Мы стремимся к тому, чтобы все формы трансгендерного выражения были признаны в трансгендерном сообществе, а также в исследованиях и в средствах массовой информации. Поиски точных форм выражения трансгендерной идентичности порождают конфликты внутри трансмира, которые в значительной степени отражают различия во взглядах относительно права на индивидуальный опыт.

Право на самовыражение также затрагивает вопросы, связанные с языком. С одной стороны, мы уделяем особое внимание словам и терминам, которые употребляются применительно к нам. Мы настаиваем на использовании соответствующих местоимений, таких как «она» для трансженщин, «он» для трансмужчин и «они» для тех, кто идентифицирует себя гендер-квир. И некоторые из нас выступают против использования таких терминов, как «шимейлы» и «цыпочки с членами», которые многим из нас кажутся оскорбительными. Многие также высказываются против употребления термина «трансухи», так как он вводит в заблуждение относительно того, что значит быть трансгендером и ставит нас в один ряд с трансвеститами (кросс-дрессерами). Некоторые яростно утверждают, что трансвеститы не имеют права называть себя «трансами».

Существенная часть трансактивистов занимаются вопросами инклюзивности на еще более широком уровне. Как я уже отмечала выше, значительное число трансгендеров оказываются под влиянием эффекта интерсекциональности, поэтому важно, чтобы политические инициативы затрагивали не только относительно привилегированные категории трансгендерных людей. Мы стремимся продвигать более широкую, более инклюзивную политическую повестку и настаиваем на том, чтобы приоритет отдавался вопросам бедности и насилия, включая насилие со стороны полиции, а также интересам и потребностям таких категорий трансгендерных людей как, например, работники секс-индустрии и бездомные.

Цели и стратегии

Когда речь заходит о выборе стратегических целей, приоритеты расставляются совершенно по-другому. С одной стороны, есть те, кто утверждает, что фундаментальные достижения требуют фундаментальных социальных и культурных сдвигов, и подчеркивают важность борьбы за право на самовыражение и связанной с ним критики циснормативности. С другой стороны, есть те, кто фокусируется на достижении конкретных изменений в законодательстве, политике и административных процедурах. Они также выступают за повышение осведомленности среди медицинских работников, предоставление «более дружественных» медицинских услуг и снижение уровня дискриминации в социальной сфере в целом. Первой группе активистов может показаться, что вторая группа просто занимается тем, что накладывает на рану пластырь. Представители второй группы могут считать, что первый подход предполагает приверженность важной, но идеалистической долгосрочной цели и игнорирует насущные и актуальные потребности и трудности транслюдей непосредственно в данный момент.

Деятельность по расширению правовой защиты трансгендерных людей также вызывает разные реакции. Несмотря на важность такой деятельности, в ее сторону звучат критические замечания культурного и структурного характера, которые указывают на ограниченную сферу применения многих защит и учета индивидуальных особенностей в отношении трансгендерных людей в целом. Существует мнение, что право на замену документов в связи с коррекцией гендера не приносит ощутимой пользы транслюдям, живущим в нищете, а защита от дискриминации на рабочем месте ничего не дает большому количеству транслюдей, которые не могут получить работу или заняты в секс-индустрии.

Разница интересов и приоритетов также находит отражение в том, что называется зонтичной политикой – формирование коалиций вокруг общих интересов. С одной стороны, многие транс-активисты считают, что все транслюди так или иначе разделяют некоторые базовые интересы, которые схожи с интересами людей, в целом борющихся за гражданские права (например, защита от дискриминации при приеме на работу и вступлении в брак). Те из нас, кто придерживается этой точки зрения, стремятся объединить усилия с другими на основе этих общих интересов с це-

лью усиления нашего политического влияния. Тем не менее многие делают упор именно на отличиях в наших потребностях, вместо того чтобы продвигать те интересы, которые могли бы быть общими для трансгендерных людей, геев и бисексуалов. Настаивая на различиях, сторонники этого подхода говорят о том, что, ставясь частью большой коалиции, мы рискуем принести в жертву наши специфические потребности. Они напоминают о тех случаях, когда мы оказывали нашим союзникам поддержку в реализации ряда реформ, но сами остались при этом не у дел.

ТРАНСГЕНДЕРНАЯ ПОЛИТИКА: ВЫВОДЫ

Трансполитика – это разнообразная область, отмеченная разными подходами, разными взглядами и разными целями. Важно отметить, что наша политика основана на нашем разнообразном опыте маргинализации и угнетения. Мы стремимся понять самих себя и обеспечить условия, которые позволят нам достойно жить полноценной жизнью и ощущать себя в безопасности. Важным шагом к пониманию нас является уяснение нашей разнообразной политики.

ГЛАВА 23

ТРАНСГЕНДЕРНАЯ ПОЛИТИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

ОДИНАКОВОЕ ОТНОШЕНИЕ НЕ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО ВСЕ ОДИНАКОВЫ

Среди трансгендерных активистов есть небольшая, но очень активная политическая группа, которая ратует (намеренно или нет) за то, чтобы все лица с гендерной дисфорией считались одинаковыми: как транссексуалы без каких-либо различий между ними, без учета их специфической формы гендерной дисфории. Они считают, что нет никакой индивидуальной разницы, предполагая, что как группа населения они скорее однородны, чем неоднородны. Они также заявляют о том, что единственное целесообразное и полезное клиническое вмешательство – это физическое переназначение пола с помощью гормонов или хирургической операции. Они настаивают на том, чтобы у каждого человека с гендерной дисфорией было право на проведение подобного вмешательства с минимальным привлечением психотерапевтов или психиатров. Некоторые даже заходят так далеко, что предполагают, что трансгендерам не следует предлагать какую-либо психотерапию для исследования их состояния. Хотя они искренне верят, что этот политически обусловленный подход призван обеспечить благополучие всех людей с гендерной дисфорией, сложно понять, как призыв к отказу от различных мероприятий в области здравоохранения, может быть маркером прогресса.

К сожалению, часто считается, что трансактивисты, которые наиболее активно выступают в прессе и социальных сетях, не являются официальными представителями «транссообщества». Хотя я не совсем понимаю, о каком именно сообществе идет речь и мои трансгендерные пациенты тоже затрудняются ответить, что это за сообщество и входят ли они в него. Тот факт, что представите-

лями «транссообщества» считаются воинствующие трансактивисты, говорит об уровне травли и запугиваний. Кибер-травле и прямым атакам могут подвергаться те люди, которые высказывают мнения, как будто бы противоречащие жесткому и «рекомендованному» взгляду на гендерную дисфорию.

К счастью, в трансгендерном сообществе растет число людей, которые могут выразить свое несогласие с манифестируемыми утверждениями и открыто заявить, что они приветствуют различные варианты лечения, а не единый уравнилельный подход для всех. Иначе многие, кто не рассматривает переназначение пола, остались бы без какой-либо помощи вообще.

ДОЛЖНЫ ЛИ ТРАНСГЕНДЕРНЫЕ ЛЮДИ ПРОХОДИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ТОЛЬКО У ТЕХ СПЕЦИАЛИСТОВ, КОТОРЫЕ САМИ ЯВЛЯЮТСЯ ТРАНСГЕНДЕРАМИ?

Еще один аргумент, выдвинутый некоторыми трансгендерными политическими активистами, заключается в том, что трансгендеров должны лечить только те медицинские работники, которые сами являются трансгендерами. Предпосылка такого аргумента состоит в том, что для того, чтобы быть в состоянии понять человека, нужно самому пережить подобный опыт и только в этом случае иметь возможность помочь.

Проблема с этим аргументом заключается в том, что, как я надеюсь, мне удалось показать в этой книге, гендерная дисфория охватывает широкий спектр проблем, связанных с гендерной идентичностью. Неправильно будет сделать вывод, что все люди с гендерной дисфорией одинаковы, поскольку это не так. Таким образом, квалифицированный медицинский работник просто не может испытать на себе все мыслимые формы гендерной дисфории. Подобная позиция демонстрирует очень упрощенный взгляд на вещи, который предполагает, что понимание не может быть достигнуто без непосредственного опыта. Если бы это было так, то все гинекологи должны были бы быть женщинами, а большинство психиатров должны были пережить психотические состояния. При этом специализированная психотерапия гендерной дисфории, как я уже обозначил в этой книге, осуществляется в форме небольшой терапевтической группы, состоящей из терапевта и максимум восьми человек с гендерной дисфорией.

Как описано в этой книге, модифицированная групповая аналитическая терапия, основанная на ментализации, проводится всеми участниками группы, а не только одним терапевтом. Таким образом, люди с гендерной дисфорией думают и работают совместно с терапевтом. И поэтому, хотя сам терапевт может не иметь гендерной дисфории, терапия проводится рабочей группой, большинство членов которой имеют гендерную дисфорию.

ДОЛЖНА ЛИ ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРИЯ ОТНОСИТЬСЯ К ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ?

Вопрос включения гендерной дисфории в системы классификации, используемые в психиатрии, а именно DSM и ICD, остается неоднозначным в трансгендерном сообществе. (Я применяю термин «сообщество», потому что он уже используется, и понимаю его обоснованность как такового, хотя, как упоминалось ранее, мне не слишком ясно, кто именно входит в это «сообщество».) Один из аргументов заключается в том, что человек с трансгендерной идентичностью может воспринимать свою проблему как физическую, а не как психическую, и поэтому будет крайне неправильно ставить на нем клеймо психического расстройства. Другие утверждают, что гендерная дисфория не должна рассматриваться как расстройство психики или тела.

С другой стороны, существуют также аргументы в пользу того, чтобы гендерная дисфория оставалась в психиатрических классификационных системах. Поскольку в случае гендерной дисфории отсутствуют реальные физические проблемы или патологии, можно предположить, что чувство неудовлетворенности является результатом конфликта, вызванного ощущением несоответствия между своим гендером и тем, как он переживается изнутри. Именно в связи с этим чувством люди и обращаются за профессиональной помощью. Состояние психологического дистресса, которое сопровождает гендерную дисфорию, можно считать достаточным основанием для того, чтобы оставить ее в статусе психического расстройства.

Если бы гендерная дисфория не считалась психическим или физическим расстройством, людям было бы очень трудно получить какую-либо медицинскую помощь от врачей, психологов или хирургов. Во многих странах доступ к любой психологичес-

кой, медицинской или хирургической помощи возможен только при наличии диагностированного «расстройства» с соответствующим кодом классификатора.

Конечно, творческое восприятие своего гендера не подразумевает наличия расстройства. Человек не будет считаться страдающим психическим расстройством, если он уверен в своем гендере и способен играть с социальными гендерными рамками, не чувствуя при этом дискомфорта, нестабильности или неуверенности относительно своей гендерной идентичности, и не испытывая никакого психического замешательства или беспокойства. Точно так же человек, чей гендер не укладывается в социально-нормативную или бинарную гендерную структуру, вероятно, не должен вызывать подозрений относительно наличия у него психического расстройства. Однако человека, неуверенного, смущенного, недовольного или обеспокоенного относительно своей гендерной идентичности, скорее всего, следует считать страдающим расстройством гендерной идентичности.

НОВОЕ ПЛАТЬЕ КОРОЛЯ

В начале карьеры, когда у меня еще не было квалификационной категории и я работал в клинике Портман (Portman Clinic), я прочитал лекцию «Транссексуализм как новое платье короля». Годы спустя эта лекция вошла в сборник психоаналитических лекций в качестве отдельной главы. В статье я задаю ряд вопросов, касающихся психиатрических взглядов на транссексуализм как на расстройство. Мои идеи вызвали неоднозначные реакции среди трансгендерных политических активистов по причинам, которые я сейчас опишу.

В статье я задавался вопросом, почему ощущение своей принадлежности к противоположному полу не рассматривается в психиатрии как бредовая идея? Вместо того, чтобы утверждать, что транссексуалы являются психотиками, я посмотрел на эту проблему с феноменологической точки зрения. В психиатрии твердая ложная убежденность называется бредом. Если человек верит, что он на самом деле является каким-либо животным или другим человеком, это будет соответствовать критериям бредового убеждения. Именно на этом осно-

вании я спрашивал, почему убежденность в принадлежности к противоположному полу или гендеру не классифицируется в психиатрии как бред. Если бы я считал себя золотой рыбкой, это бы означало, что у меня бред. Если бы я верил, что я дерево, я бы бредил. Если бы я полагал, что на самом деле принадлежал к другому этносу или расе, я бы бредил.

Так что, если бы я поверил, что отношусь к другому полу, отлично от моего, разве это не было бы бредом? Ответ на этот вопрос заключается в том, что это не бредовое убеждение, так как большинство трансгендерных людей, желающих переназначить гендер, не считают себя принадлежащими к желаемому полу изначально. Они считают, что они *должны были* бы быть или *хотели бы быть* желаемого пола. Именно это различие качественно отличает характеристики этого убеждения от бреда. Если человек вместо этого будет полагать, что он уже является представителем желаемого пола, то, по-видимому, его не будет интересовать переназначение, поскольку в этом не будет необходимости. За несколько лет работы по оценке людей с гендерной дисфорией я слышал, как многие говорят сначала о том, что их гендер противоположен их биологическому полу. Но при дальнейшем исследовании большинство признает, что они скорее верят, что они *должны были* или *хотели бы* принадлежать противоположному гендеру, а не считают себя таковыми на текущий момент. Таким образом, это не является бредом, и люди с гендерной дисфорией не страдают психозом.

В другой части статьи я описывал несоответствие между тем, как гендер воспринимается со стороны и как он переживается изнутри. Иногда внешнее восприятие гендера может вступать в противоречие с фактическим внутренним ощущением человека своего гендера. Мои пациенты говорили о том, что окружающие не всегда могли определить их гендер, несмотря на то, что сами они были уверены в своей гендерной идентичности. Они отмечали, что в общении с ними люди очень тщательно подбирали слова и старались обращаться с ними в соответствии с их новым приобретенным гендером, но при этом им было сложно понять наверняка, как их на самом деле воспринимают, если отбросить вежливость и такт. Вот тут мне на ум и пришла аналогия со сказкой Ганса Христиана Андерсена «Новое платье короля». Именно невоспитанный ребенок стал единственным во всем цивилизован-

ном обществе, кто смог честно сказать королю, как его видят другие. В оригинальной статье я предположил, что, возможно, роль психоаналитического психотерапевта заключалась как раз в том, чтобы занять место этого честного мальчика в истории. Однако с тех пор я несколько раз пересматривал это мнение и изменил как свое понимание этого состояния, так и терапевтический подход.

За многие годы работы с гендерной дисфорией я понял, что терапевт не может ответить пациентам на вопрос, как их воспринимают окружающие с точки зрения их гендера. Терапевт не должен занимать какую-то определенную позицию. Роль терапевта заключается в том, чтобы помочь пациентам приобрести навыки, которые позволили бы им развить как можно более объективный взгляд на самих себя. Эти навыки вырабатываются в процессе терапии, а не просто предоставляются терапевтом в готовом виде. Терапевтическая группа, как было сказано выше в этой книге, предлагает пациентам механизм получения объективной обратной связи от других участников группы, которая может быть полезной для формирования собственной точки зрения относительно себя. В связи с историей о «новом платье короля» не вызывает удивления тот факт, что одна из моих пациенток, обеспокоенная своей «пассабельностью» как женщины, гуляла рядом со школами после окончания уроков. Она знала, что, если бы дети не воспринимали ее как настоящую женщину, они без колебаний сообщили бы ей об этом, не стесняясь в выражениях. Излишне говорить, что у этой пациентки также имелись некоторые мазохистические тенденции.

КОРОЛЕВСКИЙ КОЛЛЕДЖ ПСИХИАТРОВ: ВРЕМЯ ПЕРЕМЕН КОНФЕРЕНЦИЯ В МАЕ 2011 ГОДА

В мае 2011 года в Королевском колледже психиатров должна была состояться небольшая конференция, на которой несколько выступавших читали лекции по гендерной дисфории. Приглашенные докладчики представляли разные слои общества и имели разные точки зрения. Психиатрию представляли специалисты клиники гендерной идентичности Чаринг-Кросс в Лондоне, я представлял специализированную психотерапевтическую службу по гендерной дисфории, службу по работе с детьми и подростками пред-

ставлял детский психиатр. Также была приглашена журналистка и феминистка Джули Биндел. Конференция должна была проходить в течение одного дня и включала доклады и их последующее обсуждение группой докладчиков и аудиторией. Запланированное мероприятие было объявлено Королевским колледжем как «чрезвычайно вдохновляющее событие для всех людей, интересующихся вопросами трансгендерности, в рамках которого будут обсуждаться актуальные академические, клинические и современные идеи в этой области».

Данное событие не должно было вызвать никаких противоречий. Повестка не предполагала обсуждения каких-либо изменений в политике или законодательстве. Никто не предлагал внедрения новых руководящих принципов по лечению или каких-либо диагностических критериев. Мероприятие было запланировано как встреча специалистов из Великобритании, которые уже работают и публикуют статьи в области гендерной дисфории и хотят собраться вместе для обмена идеями в профессиональной среде, точно так же как это делают профессионалы, работающие в других областях медицины, психиатрии или психологии. Однако вскоре после анонса среди небольшой части сообщества транс-активистов разразился скандал.

Небольшое число политически мотивированных трансактивистов крайне болезненно восприняли то, что в Королевском колледже была организована встреча профессионалов, и их особенно разозлило участие определенных докладчиков. По тем или иным политическим мотивам критика была направлена на всех участников встречи. Меня, например, обвиняли в том, что я предлагал специализированные психотерапевтические услуги для людей с гендерной дисфорией. В реальности я предлагаю специализированные психотерапевтические услуги людям с различными проблемами гендерной идентичности, с которыми могут сталкиваться и те, кто проходит через любые физические процедуры по переназначению пола. Одна из причин создания этой службы заключается в том, что многие психиатры не обладают достаточным опытом работы с гендерной дисфорией и поэтому могут преувеличивать или преуменьшать ее значение, или вовсе не знать, как с ней работать. Тем не менее самые ярые трансактивисты ошибочно полагали, что любой, кто предлагает психотерапию людям с гендерной дисфорией, наверняка пытается «вылечить

их» от трансгендерности, как некоторые психотерапевты пытались «вылечить» гомосексуалов несколько десятилетий назад.

Трансактивисты размещали на веб-сайтах яростные посты (как эмоциональные, так и содержательные) и призывали трансгендерных людей организовать протест. Неясно, против чего они должны были протестовать, поскольку они не знали, о чем собирались говорить докладчики, так как на тот момент организаторы конференции не располагали тезисами выступлений. Похоже, протестовать надо было против самой идеи, что профессионалам в принципе позволено думать о гендерной дисфории. Ложные сообщения о докладчиках, в том числе и обо мне, были распространены в Интернете, вслед за этим последовали и персональные нападки. Я был буквально демонизирован. Один трансактивист написал(а) в своем блоге, что ему (или ей) мои глаза кажутся дявольскими. Пациенты, находившиеся в то время в терапии, были смущены такими едкими замечаниями в мой адрес, поскольку образ трансфобного демона, представленный в Интернете, не имел ничего общего с тем терапевтом, который сидел перед ними. У некоторых возникло желание вмешаться в эту неразбериху, но большинство смогли дистанцироваться, как им казалось, от политически мотивированной и параноидной картинки, нарисованной немногочисленными людьми.

Некоторые представители политического сообщества трансактивистов возражали против того, чтобы Королевский колледж психиатров вел открытое обсуждение этой темы. Было выдвинуто предложение, что психиатры вообще не должны думать и размышлять об этом вопросе. Разумеется, сложно представить, чтобы психиатры не размышляли, не задавали вопросов и не дискутировали о тех состояниях и заболеваниях, с которыми они имеют дело. Если бы это было так, то, конечно, не было бы никаких исследований, никакого прогресса и никакого развития в понимании этих состояний.

Наиболее экстремистки настроенные активисты выдвинули предположение о том, что психиатры вообще не должны выносить никаких суждений относительно данного состояния, а только назначать гормональную терапию и давать разрешение на хирургическую коррекцию пола. Это, конечно, лишило бы психиатрию смысла и оказало бы медвежью услугу очень многим пациентам с гендерной дисфорией, для которых совместная работа с пси-

хиатром представляет особую важность. Такой подход предполагает, что все люди с гендерной дисфорией являются транссексуалами и что между ними нет никаких различий. Он не учитывает того, что существует очень много людей с проблемами гендерной идентичности, не совпадающими с проблемами транссексуализма, для которых физическое переназначение пола не является решением.

За несколько недель до мероприятия политическим активистам удалось собрать достаточно протестующих, которые угрожали насильственными действиями, и Королевский колледж решил отменить конференцию. Политические трансактивисты, безусловно, восприняли это как победу, но многие другие трансгендеры были огорчены произошедшим. Крайне редко специалисты из разных областей Великобритании собираются для конструктивного обсуждения вопросов гендерной дисфории (напротив, в других странах гендерные услуги очень открыты и инклюзивны). И в данном случае именно члены трансгендерного сообщества не дали этому мероприятию состояться. После отмены конференции многие члены трансгендерного сообщества выразили свое разочарование и недовольство тем, что решение было принято небольшой группой трансактивистов, чья политическая цель состояла в том, чтобы все люди с проблемами гендерной идентичности считались одинаковыми: все они должны рассматриваться как транссексуалы, все должны получить доступ к услугам по физическому переназначению пола, нет необходимости профессионально обсуждать их проблемы, особенно специалистам, которые сами не переназначали пол.

Реальность такова, что небольшое количество медицинских работников, посвящают свою профессиональную карьеру гендерной дисфории и получают удовлетворение от своей работы, тогда как очень много других специалистов не решаются начать подобную работу на местах из-за той неоднозначной реакции, с которой они часто сталкиваются со стороны некоторых трансактивистов.

КОНФЕРЕНЦИЯ «КВИНСЛЕНДСКИЕ ТРАНСГЕНДЕРЫ, СЕСТРИЧКИ И ГЕНДЕРНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ» В КВИНСЛЕНДЕ, АВСТРАЛИЯ (2012)

Год спустя после отмененной конференции Королевского колледжа психиатров в Великобритании на другом конце света, в штате

Квинсленд в Австралии, была организована аналогичная конференция. Конференция «Квинслендские трансгендеры, сестрички и гендерное разнообразие» должна была стать первым в своем роде мероприятием в Австралии, открытым как для профессионалов, так и для широкой публики. В ней приняли участие психиатры, психотерапевты, психологи, хирурги, трансактивисты и люди разного гендера.

Меня пригласили выступить с докладом о работе моей специализированной психотерапевтической службы по гендерной дисфории. Как и ожидалось, представители трансактивистского меньшинства, которые делали громкие заявления накануне предполагаемой лондонской конференции, проявились и в этот раз и запустили кампанию против организаторов, призывая их отменить конференцию или отказаться от участия определенных докладчиков. В отличие лондонских организаторов, которые решили отменить конференцию, организаторы конференции в Квинсленде поступили по-другому. С истинно австралийским упорством организаторы не стали вносить никаких изменений в список приглашенных докладчиков и не поддались на требования и угрозы протестующих.

Конференция прошла в соответствии с планом в городе Кэрнс в августе 2012 года, и ее посетили в три раза больше людей, чем ожидалось.

Конференция прошла с большим успехом, и в этом заслуга ответственных и отважных организаторов под руководством профессора Даррена Рассела.

Хирурги из Таиланда читали лекции вместе с врачами общей практики, консультантами и психиатрами, назначающими гормоны. Профессор Милтон Даймонд представил обзор своей работы в качестве сексолога, а я рассказал о психотерапевтической работе с гендерной идентичностью. Неудивительно, что мое выступление по психотерапии не вызвало никаких противоречий (я явно не был злым демоном, которого боялись некоторые трансактивисты или, возможно, надеялись, что я таким окажусь). Помимо профессионалов, конференция собрала представителей различных трансгендерных и интерсекс-сообществ.

Конференция была во многом информативной и трогательной. Это был первый случай, когда в Австралии на специализированной площадке состоялся диалог между различными про-

фессионалами и трансгендерными людьми, пользующимися профессиональными услугами. Был организован отдельный симпозиум, посвященный «сестричкам», трансгендерным женщинам среди коренного населения Австралии, многие из них никогда ранее не встречали других «сестричек». Организаторы конференции в Кэрнсе поставили перед собой и успешно решили ту же, задачу, которая стояла и перед организаторами лондонской конференции. Это мероприятие стало важной вехой в истории и задавало вектор для последующих аналогичных трансгендерных конференций в Австралии.

На конференции мне посчастливилось встретиться с трансактивисткой Мелиссой Вик, которая стала моей подругой, и с тех пор мы делимся друг с другом информацией и ведем плодотворные дискуссии, обсуждая происходящее на разных концах света. Я благодарен ей за авторское участие в этой книге.

Альтернативная феминистская точка зрения изложена в работах Шейлы Джеффрис, особенно в ее книге «Муки гендера», которая показалась моим трансгендерным пациентам крайне полезной. Это может удивить многих трансактивистов, которые не согласны с ее взглядами.

Несколько лет назад я встретился с людьми, которые сотрудничали с известной благотворительной организацией, помогающей трансгендерным людям. Я хотел рассказать им о психотерапевтической службе по гендерной дисфории, которую я в то время организовывал. Когда мы встретились, они, казалось, были не очень заинтересованы в специализированных психотерапевтических услугах, их больше волновало, почему я не прописывал гормоны. Я объяснял им, что моя работа связана исключительно с оказанием психотерапевтических услуг людям с гендерной дисфорией и что я был единственным консультирующим психиатром в Великобритании (насколько мне известно), специализирующимся на оценке, психотерапевтическом лечении и исследованиях в этой области. У меня совершенно не было опыта в назначении гормональной терапии, этим занимается большое число опытных специалистов. Они проявляли поразительную настойчивость, но встреча в целом прошла хорошо, и я надеялся, что она может привести к плодотворной совместной работе.

Через несколько дней после нашей встречи они отправили мне по электронной почте письмо, где говорилось, что они уви-

дели во мне именного того человека, которым несколько лет назад были недовольны многие трансактивисты из-за написанной мной психоаналитически ориентированной статьи. Я указал на то, что за прошедшие годы я написал несколько работ, в которых пересматривал свои идеи относительно гендерной дисфории и что все они подробно изложены в советующем разделе на моем сайте. Они ответили мне, что «у трансгендерных людей очень хорошая память, и поэтому им трудно изменить свое отношение к кому-то». По этой причине и из-за боязни за ассоциацию они отказались от совместной работы со мной. Этот ответ показался мне невероятно актуальным. Он свидетельствует о том, что некоторые, но далеко не все трансгендерные люди испытывают сильный страх перед тем, будут ли они приняты другими в своем новом гендере после перехода или же другие продолжат идентифицировать их с тем гендером, с которым они себя больше не отождествляют. Они дали мне понять, что трансгендерные люди не принимают изменений в теоретических воззрениях ученого и не готовы воспринимать их иначе, несмотря на то, что эти изменения касались животрепещущих вопросов.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Эта книга была написана с любовью, и я надеюсь, что она оказалась полезной, информативной и заставила вас задуматься.

Возможно, она даже побудила вас пересмотреть ваши взгляды на гендер, трансгендерность и гендерную дисфорию.

Как вы уже поняли, любой, кто публично высказывается на тему трансгендерности, рискует вызвать неодобрение или даже оскорбить кого-то, если эти идеи противоречат взглядам других. Идей всегда очень много, но в основе этой книги лежат не только мои собственные идеи. Фактически книга была создана сотнями трансгендерных людей, с которыми работал лично я или мои коллеги, принявшие участие в написании этой книги, некоторые из которых сами являются трансгендерами. Я благодарен своей хорошей подруге Саре, которая является трансженщиной, за помощь в редактировании текста и за ее неоценимый вклад. Эта книга не могла быть написана цисгендерным человеком, излагающим цисгендерный взгляд на мир, это плод совместной работы многих трансгендерных и цисгендерных людей (если вы не знакомы с этим термином, вы, очевидно, пропустили одну или две главы!).

В этой книге я попытался объединить теоретические знания и практический опыт, полученный мной за годы работы и исследований таким образом, чтобы она могла быть полезной широкому кругу лиц. Мне было важно дать исчерпывающий обзор транстематики, но в то же время не перегружать книгу излишним материалом, чтобы она не оказалась слишком объемной и тяжелой для чтения.

Своим студентам я говорю: единственная вещь, о которой вам следует помнить, даже если вы забудете все остальное, заключается в том, что необходимо все подвергать сомнению, чтобы достичь лучшего понимания. Это также относится и к генде-

ру: что такое гендер, что он означает и как другие могут понимать его? Я призываю студентов анализировать свои предположения относительно гендера и ставить под сомнение любые утверждения или ассоциации, которые кажутся «само собой разумеющимися» в отношении гендера, мужественности, женственности или того, что значит быть мужчиной, женщиной, трансгендером или иметь любую другую гендерную идентичность.

Надеюсь, что по мере прочтения этой книги вы задавались вопросами о том, что значит быть мужчиной, женщиной, трансом или относится к любому другому гендеру. К настоящему моменту вы, наверняка, поняли, что трансгендерность не является универсальными феноменом, одинаковым для всех трансгендерных людей, что существует много разных форм трансгендерности или гендерной дисфории и что нет единого решения, которое подходило бы всем без исключения людям с гендерной дисфорией. Слишком часто основное внимание уделяется телам трансгендерных людей. Как психиатр и психотерапевт, я ставил перед собой цель рассмотреть психологию трансгендерных людей и те эмоциональные и психические трудности, с которыми сталкиваются они, их семьи и окружающие в связи с их трансгендерностью.

Я благодарен коллегам, которые написали главы для этой книги. Я очень признателен Финтану Харту за то, что он принял меня в группу специалистов по гендерной дисфории в Австралии и Новой Зеландии (ANZPATH), за его дружбу и его значительный вклад в эту книгу и в мои исследования. Вальса Иапен, Руди Кренчек и Мона Асгари-Фард – моя исследовательская группа из Университета Нового Южного Уэльса (UNSW). Несмотря на то, что они находились на другом конце света, наше сотрудничество было чрезвычайно плодотворным и благодаря этому появился опросник GPSQ.

Я благодарен моей школьной подруге Хелен, которая дала мне совет относительно того, как выпустить мою работу в печать, а также Джейн, которая помогла мне в этом. Я безмерно благодарен организации The Shaw Mind Foundation, которая попросила меня стать их профессиональным консультантом, чем я очень горжусь, а также издательству Trigger Press за согласие опубликовать эту книгу и за их терпение!

Деятельность The Shaw Mind Foundation направлена на повышение осведомленности и снижение стигмы в отношении психичес-

кого здоровья. Моя цель как психиатра заключается в том, чтобы все были довольны своей жизнью и были хорошо информированы в вопросах психологии. Я также вижу свою роль в том, чтобы ставить под сомнение и оспаривать предположения и догадки для достижения более глубокого понимания самих себя. Как врач и ученый, я понимаю, что мы никогда не узнаем все, что нужно знать, но, как говорится, знание – сила. Чем лучше мы сможем понять, как устроена наша психика, тем больше у нас будет возможностей справляться с теми вызовами, которые бросает нам жизнь.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОПРОСНИК ОБЕСПОКОЕННОСТИ ГЕНДЕРОМ И СТАБИЛЬНОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ (GPSQ)

*Hakeem A., Eapen V., Črnčec R., Asghari-Fard M., Harte F.,
2016*

1. **Сегодняшняя дата:** _____
2. **Ваше имя:** _____
3. **Ваш возраст** (в годах): _____
4. **Биологический пол**, назначенный вам при рождении (пожалуйста, обведите в кружок):
мужчина/женщина/интерсекс

5. **Текущий гендер** (пожалуйста, обведите в кружок один вариант ответа):
мужчина/женщина/интерсекс/трансгендерный мужчина/
трансгендерная женщина/трансгендер (без уточнений)/гендер-квир/гендерно-нейтральный/другой (указать):

6. **Уверены ли вы в том, что вы будете довольны своей жизнью, если будете проживать ее в той гендерной идентичности, которая у вас сейчас есть?** (пожалуйста, обведите в кружок один вариант ответа):

Абсолютно уверен/уверен/почти уверен/не совсем уверен/
совсем не уверен

Опросник состоит из 14 вопросов, связанных с вашими мыслями и чувствами, которые возникают у вас в связи с вашим гендером и гендерной идентичностью. Под гендером имеется в виду любой гендер, с которым вы себя идентифицируете (например, мужчина, женщина, трансгендер, квир и любые другие варианты). Гендер может совпадать или не совпадать с вашим биологическим полом.

Отвечая на эти вопросы, обведите, пожалуйста, ответ, который наилучшим образом отражает ваши мысли и чувства за последние две недели.

1. Насколько важен для вас гендер?

- а) неважен
- б) немаловажен
- в) умеренно важен
- г) очень важен
- д) чрезвычайно важен

2. За последние две недели как часто вы задумывались о гендере?

- а) никогда
- б) редко
- в) иногда
- г) часто
- д) очень часто

3. За последние две недели как часто вы задумывались о гендере в связи с такими аспектами вашей повседневной жизни, как работа, развлечения или приобретенные товары?

- а) никогда
- б) редко
- в) иногда
- г) часто
- д) очень часто

4. За последние две недели, насколько вы были обеспокоены вопросами, касающимися гендера?

- а) никогда
- б) редко
- в) иногда
- г) часто
- д) очень часто

5. За последние две недели вы не позволяли себе участвовать в какой-либо деятельности, вести себя опреде-

ленным образом или покупать что-либо из-за вашего гендера?

- а) никогда
- б) редко
- в) иногда
- г) часто
- д) очень часто

6. В последние две недели вас огорчало, когда вам приходилось отвечать на вопросы о том, какого вы пола или гендера (например, при заполнении форм)?

- а) никогда
- б) редко
- в) иногда
- г) часто
- д) очень часто

7. За последние две недели насколько комфортно вы себя чувствовали в своем гендере (он необязательно должен соответствовать вашему биологическому полу)?

- а) абсолютно комфортно
- б) очень комфортно
- в) практически комфортно
- г) не очень комфортно
- д) совсем не комфортно

8. В последние две недели испытывали ли вы чувство неуверенности или запутанности относительно своего гендера?

- а) никогда
- б) редко
- в) иногда
- г) часто
- д) очень часто

9. Испытывали ли вы в последние две недели необходимость вести себя или действовать определенным образом из-за своего гендера?

- а) никогда
- б) почти никогда
- в) иногда
- г) часто
- д) все время

10. **За последние две недели ощущали ли вы, что чувство гендера, с которым вы себя идентифицируете, изменялось?**

- а) никогда
- б) почти никогда
- в) иногда
- г) часто
- д) все время

11. **За последние две недели вы избегали социальных ситуаций из-за неуверенности или беспокойства, которое вы испытываете по поводу вашего чувства собственной идентичности?**

- а) никогда
- б) почти никогда
- в) иногда
- г) часто
- д) все время

12. **За последние две недели у вас были мысли, что вам следует сменить пол (даже если вы уже меняли пол в прошлом)?**

- а) никогда
- б) почти никогда
- в) иногда
- г) часто
- д) все время

13. **За последние две недели было ли такое, что ваше чувство гендерной принадлежности менялось день ото дня?**

- а) никогда
- б) почти никогда
- в) иногда

- г) часто
д) все время
14. **За последние две недели у вас были мысли о том, что вам необходимо обратиться за профессиональной помощью, чтобы изменить физический пол вашего тела?**
- а) никогда
б) почти никогда
в) иногда
г) часто
д) все время

РУКОВОДСТВО ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ GPSQ

Каждый из ответов для всех 14 вопросов оценивается по шкале от 1 до 5 следующим образом:

- (а) = 1
(б) = 2
(с) = 3
(д) = 4
(е) = 5

Общее количество возможных баллов: от 14 до 70.

GPSQ может использоваться для измерения:

- Степени гендерной дисфории;
- Динамики гендерной дисфории.

Таким образом, GPSQ может использоваться для измерения эффективности любого клинического вмешательства (психологического, гормонального, хирургического и т. д.), направленного на уменьшение степени гендерной дисфории.

28 и более баллов свидетельствуют о наличии гендерной дисфории.

Снижение общего балла GPSQ на 11 и более баллов достоверно свидетельствует об изменении степени гендерной дисфории.

Когда общий балл снижается на 11 или более баллов, но остается на уровне 28 баллов или выше, это свидетельствует о снижении уровня гендерной дисфории, однако общее состояние все еще находится в пределах клинического диапазона, подтверждающего наличие гендерной дисфории.

Если общий балл падает ниже 28 баллов, то считается, что у этого человека больше нет клинически выраженной гендерной дисфории.

Шкала должна использоваться только в ее исходном варианте, без каких-либо изменений. При использовании данной шкалы следует указывать ее название и давать ссылку на первоисточник.

ЛИТЕРАТУРА

- About a girl.** Australian Story. 15 August 2016. www.abc.net.au/austory/content/2016/s4515697.htm.
- American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: Author.
- Bateman A. W., Fonagy P.** (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD // Journal of Personality Disorders. V. 18 (1). P. 36–51.
- Bauer G., Hammond R., Travers R., Kaay M., Hohenadel K., Boyce M.** (2010). 'I don't think this is theoretical; this is our lives': How erasure impacts health care for transgender people // Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. V. 20. P. 348–361.
- Being Me.** 4 Corners. Australian Broadcasting Commission. 17 November 2014. www.abc.net.au/4corners/stories/2014/11/17/4127631.htm.
- Beyondblue.** The First Australian National Trans Mental Health Study, Summary of Results. www.beyondblue.org.au/docs/default-source/research-project-files/bw0288_the-first-australian-national-trans-mentalhealth-study---summary-of-results.pdf?sfvrsn=2.
- Blanchard R.** (1989). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria // The Journal of Nervous and Mental Disease. V. 177 (10). P. 616–623.
- Bockting W., Coleman E.** (1992). A comprehensive approach to the treatment of gender dysphoria // Gender dysphoria. Journal of Psychology and Human Sexuality. V. 5 (4). P. 131–155.
- Brill S., Pepper R.** (2008). The transgender child: A handbook for families and professionals. San Fransisco, CA: Cleis Press Inc.
- Brock L. L., Nishida T. K., Chiong C., Grimm K. J., Rimm-Kaufman S. E.** (2008). Children's perceptions of the classroom environment and social and academic performance: A longitudinal analysis of the contribution of the Responsive Classroom approach // Journal of School Psychology. V. 46 (2). P. 129–49.

- Bullough B., Bullough V.** (1998). *Transsexualism: Historical perspectives, 1952 to present* // D. Denny (Ed.). *Current concepts in transgender identity*. New York: Garland.
- Call me Cate.** Australian Story. 24 February 2014. <http://www.abc.net.au/austory/content/2012/s3951204.htm>.
- Chodorow N.J.** (1995). Gender as a Personal and Cultural Construction // *Signs*. V. 20 (3). P. 516–44.
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., Fraser L., Green J., Knudson G., Meyer W.J., Monstrey S., Adler R.K., Brown G.R., Devor A.H., Ehrbar R., Ettner R., Eyler E., Garofalo R., Karasic D.H., Lev A.I., Mayer G., Meyer-Bahlburg H., Hall B.P., Pfaefflin F., Rachlin K., Robinson B., Schechter L.S., Tangpricha V., van Trotsenburg M., Vitale A., Winter S., Whittle S., Wylie K.R., Zucker K.** (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender-Nonconforming People. Ver. 7 // *International Journal of Transgenderism*. V. 13 (4). P. 165–232.
- Condous G., Jones R., Lam A.M.** (2006). Male-to-female transsexualism: Laparoscopic pelvic floor repair of prolapsed neovagina // *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. V. 46. P. 254–260.
- Connell R.** (2012). Transsexual women and feminist thought: Toward new understanding and new politics // *Signs*. V. 37 (4). P. 857–81.
- Coolidge F., These L., Youn S.** (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample // *Behavior Genetics*. V. 32. P. 251–257.
- Couric K.** Interview with Carmen Carrera and Laverne Cox. www.youtube.com/watch?v=sMH8FH7O9xA; a commentary on the interview: www.salon.com/2014/01/07/laverne_cox_artfully_shuts_down_katie_courics_invasive_questions_about_transgender_people.
- Crenshaw K.** (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics and violence against women of color // *Stanford Law Review*. V. 43 (6). P. 1241–1299.
- Deogracis J.J., Johnson L.L., Meyer-Bahlburg H.F., Kessler S.J., Schober J.M., Zucker K.J.** (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults // *Journal of sex research*. V. 44 (4). P. 370–379.
- Dhejne C., Lichtenstein P., Boman M., Johansson A.L.V., Långström N., Landén M.** (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexu-

- al Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden // PLoS ONE. V. 6 (2).
- Diamond M.** (1965). A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior // The Quarterly Review of Biology. V. 40 (2).
- Diamond M.** (2006). Biased-interaction theory of psychosexual development: 'how does one know if one is male or female?' // Sex Roles. V. 55. P. 589–600.
- Diamond M.** (2012). Intersex and Transsex: atypical gender development and social construction // Women's studies review. V. 19. P. 76–91.
- Diamond M.** (2013). Transsexuality among twins: Identity concordance, transition, rearing and orientation // International Journal of Transgenderism. V. 14 (1). P. 24–38.
- Eden K., Wylie K., Watson E.** (2012). Gender dysphoria: recognition and assessment // Advances in Psychiatric Treatment. V. 18 (1). P. 2–11.
- Emerson S., Rosenfeld C.** (1996). Stages of Adjustment in Family Members of Transgender Individuals // Journal of Family Psychotherapy. V. 7 (3). P. 1–12.
- English B.** Led by the child who simply knew. Boston Globe, 11 December 2011. www.bostonglobe.com/metro/2011/12/11/led-child-who-simplyknew/SsH1U9Pn9JKArTiumZdxaL/story.html.
- Erasmus J., Bagga H., Harte F.** (2015). Assessing patient satisfaction with a multidisciplinary gender dysphoria clinic in Melbourne. Australasian Psychiatry. V. 23 (2). P. 158–162.
- Ettner R.** (1999). Gender loving care: A guide to counseling gender-variant clients. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Fonagy P., Target M.** (1998). Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis // Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives. V. 8 (1). P. 87–114.
- Foulkes S.H.** (1983). Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups. Maresfield Reprints.
- Freeland S.** (Director) (2013). Her Story (web-based mini-series). www.herstoryshow.com.
- Gender Recognition Act** (2004). www.legislation.gov.uk.
- Goldner V.** (1991). Toward a Critical Relational Theory of Gender // Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives. V. 1. P. 249–272.
- Graham J.E.** (2011). Bullying and childhood abuse: Implications for mental and physical health across the lifespan. Paper presented

at the WPATH 2011 Biennial International Symposium: Transgender Beyond Disorder: Identity, Community and Health, Emory Conference Center, Atlanta, Georgia.

- Gray S., Carter A., Levitt H.** (2012). A critical review of assumptions about gender variant children in psychological research // *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. V. 16 (1). P. 4–30.
- Hakeem A.** (2006). *Transsexualism: a case of The Emperor's New Clothes?* // *Lectures on Violence Perversion and Delinquency* / Ed. by D. Morgan, S. Ruscynzski. Karnac Books.
- Hakeem A.** (2010). Parallel Processes: observed in the patient, therapy and organisation. *Group Analysis* // *The International Journal of Group Analysis*. V. 43 (4). P. 523–538.
- Hakeem A.** (2012). *Psychotherapy for Gender Identity Disorders* // *Advances in Psychiatric Treatment*. V. 18. P. 17–24.
- Hakeem A., Eapen V., Črnčec R., Asghari-Fard M., Harte F.** (2016). Development and validation of a measure for assessing gender dysphoria in adults: The Gender Preoccupation and Stability Questionnaire // *International Journal of Transgenderism*. V. 17 (3–4). P. 131–140.
- Hammond R.** *The Social Organisation of Health Care for Trans Youth in Ontario*. Master's Thesis, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.
- Hegedus J.** (2009). When a daughter becomes a son: Parents' acceptance of their transgender children. In partial fulfillment of the requirements of the degree doctor of psychology, Alliant International University, San Francisco Campus.
- Hembree W. C., Cohen-Kettenis P., Delemarre-van de Waal H. A., Gooren L. J., Meyer W. J., Spack N. P., Tangpricha V., Montori V. M.** (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // *Journal of Clinical and Endocrinology Metabolism*. V. 94. P. 3132–3154.
- Herd G.** (1994). *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books.
- Hyde Z., Doherty M., Tilley M., McCaul K., Rooney R., Jance J.** (2014). *The First Australian National Trans Mental Health Study: Summary of Results*. Perth: School of Public Health, Curtin University.
- Hyde S.** (Director) (2013). *52 Tuesdays* (feature film). Closer Productions. Adelaide. www.closerproductions.com.au/films/52-tuesdays.
- Jeffreys S.** (2014). *Gender Hurts: A feminist analysis of the politics of transgenderism*. Routledge.

- Kadushin G.** (1996). Gay Men with Aids and Their Families of Origin: An Analysis of Social Support. *Health and Social Work*. V. 21 (2). P. 141–49.
- Krieger I.** (2011). *Helping your transgender teen: A guide for parents*. New Haven: Genderwise Press.
- Lesser J.** (1999). When Your Son Becomes Your Daughter: A Parent's Adjustment to a Transgender Child // *Families in Society*. V. 80 (2). P. 182–189.
- Lev A.** (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, N.Y.: Haworth.
- McGuire J.K., Anderson C.R., Toomey R.B., Russell S.T.** (2010). School climate for transgender youth: a mixed method investigation of student experiences and school responses // *Journal of Youth and Adolescence*. V. 39. P. 1175–1188.
- McWilliams N.** (1999). *Psychoanalytic Case Formulations*. New York: Guilford Publications.
- Money J., Ehrhardt A.** (1996). *Man & Woman, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Namaste V.** (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgender People*. Chicago, University of Chicago Press.
- Newbury P.** (2011) Harmful ubiquity: introducing Cisnormativity. <https://cisnormativity.wordpress.com/2011/08/23/harmful-ubiquityintroducing-cisnormativity>.
- Olson K.R., Durwood L., DeMeules M., McLaughlin K.A.** (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatric*. V. 137 (3).
- O'Reilly S.** (2012). Shunning Medical Hoops, Transgender Patients Turn to 'Informed Consent' Model. <http://genprogress.org/voices/2012/02/28/17609/shunningmedical-hoops-transgender-patientsturn-to-informed-consent-m>.
- Parker R.** (1995). *Parent Love/Parent Hate: The Power of Maternal Ambivalence*. New York: Basic Books.
- Pearlman S.F.** (2006). Terms of connection: Mother-talk about female-to-male transgender children // J. Bigner, A. Gottlieb (Eds). *Interventions with families of gay, lesbian, bisexual and transgender people: From the inside out*. Binghamton, N.Y.: Harrington Park Press.
- Pyne J.** (2011). Unsuitable bodies: Trans people and cisnormativity in shelter services // *Canadian Social Work Review*. V. 28 (1). P. 129–137.

- Queensland Transgender, Sistergirl and Gender Diverse Conference.** Health and Well-being into the Future. 24–25 August 2012, Cairns. www.transconference.org.au.
- Riley E. A., Sitharthan G., Clemso L., Diamond M.** (2011). The Needs of Gender-Variant Children and Their Parents: A Parent Survey // *International Journal of Sexual Health*. V. 23. P. 181–95.
- Riley E. A., Clemson L., Sitharthan G., Diamond M.** (2013). Surviving a gender variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender variant children and their parents // *Journal of Sex & Marital Therapy*. V. 39 (3). P. 241–263.
- Rutter M.** (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms // *American Journal of Orthopsychiatry*. V. 57 (3). P. 316–331.
- Safe Schools Coalition Australia (SSCA).** www.safeschoolscoalition.org.au.
- Sam and Evan** (2011). *From Girls to Men*. Nine Lives Media.
- Scheinfeld A.** (1944). *Women and men*. New York: Harcourt, Brace and Co.
- Serano J.** (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley, Seal Press.
- Smith M., Payne M.** (2015). *Bullying, Binaries, Bathrooms and Biology: Conversations with Elementary Educators about Supporting Transgender Students*. Gender and Education Conference. London: Queering Education Research Institute.
- Spade D.** (2011). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics and the Limits of Law*. Brooklyn: South End Press.
- Stoller R.** (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.
- Stoller R.** (1968). *Sex and Gender*. V. 2: *The Transsexual Experiment*. Hogarth.
- Stoller R.** (1975). *Perversion: The Erotic Form of Hatred*. New York: Pantheon.
- Stufft D. L., Graff C. M.** (2011). Increasing visibility for LGBTQ students: What schools can do to create inclusive classroom communities // *Current Issues in Education*. V. 14 (1). P. 1–24.
- Stulberg I., Buckingham S. L.** (1988). Parallel Issues for Aids Patients, Families and Others // *Social Casework*. V. 69 (6). P. 355–359.
- van de Ven B. F. M. L.** (2008). Facial feminisation, why and how? // *Sexologies*. V. 17 (4). P. 291–98.
- WHO – World Health Organisation** (1999). *International Classification of Diseases*. Tenth Revision.

- Winter S., Diamond M., Green J., Karasic D., Reed T., Whittle S., Wylie K.** (2016). Transgender people: health at the margins of society // *The Lancet*. V. 388 (10042). P. 390–400.
- Winter S., Settle E., Wylie K., Reisner S., Cabral M., Knudson G., Baral S.** (2016). Synergies in health and human rights: a call to action to improve transgender health // *The Lancet*. V. 388 (10042). P. 318–321.
- Wylie K., Eden K., Watson E.** (2012). Gender dysphoria: treatment and outcomes. *Advances in Psychiatric Treatment*. V. 18 (1). P. 12–16.
- Wylie K., Knudson G., Khan S.I., Bonierbale M., Wayanyusakal S., Baral S.** (2016). Serving Transgender People: Clinical Care Considerations and Service Delivery Models in Transgender Health // *The Lancet*. V. 388 (10042). P. 01–11.
- Wylie K., Barrett J., Besser M., Bouman W.P., Bridgman M., Clayton A., Green R., Hamilton M., Hines M., Ivbijaro G., Khoosal D., Lawrence A., Lenihan P., Loewenthal D., Ralph D., Reed T., Stevens J., Terry T., Thom B., Thornton J., Walsh D., Ward D.** (2014). Good practice guidelines for the assessment & treatment of adults with gender dysphoria // *Sexual & Relationship Therapy*. V. 29 (2). P. 154–214.

УКАЗАТЕЛЬ

- Aci-Jel крем, **146–147**
ANZPATH (Австралийско-новозеландская профессиональная ассоциация по охране здоровья трансгендеров), **181, 225**
FetLife, **192**
LA Times, **195**
MBT (терапия, основанная на ментализации), **83**
National Geographic, **195**
New Scientist, **195**
NY Times, **195**
The Guardian, **195**
Time, **195**
Washington Post, **195**
Айвз, Эндрю, **55**
Андерсен, Ганс Христиан, **216**
андрокур, **133**
антиандрогенных препаратов группа, **133**
аутентичность, сомнения, **88**
аутоандрофилия, **27, 45, 53**
аутогинефилия, **27, 38**
 клиническая иллюстрация, **52**
 определение, **50**
 у мужчин, **27–28**
 физические вмешательства по переназначению гендера, **51–52**
Батлер, Джудит, **25, 49**
Бауэр, Грета, **191**
безусловная любовь, **161**
Бекхэм, Дэвид, **36**
биологический пол, **23**
Блэнчард, Рэй, **50**
быть трансгендером, **151–158**
вагинопластика, **30**
варианты хирургических вмешательств, **175**
Вик, Мелисса, **222**
Вили, Кеван, **113**
воспитания сложности, **102–104**
враги, **206–207**
Всемирная профессиональная ассоциация по охране здоровья трансгендеров (WPATH), **114, 124**
вульва
 транс-женщины, **144**
 цисженщины, **144–150**
гендер
 личность, **24**
 примеры, **25–26**
 роль, **24**
гендер-квир, **25–26**

- гендерная дисфория
 выводы из собственной
 практики, **108–109**
 гендерная неконформность, **35**
 клиническая иллюстрация, **34**
 научно обоснованное
 исследование, **179–183**
 начало и развитие, **67–69**
 определение, **33**
 психическое расстройство, **214**
 система классификации, **33–34**
 фактор замещающего
 ребенка, **71**
 факторы уязвимости, **69–72**
- гендерная идентичность
 и биологический пол, **71–72**
- гендерная хирургия, **137–143**
- гендерное беспокойство
 (Батлер), **49**
- гендерный переход родителей,
165–168
- гендерных гениталий
 переназначение
 генитальная хирургия
 из женщины в мужчину,
141–143
 из мужчины в женщину,
137–141
 создание вагинальной полости,
138
 создание клитора, **138**
 укорочение
 мочеиспускательного канала,
138
- гетеросексуальный мужчина, **37**
- Глассер, Мервин, **48**
- гомосексуализм, **38**
- гомосексуальный мужчина, **37**
- гормональная терапия, **131–136**
- гормональная терапия, **20, 34,**
63–64, 96, 117, 127–128
- грануляционной ткани
 (заживление «гордой
 плоти») образование, **145**
- групповая аналитическая
 терапия,
 классификация **83**
 описание, **82–83**
- Даймонд Милтон, **62–64, 221**
- дети
 гендерный переход родителей,
167–171
 с гендерной дисфорией,
98–109
- Дженнер Кейтлин, **195**
- Джеффрис Шейла, **222**
- Диагностическое
 и статистическое
 руководство (DSM), **50**
- дрэг-квин, **48–49**
- дрэг-кинг, **48–49**
- женский пол, **23**
- жить как транс, **151–158**
- Закон о признании гендера
 (2004), **120**
- Закон о равенстве (2010), **121**
- запутанность, **96**
- изменение контура лба, **139–140**
- импринтинг, **62–63**
- институтов привлечение,
189–190
- институтов привлечение,
189–190
- интерсекс, **23**
- интерсекс, **23–24**
- интерсекциональность, **198–199**
- интерсекциональность, **198–199**
- информирование
 и просвещение, **190–192**
 исследования, **194–196**

Каррера Кармен, **192**

кастрация (см. орхидэктомия),
30

квир, **25**

Керджил Скайлар
(трансгендерный мужчина),
160

Клиника гендерной дисфории,
Австралия, **125**

Кокс Лаверн, **195, 202**

Коннелл Ревин, **191**

консультирование
интервью с родителями,
102–104
клиническая иллюстрация,
99–101
содействие принятию, **105**

конференция в Квинсленде,
220–223

Королевский колледж
психиатров, **217–220**

коррекция волосяного покрова,
139–140

Креншоу Кимберли, **198**

кросс-дрессер, **40–47, 200**

культурные представления
о гендере, **202–204**

Курик Кэти, **195, 202**

лапароскопические методы
создания нео-вагины,
149–150

лечение специалистами-
трансгендерами, **213–214**

либидо, **39**

лоббирование, **189–190**

лоббирование, трансгендерная
политика, **189–190**

мазохизм, **43**

Мани Джон, **60**

мастэктомия, **30**

медицинская область, **199–202**

медицинский переход, **102**

медицины область, **199–202**

ментализация, **83**

метод инверсии полового члена,
147

метоидиопластика, **142**

метросексуал, **85**

метросексуализм, **36, 85**

микропенис, **129**

миноциклин, **132**

МКБ (Международная
статистическая
классификация болезней),
33

молодой и трансгендерный,
159–164

«Молчание ягнят», **48**

мужской пол, **23**

мужчина и женщина, мальчик
и девочка, **60**

«Муки гендера», **222**

наблюдаемая
последовательность
событий, **74**

Намасте Вьвьен **192**

Научно-образовательное
общество по гендерной
идентичности (GIRES), **119**

Национальная служба
здравоохранения (NHS), **116**

нементализация, **85**

нео-вагина, **144–150**

неприятные и приятные стимулы,
26–27

новое платье короля (Андерсен),
215–217

- обеспокоенность гендером, **73**
 одинаковое отношение, **212–213**
 озабоченность чувством
 гендерной идентичности, **74**
 Олсен Кристина, **191**
 операция по переназначению
 пола, **34, 39, 89, 97, 118, 148,**
 180, 218, 220
 Опросник гендерной
 идентичности/гендерной
 дисфории для подростков
 и взрослых (GIDYQ-AA), **181**
 Опросник обеспокоенности
 гендером и стабильности
 гендерной идентичности
 (GPSQ), **179–183**
 хирургические вмешательства,
 118–119
 организующие пренатальные
 факторы, **63**
 орхидэктомия, **137**
 особая важность гениталий,
 91–92
 остаточная эректильная ткань
 (пещеристое тело), **148**
 «официальная версия»
 жизненной истории, **82**
 Пайн Джейк, **191**
 параллельный процесс, **93–94**
 пасс, **29, 41, 46, 48, 54, 93, 157**
 пацанка, **54, 85, 102**
 пентэктомия, **30**
 первое австралийское
 национальное исследование
 по психическому здоровью
 трансгендерных людей,
 135
 переназначение пола
 примеры из практики, **170–175**
 сожаления, **169**
 пересадка волос, **140**
 переход из женщины в мужчину,
 54–56
 генитальная хирургия, **142–143**
 грудная хирургия, **141–142**
 транссексуал
 в послеоперационный период,
 80
 переход из женщины в мужчину,
 54–58, 137–141
 периареолярный подход, **141**
 подростковый возраст, **159–163**
 подтяжка бровей, **139–140**
 пол биологический, **23**
 «Пол и гендер» (Столлер), **59**
 пол мозга, **63**
 послеоперационный период
 из женщины в мужчину, **54–55**
 из мужчины в женщину, **50–53**
 определение, **30**
 правовая защита, **196–198**
 предоперационный период, **29**
 предрассудки, **202**
 приверженность бинарности,
 89–91
 продромальный период, **73**
 психиатры
 в гендерных клиниках, **63**
 психическое расстройство,
 201–202
 «Психо» (Хичкок), **48**
 радфемы, **206**
 разные интересы, **208–209**
 Рассел Даррен, **221**
 ретроспективная атрибуция,
 74–75
 ринопластика, **140**
 самоопределение, **74–75**

- группа по гендерному признанию, **188**
 - свидетельство о признании гендера, заявление, **187–188**
- Свидетельство о признании гендера, подача заявления, **182–183**
- свободный трансплантат соска, **142**
- сексуальность, **26–28**
- Серано Джулия, **192**
- сетевые ресурсы, **192**
- системное структурное неравенство, **199**
- «скрытый» переход, **156**
- службы гендерной идентификации (Великобритания), **113–121**
- гормональные методы лечения, **117–118**
 - дополнительные услуги, **119–120**
 - переназначение гендера, **117–118**
 - предварительная оценка, **114–116**
 - «Руководство по правильному подходу» (CR181), документ **113–114**
- социализация в новой гендерной роли, **116–117**
- СМИ и трансгендерная политика, **194–196**
- сожалеющие о переназначении гендера, **170–171**
- сомнение в аутентичности, **88–89**
- сопротивление против трансвестизма, **38**
- сосково-ареолярный комплекс (САК), **141**
- социальный переход, **101**
- Спейд Дин, **191**
- специализированная психотерапия, **95–97**
- спиронолактон, **118, 133**
- спринцевание, **150**
- стирание, **202–204**
- Столлер Роберт, **59**
- стратегии, **210–211**
- терапевтическая модель и метод проведения терапии, **82–83**
- терапевтическая техника, **83–87**
- терапевтическое лечение, **79–80**
- тестостерон, **146, 147, 162–164**
- точка G, **148**
- трансактивиты, **202–205**
- трансблоги, **191**
- трансвестизм
 - дрэг, **48–49**
 - определение, **28**
- трансвестит, **40–41**
- «Трансгендерная идентичность», **69**
- трансгендерная политика,
 - клинический опыт, **212–223**
- трансгендерность, **154–155**
- трансгендерный подросток, **159–160**
- трансженщина, вульва, **144**
- транскарпации, **207**
- транссексуал
 - в послеоперационный период при переходе из мужчины в женщину, **54–55**

- транссексуал
 определение, **29**
 послеоперационный период, **30**
 примеры, **30–39**
 предоперационный период, **30**
 транссексуализм, **32**
 транссексуальность
 и сексуальность, **37–39**
 «транссексуальный
 эксперимент» (Столлер),
 59–60
 трахеи, **139**
 «трансфобный», **91**
 тромбоз глубоких вен (ТГВ), **134**
 увеличение груди, **138–139**
 увеличение длины и размера
 влагалища с помощью петли
 кишечника, **147–148**
 увеличение подбородка, **140–141**
 увеличение щек, **140**
 услуги в области гендерной
 идентичности
 гормонотерапия, **127–128**
 клиники гендерной дисфории,
 125–126
 онлайн-сервисы, **123**
 процедура оценки в Австралии,
 124–125
 специалист по гендерным
 вопросам, **123–124**
 услуги по оценке, **123**
 факторы уязвимости, **69–72**
 фаллопластика, **143**
 феминизация лица, **139–140**
 фетишист, **43**
 фетишистский трансвестизм,
 43–48
 вмешательства
 по физическому
 переназначению гендера,
 51–53
 фетишистский трансвестит, **27,**
 38, 39
 формирование сообщества,
 189–190
 Харт Финтан, **122**
 химическая кастрация, **133**
 периареолярный
 (инфраренальный) подход, **141**
 циркумареолярный подход, **142**
 хирургическая коррекция пола
 при аутогинефилии, **51–52**
 Хичкок Альфред, **48**
 хондроларингопластика,
 удаление кадыка, **120**
 цели терапии, **79**
 цисгендер, **33**
 цисгендерный человек, **151**
 цисженщина
 возбуждение, **150**
 вульва, **145, 146**
 точка G, **150**
 циснормативность, **154, 202–204**
 циссексизм, **154–155**
 шимейлы, **51**
 школы, трансгендерная
 политика, **204–206**
 щитовидный хрящ, **139**

ВНИМАНИЕ: Книга содержит графические изображения,
не предназначенные для детей младше 18 лет

Научное издание

Хаким Аз

TRANS

**Исследование гендерной идентичности
и гендерной дисфории**

Практическое руководство

Редактор – *О.В. Шапошникова*

Оригинал-макет, обложка и верстка – *В.П. Ересько*

Издательство «Когито-Центр»

129366, Москва, ул. Ярославская, д. 13, к. 1

Тел.: +7 (495) 540-57-27

E-mail: cogito@bk.ru

www.cogito-shop.com

Сдано в набор 01.11.19. Подписано в печать 14.11.19
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Печать цифровая
Гарнитура Helios. Усл. печ. л. 15,25. Уч.-изд. л. 9,8

Тираж 500 экз. Заказ

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии»
109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5, ком. 6