

СОВЕТ ЛГБТ-ИНИЦИАТИВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ
СРЕДИ МСМ/ЛГБТ В РОССИИ
СПБ ГБУЗ «ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННЫХ
ИНИЦИАТИВ «ДЕЙСТВИЕ»
ИНИЦИАТИВНАЯ ГРУППА «Т-ДЕЙСТВИЕ»



Здоровье ЛГБТ-сообщества: На пути достижения справедливости

Санкт-Петербург
2016

УДК 614
ББК 51.1+51.9
346

Издано в рамках Программы по расширению доступа уязвимых групп населения к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе в России.

Настоящее издание отражает точку зрения авторов и не обязательно отражает точку зрения Программы по расширению доступа уязвимых групп населения к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе в России.

Здоровье ЛГБТ-сообщества: На пути достижения справедливости /

Ред. и сост. В. Созаев. – СПб.: 2017. – 272 с.

В сборнике представлены материалы по таким темам, как психологическое и психическое здоровье ЛГБТ-сообщества, ЛГБТ-сообщество и эпидемия ВИЧ, вопросы здоровья трансгендерных людей, вопросы здоровья ЛГБТ с инвалидностью.

В нём также представлены материалы Форума («Здоровье ЛГБТ-сообщества», Санкт-Петербург, 8-10 июля 2016 г.), позиционные документы по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности Всемирной психиатрической ассоциации и Американской психологической ассоциации и ряд других документов.

Данный сборник ориентирован на специалистов в сфере общественного здравоохранения, психологов, врачей общей практики, социальных работников, юристов, правозащитников, ЛГБТ-активистов и всех интересующихся вопросами гендерной политики в современной России.

Коллектив авторов



Корректурa: Кирилл Путресцинов

Дизайн: Антон Макинтош

Вёрстка: Карл Мартин

Перевод текста ВПА: Гульнара Курманова

Перевод текста про аутизм: Айман Экфорд

Содержание

Сокращения.....	5
<i>От редактора. Здоровье ЛГБТ-сообщества:</i>	
На пути достижения справедливости.....	7

Психологическое и психическое здоровье ЛГБТ-сообщества

Позиционный документ Всемирной Психиатрической Ассоциации по гендерной идентичности и однополой ориентации, влечению и поведению.....	31
<i>Американская психологическая ассоциация:</i>	
Ответы на вопросы о сексуальной ориентации и гомосексуальности.....	36
<i>Американская психологическая ассоциация:</i>	
Ответы на Ваши вопросы о трансгендерных людях, гендерном выражении и гендерной идентичности.....	52
<i>Лихошва В., Созаев В.</i> Стресс меньшинства и его влияние на здоровье сексуальных и гендерных меньшинств.....	63
<i>Акиншина К., Созаев В.</i> Влияние социально-психологических факторов на аддиктивное поведение у лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей.....	71
<i>Науменко А.</i> Пить или не пить? ЛГБТ и аддиктивное поведение.....	80
<i>Науменко А.</i> Как не убить себя: находятся ли ЛГБТ в группе риска самоубийств?.....	86
<i>Науменко А.</i> Бьет значит любит? О насилии в однополых парах, и как с ним справляться.....	93

ЛГБТ-сообщество и эпидемия ВИЧ

<i>Виноградова Т., Пантелеева О., Сизова Н.</i>	
О ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами в российском мегаполисе. Три подхода в изучении проблемы (обобщение собственных исследований).....	101

<i>Синельников И., Созаев В.</i> «Что вы знаете о ВИЧ»: результаты опроса геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (декабрь 2016 – январь 2017 гг.).....	123
<i>Болтаева М.</i> Роль и возможности ЛГБТ-сообщества в стратегии ускорения ответа на ВИЧ.....	150
<i>Созаев В.</i> Международные стандарты комплексных программ по вопросам ВИЧ в ключевой группе геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.....	155
<i>Макинтош А.</i> Транс-люди и ВИЧ в России.....	188

Вопросы здоровья трансгендерных людей

<i>Макинтош А.</i> Транс-здоровье в России.....	196
---	-----

Вопросы здоровья ЛГБТ с особенностями развития

<i>Спарроу Росс Джонс.</i> Аутизм и гендерная неконформность: есть ли причина у корреляции?.....	203
--	-----

Приложения

Региональный форум «Здоровье ЛГБТ-сообщества», Санкт-Петербург, 8-10 июля 2016 г. Отчёт о Форуме.....	209
Стратегия «Здоровье ЛГБТ-сообщества», принята на Санкт-Петербургском Форуме «Здоровье ЛГБТ-сообщества», 8-10 июля 2016 г.....	216
Препамбула.....	216
Цель стратегии.....	218
Психологическое здоровье ЛГБТ.....	218
Профилактика ВИЧ среди МСМ/ЛГБ/ТГ.....	221
Вопросы здоровья МСМ/ЛГБ/ТГ, живущие с ВИЧ.....	224
Здоровье трансгендерных людей.....	226
Вопросы здоровья ЛГБТ с инвалидностью.....	228
Следующие шаги.....	228
В Петербурге прошел Второй форум Петербургского ЛГБТ-движения.....	230
Резолюция Второго форума петербургского ЛГБТ-движения, 5–6 марта 2016 г.....	232
Глоссарий.....	238

Сокращения

АПА – Американская психологическая ассоциация

АПА – Американская психиатрическая ассоциация

АРВТ – антиретровирусная терапия

ВЕЦА – Восточная Европа и Центральная Азия

ВИЧ (HIV) – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПА – Всемирная психиатрическая ассоциация

ДКП – доконтактная профилактика

ДКТ – добровольное консультирование и тестирование

ИППП – инфекции, передающиеся половым путём

ЛГБТ (LGBT) – лесбиянки, геи, бисексуальные и трансгендерные люди

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

МСМ – мужчины, практикующие секс с мужчинами

МСМ/ЛГБТ/ТГ – мужчины, практикующие секс с мужчинами/
лесбиянки, геи, бисексуальные люди/трансгендерные люди

НКО – некоммерческие организации

ООН – Организация объединённых наций

ПАВ – психоактивные вещества

ПРООН (UNDP) – Программа развития ООН

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СОГИ – сексуальная ориентация и гендерная идентичность

СПИД (AIDS) – синдром приобретенного иммунодефицита

УСС – усиление систем сообществ

ЮНФПА (UNFPA) – Фонд ООН в области народонаселения

ЮНЭЙДС (UNAIDS) – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

От редактора

Здоровье ЛГБТ-сообщества: На пути достижения справедливости

Тема здоровья ЛГБТ-сообщества долгое время оставалась вне фокуса российских ЛГБТ-организаций, инициатив и активистов. Единственные исключения были в сфере психологического здоровья и в сфере профилактики ВИЧ. Однако, на Втором форуме петербургского ЛГБТ-движения, который состоялся 5-6 марта 2016 г., участники Форума подчеркнули важность темы здоровья и закрепили в Резолюции Форума¹ следующее положение: «В связи со значимостью темы здоровья ЛГБТ-сообщества предлагается провести в 2016 г. форум ЛГБТ-движения Петербурга “Здоровье ЛГБТ-сообщества”». Ответственность за проведение Форума на себя взял Совет ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга².

Сборник, который вы держите в руках является логическим продолжением Форума «Здоровье ЛГБТ-сообщества», состоявшегося в Петербурге 8-10 июля 2016 г.³ Именно этим объясняется структура настоящего сборника. Однако если Форум проходил по пяти основным направлениям (психологическое здоровье ЛГБТ, профилактика ВИЧ, здоровье ЛГБТ, живущих с ВИЧ, вопросы здоровья трансген-

1 Полный текст Резолюции Второго форума Петербургского ЛГБТ-движения см. в Приложении к настоящему сборнику.

2 Совет ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга был создан 12 мая 2016 г., во исполнение решения Второго форума ЛГБТ-движения Санкт-Петербурга, как консультационный орган, работающий в качестве независимой площадки ЛГБТ- и ВИЧ-сервисных организаций, инициативных групп и независимых активистов/ок с целью консолидации усилий и повышения эффективности их работы для улучшения положения ЛГБТ-сообщества города. В настоящее время участниками Совета являются следующие инициативные группы: “Действие”, “ЛюБИ”, “Радужное будущее”, “Нунтиаре эт Рекреаре”, “Т-Действие”, “Альянс гетеросексуалов и ЛГБТ за равноправие”, а также независимые активисты Дмитрий Мусолин, Макс Оленичев, Даниил Теодори и Пётр Воскресенский. Совет открыт для присоединения других инициатив, организаций и активистов. Подробнее о Совете и о том, как присоединиться к его работе на сайте: <https://sovetlgbtspb.wordpress.com/>

3 Полный отчёт о Форуме «Здоровье ЛГБТ-сообщества» см. в Приложении к настоящему сборнику.

дерных людей, вопросы здоровья ЛГБТ с инвалидностью), в настоящем сборнике четыре тематических раздела: психологическое и психическое здоровье ЛГБТ, вопросы здоровья трансгендерных людей, вопросы здоровья ЛГБТ с инвалидностью, а тема профилактики ВИЧ и вопросы здоровья ЛГБТ, живущих с ВИЧ объединены в одну: ЛГБТ-сообщество и эпидемия ВИЧ.

Содержательная наполненность разделов также не равномерна: наибольшее число материалов в разделах посвящённых психологическому здоровью и эпидемии ВИЧ. Вероятно, это закономерно для настоящего этапа осмысления темы здоровья ЛГБТ-сообщества в России, поскольку, как отмечалось выше, именно эти две темы исторически пользуются наибольшим вниманием со стороны специалистов помогающих профессий и организаций, работающих с ЛГБТ-сообществом.

При этом, важно отметить, что вопросы здоровья ЛГБТ-сообщества включают в себя, по мимо вопросов эпидемии ВИЧ и вопросов психологического и психического здоровья, в частности депрессии и самоубийства, такие темы как рак груди, рак шейки матки, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (ПАВ), гепатит, доступ к медицинской помощи для трансгендерных людей, попытки «лечения» (в том числе насильственного) гомо/бисексуальности и неконформного гендерного поведения, отказ в предоставлении медицинской помощи по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности (СОГИ) и многие другие аспекты. Исследования показывают, что значительная часть ЛГБТ не получает должной медицинской помощи, поддержки и лечения⁴. Основными барьерами для этого могут быть с одной стороны не обращение за медицинской помощью со стороны ЛГБТ, которые могут опасаться гомо/би/трансфобной реакции со стороны медицинских работников, либо случаи реального столкновения стигматизирующего и дискриминационно-

⁴ «Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients». Gay and Lesbian Medical Association. Archived from the original on August 26, 2006. Retrieved 2008-12-28.

го отношения по признаку СОГИ со стороны медиков и медицинских учреждений⁵. Отмечается, что ещё одним существенным барьером для доступа ЛГБТ к адекватной медицинской помощи является гетеросексизм самой системы здравоохранения⁶. При этом важно понимать, что различные группы ЛГБТ-сообщества и субпопуляции в нём имеют свои специфичные потребности, проблемы и барьеры в сфере здоровья⁷.

Безусловно, как на Форуме, так и в этом сборнике, многие темы здоровья ЛГБТ-сообщества остались не раскрыты. Например, оргкомитет Форума обвиняли в том, что на Форуме не было тем, посвящённых здоровью женщин. В среде как участников, так и тех, кто не принял участие в Форуме были разные версии того, почему так произошло, звучали обвинения оргкомитета в андроцентризме. В действительности же, ответ очень простой: на Форуме были представлены те темы, которые интересовали докладчиков – объявление о формировании оргкомитета Форума было открытым, объявление о формировании программы Форума было открытым – любой человек и инициатива могли предложить любую релевантную тему и войти в оргкомитет. Организаторы обращались к известным им женским инициативам (например, в лесбийскую и феминистскую организацию «Гендер-Л», в женскую ЛБТК-инициативу «МАГМА») с предложениями как войти в оргкомитет Форума, так и с предложениями выступить на Форуме, внести в программу Форума женскую повестку. Однако этого не произошло. Также этого не произошло и с настоящим сборником: объявление о том, что в него принимаются статьи распространялось практически по всем активистским каналам, однако ни одного текста о вопросах здоровья женщин при-

5 Gochman, David S. (31 August 1997). «Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants». Springer – via Google Books.

6 Heterosexism in Health and Social Care, Julie Fish, 2006; S. Trettin; E. L. Moses-Kolko & K. L. Wisner. «Lesbian perinatal depression and the heterosexism that affects knowledge about this minority population»; Gochman, David S. (31 August 1997). «Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants». Springer – via Google Books.

7 The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People: Building a Foundation for a Better Understanding. Institute of Medicine, 2011.

слано не было. Публикуя этот абзац во Введении, мы не стремимся оправдаться, но стремимся призвать лесбиянок, бисексуалок и трансгендерных женщин активнее артикулировать вопросы женского здоровья как в сообществе, так и за его пределами.

Недостаточная исследованность темы здоровья ЛГБТ-сообщества усугубляет ситуацию неравенства в сфере доступа к услугам здравоохранения⁸. А без соответствующих исследований довольно сложно определить стратегии для того, чтобы преодолеть существующее положение. В последние годы на Западе наблюдается рост интереса различных исследователей, как медиков, так и специалистов социо-гуманитарной сферы к вопросам здоровья ЛГБТ-сообщества. В России, к сожалению, такого интереса не наблюдается. Однако и для российских медиков, и для российских ЛГБТ-активистов данная информация может представлять определённый интерес. Поэтому представим обзор основных специализированных научных журналов, которые освещают различные аспекты здоровья ЛГБТ-сообщества.

Научные журналы, специализирующиеся на различных аспектах здоровья ЛГБТ-сообщества.

LGBT Health (Здоровье ЛГБТ)

Научный рецензируемый журнал «LGBT Health» начал выпускаться в 2014 г.⁹ Журнал охватывает весь спектр биопсихосоциальных вопросов и политики в области здравоохранения в контексте сексуальных и гендерных меньшинств. Журнал поддерживает усилия исследователей, врачей, учёных и политиков работать в направлении улучшения состояния здоровья и оказания медицинской помощи для всех

⁸ На английском языке есть ресурс, позволяющий увидеть спектр исследований по вопросам здоровья ЛГБТ-сообщества на сайте Американской психологической ассоциации: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/lgbt-health.aspx>

⁹ Официальная страница журнала на сайте издательства: <http://www.liebertpub.com/lgbt>

слоёв ЛГБТ-сообщества и других сексуальных и гендерных меньшинств. Журнал предназначен для врачей и другого медицинского персонала всех специальностей, социальных работников, психологов, исследователей, фокусирующихся на исследовании здоровья сексуальных и гендерных меньшинств, демографов, социологов, антропологов, а также политиков, чиновников и активистов, работающих в сфере общественного здравоохранения. На данный момент выпущено 15 номеров, включая 2 специальных тематических номера: один посвящённый вопросам здоровья лесбиянок и бисексуальных женщин, второй – вопросам рака в ЛГБТ-популяции¹⁰.

Transgender Health (Здоровье трансгендеров)

Научный рецензируемый онлайн-журнал «Transgender Health» начал выпускаться в 2016 г.¹¹ В журнале публикуются материалы, содержащие лучшие практики, протоколы и руководящие принципы для обеспечения оптимального ухода за трансгендерными пациентами, исследования в области здравоохранения, психического здоровья и благополучия, гормональной терапии и хирургии, инфекций, передаваемых половым путём и другие публикации, которые необходимы для обеспечения реализации права трансгендерных людей на наивысший уровень здоровья. Журнал предназначен для врачей и другого медицинского персонала всех специальностей, социальных работников, психологов, исследователей, фокусирующихся на исследовании здоровья сексуальных и гендерных меньшинств, демографов, социологов, антропологов, а также политиков, чиновников и активистов, работающих в сфере общественного здравоохранения. На данный момент в журнале вышло свыше 30 публикаций¹².

10 Онлайн архив журнала: <http://online.liebertpub.com/loi/LGBT>

11 Официальная страница журнала на сайте издательства: <http://liebertpub.com/trgh>

12 Онлайн архив журнала: <http://online.liebertpub.com/loi/TRGH>

Journal of LGBT Health Research (Журнал исследований в области здравоохранения ЛГБТ)

Междисциплинарный рецензируемый научный журнал по вопросам здравоохранения ЛГБТ-сообщества. Журнал предназначен для врачей и других медицинских специалистов, психологов, социальных работников, консультантов и исследователей¹³. Выходил с 2007 по 2009 г. Ранее, с 1995 г., издавался под названием «Journal of Neuro-AIDS».

Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity (Психология сексуальной ориентации и гендерного разнообразия)

Ежеквартальный научный рецензируемый журнал, официально издаваемый «Обществом психологического изучения вопросов лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров» (Секция 44) Американской психологической ассоциации¹⁴. Журнал издаётся с 2013 г. и призван стать форумом для научного диалога, который исследует многогранные аспекты сексуальной ориентации и гендерного разнообразия. Его внимание сосредоточено на эмпирических исследованиях (количественных и качественных), теоретических и концептуальных статьях, углубленных обзоров исследований и литературы, клинических тематических исследованиях, рецензиях на книги. Кроме того, статьи касаются профессиональных вопросов, методологических и теоретических вопросов и комментариев по предыдущим публикациям в журнале. Журнал охватывает все области психологических исследований, особенно область психологии развития, социальной, клинической психологии, психологии сообщества, консультирования, семьи, гендерных ролей и гендерного неконформизма, продолжительности жизни и старения, культурного разнообразия, включая расу и этническое происхождение, а также международные

¹³ Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wlhr20>

¹⁴ Официальная страница журнала на сайте АПА: <http://www.apa.org/pubs/journals/sgd/>

вопросы¹⁵.

Journal of Gay and Lesbian Mental Health (Журнал психического здоровья геев и лесбиянок)

Ежеквартальный медицинский рецензируемый журнал по всем вопросам психического здоровья всего спектра сексуальных и гендерных меньшинств, с акцентом на клиническом аспекте¹⁶. Журнал является официальным органом Ассоциации ЛГБТК-психиатров. Издаётся с 1988 г. (ранее с названием Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy).

Journal of the Gay and Lesbian Medical Association (Журнал медицинской ассоциации геев и лесбиянок)

Рецензируемый медицинский мультидисциплинарный журнал, выпускавшийся Медицинской ассоциацией геев и лесбиянок в период 1997-2002 гг. Журнал опубликовал ряд клинических исследований, обзорных статей и эссе в сфере здравоохранения ЛГБТ-сообщества¹⁷.

International Journal of Transgenderism (Международный журнал о трансгендеризме)

Научный рецензируемый журнал, охватывающий исследования по гендерной дисфории и вопросы медицинского и психологического лечения людей с трансгендерным статусом, социального и юридического признания коррекции пола, а также образования по вопросам трансгендерности¹⁸. Издаётся с 1998 г. Является официальным органом Всемирной профессиональной ассоциации трансгендерного здоровья.

15 Онлайн архив журнала: <http://psycnet.apa.org/journals/sgd/1/S/>

16 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wglm20>

17 Онлайн архив журнала: <http://link.springer.com/journal/volumesAndIssues/10907>

18 Онлайн архив журнала (с 1 по 6 тома): <http://web.archive.org/web/20070505034642/http://www.symposium.com/ijt/index.htm>; (с тома 8 по настоящее время): <http://www.tandfonline.com/loi/wijt20>

Gay and Lesbian Issues and Psychology Review (Обзор гей-лесбийских вопросов в психологии)

Официальный научный рецензируемый журнал The Gay and Lesbian Issues and Psychology Interest Group при Австралийском психологическом обществе. Журнал выпускается с 2005 г. и предоставляет собой необходимый форум для публикации по вопросам, относящимся к ЛГБТ-сообществу в Австралии и за рубежом, и стремится свести воедино взгляды практиков, исследователей и активистов¹⁹.

Journal of Gay and Lesbian Social Services (Журнал о социальных услугах для геев и лесбиянок)

Научный рецензируемый журнал, фокусирующий на вопросах социальной работы с ЛГБТ-сообществом, затрагивающий весь спектр социальных проблем, с которыми сталкиваются представители общества²⁰. Журнал издаётся с 1994 г. и является единственным научным периодическим изданием, полностью посвященным социальной работе с ЛГБТ-сообществом.

Journal of LGBT Issues in Counseling (Журнал об ЛГБТ-вопросах в консультировании)

Ежеквартальный научный рецензируемый журнал, официальный орган Ассоциации по ЛГБТ-вопросам в консультировании. В журнале публикуются результаты исследований, анализ передового опыта и новых тенденций, касающихся консультирования ЛГБТ-сообщества. Журнал издаётся с 2006 г. и охватывает все аспекты ЛГБТ-консультирования как молодежи, так и взрослых, уделяя особое внимание предотвращению проблем и актуализации человеческого потенциала на всех этапах жизни²¹.

¹⁹ Онлайн архив журнала: <https://groups.psychology.org.au/GroupContent.aspx?ID=4498>

²⁰ Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wgls20>

²¹ Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wlco20>

Journal of Bisexuality (Журнал о бисексуальности)

Междисциплинарный научный рецензируемый журнал, официальный орган Американского института бисексуальности²². Журнал был основан в 1999 году (его первый номер вышел в 2000 году) и его первым редактором был Фриц Клейн. До сих пор журнал остаётся единственным научным периодическим изданием, основным фокусом которого является бисексуальность во всех её проявлениях. Вопросы здоровья и благополучия бисексуальных людей, в журнале занимают также значимое место²³.

Journal of Homosexuality (Журнал о гомосексуальности)

Старейший междисциплинарный научный рецензируемый журнал, изначально посвящённый вопросам гомосексуальности, но затем стал охватывать весь спектр сексуальных и гендерных меньшинств. Вопросы здоровья и благополучия ЛГБТ также входят в спектр тем, которые затрагиваются в журнале. Издаётся с 1976 г.²⁴

Journal of GLBT Family Studies (Журнал исследований ЛГБТ-семей)

Междисциплинарный научный рецензируемый журнал, выпускающийся с 2005 г., фокусирующийся на опыте ЛГБТ в контексте семьи. В журнале публикуются результаты исследований и теоретические обзоры по темам, охватывающим влияние сексуальной ориентации и гендерной идентичности по всем аспектам семейного опыта, в том числе структуры семьи, отношений, коммуникации, терапии и функционирования²⁵.

AIDS and Behavior (СПИД и поведение)

Рецензируемый медицинский журнал об исследованиях поведенче-

22 Официальный сайт Института: <http://www.americaninstituteofbisexuality.org/>

23 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wjbi20>

24 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wjhm20>

25 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wgfs20>

ского аспекта, связанного с распространением и противодействием эпидемии ВИЧ. Выходит с 1997 г. Значительная часть публикаций посвящена эпидемии ВИЧ среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами и трансгендерных людей²⁶.

International Journal of Sexual Health (Международный журнал о сексуальном здоровье)

Рецензируемый научный журнал, который фокусируется на исследованиях в области сексуального здоровья как состояния физического, эмоционального, психического и социального благополучия²⁷. Значительная часть публикаций посвящена вопросам сексуального здоровья ЛГБТ-сообщества. Журнал издаётся с 1988 г., является официальным органом Всемирной ассоциации сексуального здоровья²⁸. С 1988 по 2007 г. журнал носил название «Journal of Psychology & Human Sexuality».

Journal of Social Work & Human Sexuality (Журнал социальная работа и человеческая сексуальность)

Рецензируемый научный журнал, посвящённый вопросам социальной работы и человеческой сексуальности. Журнал издавался с 1982 по 1993 г. Значительная часть публикаций обращается к вопросам охраны здоровья и благополучия ЛГБТ-людей в контексте социальной работы²⁹.

Journal of LGBT Youth (Журнал об ЛГБТ-молодёжи)

Междисциплинарный научный рецензируемый журнал посвящён широкому кругу вопросов, относящихся к положению ЛГБТ-

26 Онлайн архив журнала: <http://link.springer.com/journal/volumesAndIssues/10461>

27 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wjjs20>

28 Официальный сайт World Association for Sexual Health: <http://www.worldsexology.org>

29 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wzsh20>

молодёжи, в том числе вопросам охраны здоровья и благополучия ЛГБТ-молодёжи³⁰. В период с 2003 по 2008 г. Издавался под названием «Journal of Gay & Lesbian Issues in Education».

Профессиональные ассоциации

Профессионалы в сфере здравоохранения, специализирующиеся на различных аспектах здоровья ЛГБТ-сообщества, являются неотъемлемой частью многих профессиональных ассоциаций как общих, так и специализирующихся именно на вопросах здоровья ЛГБТ-сообщества. Информация, представляемая этими ассоциациями, также будет интересна и для российских медиков, и для российских ЛГБТ-активистов. Представим краткий обзор основных профессиональных сообществ.

American Psychological Association (Американская психологическая ассоциация)

Одно из наиболее влиятельных объединений профессиональных психологов в мире, включающее специалистов из США и Канады, ассоциированных членов из других стран. АПА является лидером в продвижении научно обоснованного подхода в психологии к вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности. В АПА работает специальное Бюро по вопросам ЛГБТ³¹. Позиционные документы АПА по вопросам СОГИ включают множество аспектов: дискриминация в отношении гомосексуалов (1975), об опеки над детьми гомосексуальными взрослыми (1975), о работе гомосексуалов учителями (1981), о преступлениях на почве ненависти (1988, 2005), об использовании диагнозов «гомосексуальность» и «эгодистоническая гомосексуальность» (1987), необходимые терапевтические ответы в связи с сексуальной ориентацией (1997), сексуальная ори-

30 Онлайн архив журнала: <http://www.tandfonline.com/loi/wjly20>

31 Официальная страница APA Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Concerns Office: <http://www.apa.org/pi/lgbt/>

ентация и брак (2004), сексуальная ориентация и военная служба (2004), сексуальная ориентация: родители и дети (2004), о недискриминации трансгендеров в связи с гендерной идентичностью и гендерным выражением (2008), о решении о брачном равноправии для однополых пар (2011), о разрешении гендерного разнообразия и разнообразия сексуальных ориентаций детей и подростков в школах (2014, 2015) и ряд других специальных заявлений³². Также в АПА работает специальная Секция 44 «Общество психологического изучения вопросов лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров»³³. Цель общества: продвижение вклада психологии в понимание вопросов лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей, через фундаментальные и прикладные исследования. Секция 44 издаёт журнал «Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity», который является официальным журналом АПА. В период с 1994 по 2000 г. Секция 44 выпустила книжную серию под общим названием «Вопросы лесбиянок и геев в психологической перспективе», в которой вышло 5 томов: Том 1: Психология лесбиянок и геев: теория, исследования и клиническое применение (1994); Том 2: СПИД, идентичность и сообщество: Эпидемия ВИЧ и лесбиянки и геи (1995); Том 3: Этническое и культурное разнообразие среди лесбиянок и геев (1997); Том 4: Стигма и сексуальная ориентация: Понимание предубеждения в отношении лесбиянок, геев и бисексуалов (1998); Том 5 - Образование, исследования и практика в психологии лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров: Руководство (2000)³⁴. В 2005 г. было выпущено ещё два тома: Том 1: ВИЧ + Секс: Психологическая и межличностная динамика в отношениях ВИЧ-серопозитивных геев и бисексуалов (2005); Том 2: Сексуальная ориентация и психическое здоровье: Исследование идентичности и развития у лесбиянок, геев и бисексуалов (2005).

³² Страница со всеми заявлениями АПА по вопросам ЛГБТ и СОГИ: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/index.aspx>

³³ Официальная страница APA Division 44: Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues: <http://www.apadivisions.org/division-44/index.aspx>

³⁴ Подробнее о серии «Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues»: http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/div44_books.html

World Professional Association for Transgender Health (Всемирная профессиональная ассоциация трансгендерного здоровья)

Всемирная профессиональная ассоциация трансгендерного здоровья³⁵ официально была учреждена в 1979 г. на VI Международном симпозиуме по гендерной дисфории. Первоначально организация называлась «Международная ассоциация по гендерной дисфории им. Гарри Бенджамина». Современное название Ассоциация получила в 2007 г. В ассоциацию входят профессионалы, занимающиеся всем спектром вопросов здоровья трансгендерных людей. С 1979 г. Ассоциация публикует «Стандарты помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно некомформным людям» (7-я версия утверждена в 2011 г.)³⁶. Ассоциация издаёт периодический научный журнал «International Journal of Transgenderism».

Association of LGBTQ Psychiatrists (Ассоциация ЛГБТК-психиатров)

Независимая ассоциация в США, объединяющая ЛГБТК-психиатров³⁷. Ассоциация работает в сфере разработки и продвижения ресурсов в сфере психического здоровья ЛГБТ-сообщества, а также создания безопасной среды для самих ЛГБТК-психиатров. Исторически Ассоциация уходит корнями в конец 1960-х гг., когда геи и лесбиянки психиатры, члены Американской психиатрической ассоциации (АПА), встречались на ежегодных конференциях. Эти встречи проходили тайно, поскольку до того момента пока в 1973 г. не исключила гомосексуальность из списка психиатрических заболеваний, официально геи и лесбиянки рисковали быть уволенными с занимаемых должностей. Ассоциация издаёт журнал «Journal of Gay and Lesbian Mental Health». Ассоциация работает в тесном сотрудничестве с АПА – основная национальная профессиональная организация, объединяющая психиатров США и утверждающая Диагностическое и статисти-

35 Официальный сайт Ассоциации: <http://www.wpath.org/>

36 Русский перевод стандартов см. в Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям / Сборник под редакцией д.м.н. Бабенко А.Ю и к.м.н. Исаева Д.Д. – СПб, ЦСИИ «Действие», 2015. – 200 с.

37 Официальный сайт Ассоциации: <http://www.aglp.org>

стическое руководство по психическим расстройствам (DSM).

Gay & Lesbian Medical Association: Health Professionals Advancing LGBT Equality (Медицинская ассоциация геев и лесбиянок: профессионалы в сфере здравоохранения продвигающие равенство ЛГБТ)

Международная крупнейшая и старейшая профессиональная ассоциация ЛГБТ-специалистов в области здравоохранения³⁸. Ассоциация была сформирована в 1981 г. под названием Американская ассоциация врачей за права человека. В 1994 г. название было изменено на Медицинская ассоциация геев и лесбиянок, а в 2012 г. было утверждено новое название, существующее до сих пор. Миссия организации – обеспечение равенства для ЛГБТ в сфере здравоохранения, а также для специалистов в области здравоохранения. Ассоциация проводит ежегодную конференцию по вопросам здоровья ЛГБТ-сообщества (в 2016 году прошла 34-я по счёту конференция), которая является крупнейшим международным научным форумом по этой теме³⁹. При Ассоциации существует Фонд по вопросам здоровья лесбиянок, который поддерживает научные исследования в сфере здоровья лесбиянок и других женщин, относящихся к сексуальным меньшинствам⁴⁰. В период с 1997 по 2002 г. Ассоциация издавала журнал «Journal of the Gay and Lesbian Medical Association». Ассоциация сотрудничает с Американской медицинской ассоциацией (АМА) – крупнейшей профессиональной медицинской ассоциацией врачей и студентов-медиков.

Association for Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Issues in Counseling (ALGBTIC) (Ассоциация по ЛГБТ-вопросам в консультировании)

Официальное подразделение Американской ассоциации консуль-

38 Официальный сайт Ассоциации: <http://www.glma.org/>

39 Страница Конференции: <http://www.glma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pagelid=1063>

40 Страница Фонда: <http://www.glma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pagelid=594>

тантов, которая объединяет профессиональных консультантов, в том числе по вопросам психического здоровья, семьи и брака, по вопросам зависимостей и реабилитации и другим сферам. Миссия ALGBTIC заключается в содействии улучшения стандартов предоставления консультационных услуг представителям ЛГБТ-сообщества, способствовать сохранению здоровья и благополучия представителей ЛГБТ-сообщества и пр.⁴¹ Ассоциация издаёт журнал «Journal of LGBT Issues in Counseling».

ЛГБТ-сообщество и право на здоровье

Право на здоровье является одним из основополагающих и фундаментальных прав человека. В Конституции РФ оно зафиксировано как «право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (ст. 41). В международных документах о правах человека оно зафиксировано как «право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» (Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, ст. 12). В Уставе (Конституции) ВОЗ здоровье определяется как состояние «полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»⁴². В преамбуле Устава ВОЗ также сказано, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения» - в этом заключается один из основных принципов для реализации прав человека, а именно принцип недискриминации.

Как отмечает ВОЗ: «право на здоровье включает в себя и свободы, и права.

- **Свободы** предполагают право контролировать свое здоровье и тело (например, сексуальные и репродуктивные права) и право на

41 Официальный сайт Ассоциации: <http://www.algbtic.org>

42 Устав (Конституция) ВОЗ URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1>

невмешательство (например, запрет на применение пыток и запрет подвергать человека медицинскому лечению и опытам без его свободного согласия).

- **Права** включают право на систему здравоохранения, обеспечивающую всем равную возможность обладания наивысшим достижимым уровнем здоровья»⁴³.

«Недискриминация и равенство являются основополагающими принципами прав человека и критически важными составляющими права на здоровье... На государства возложено обязательство по запрещению и ликвидации дискриминации, вызванной любыми причинами, и по обеспечению равенства для всех людей в отношении доступа к здравоохранению и к основополагающим предпосылкам здоровья»⁴⁴, говорится в специальном пособии «Право на здоровье», выпущенном Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека.

Приведём обзор того, как вопросы здоровья ЛГБТ освещаются в основных правовых документах.

Конституция Российской Федерации

Статья 41.

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

⁴³ Здоровье и права человека // Информационный бюллетень ВОЗ N°323 Декабрь 2015 г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ru/>

⁴⁴ Право на здоровье / Серия: Права человека: изложение фактов. N°31. Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, ВОЗ. Женева. – с. 9. URL: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf>

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Джонхартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности

Принцип 17

Право на наивысший достижимый уровень здоровья

Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Фундаментальным аспектом этого права является сексуальное и репродуктивное здоровье.

Государства:

А. Принимают все необходимые меры законодательного, административного и иного характера с целью обеспечения права на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности;

Б. Принимают все необходимые меры законодательного, административного или иного характера с целью обеспечения всем лицам доступа к учреждениям здравоохранения, соответствующим товарам и услугам, в том числе в связи с сексуальным и репродуктивным здоровьем, а также к их собственной медицинской документации без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности;

В. Обеспечивают нацеленность учреждений здравоохранения, соответствующих товаров и услуг на улучшение состояния здоровья и удовлетворение нужд всех лиц без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности и с учетом этих обстоятельств, а также конфиденциальность обращения с медицинской документацией, касающейся этих обстоятельств;

Г. Разрабатывают и осуществляют программы, направленные на преодоление дискриминации, предвзятого отношения и других социальных факторов, которые негативно сказываются на здоровье лиц вследствие их сексуальной ориентации или гендерной идентичности;

Д. Обеспечивают всем лицам достаточный уровень информации и представляют возможность принятия - на основе полной информированности - самостоятельных решений, касающихся лечения и ухода, без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности;

Е. Обеспечивают принятие во внимание многообразия сексуальной ориентации и гендерной идентичности всеми программами и услугами, касающимися просвещения, профилактики, ухода и лечения в области сексуального и репродуктивного здоровья, и равную доступность таких программ и услуг для всех лиц без дискриминации;

Ё. Содействуют лицам, заинтересованным в физической коррекции тела в связи с изменением пола, в получении доступа к компетентному лечению, уходу и поддержке на недискриминационной основе;

Ж. Обеспечивают отношение всех работников здравоохранения к пациентам и их партнерам без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности, в том числе в части признания степени близости;

З. Разрабатывают политические установки и программы учебно-методического характера, с тем чтобы все работники здравоохранения обладали необходимыми возможностями для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья всем лицам при полном уважении сексуальной ориентации и гендерной идентичности каждого человека.

Принцип 18

Защита от нарушений медицинского характера

Никто не должен принудительно подвергаться какому-либо медицинскому или психиатрическому лечению, процедурам или тестированию, либо помещаться в медицинское учреждение на основании сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Вне зависимости от любой классификации в пользу обратного ни сексуальная ориентация, ни гендерная идентичность того или иного лица сами по себе не являются медицинскими показаниями и не подлежат лечению, излечению или подавлению.

Государства:

А. Принимают все необходимые меры законодательного, административного или иного характера с целью обеспечения полной защиты от вредного медицинского вмешательства, связанного с сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью, в том числе связанного со стереотипами культурного или иного характера относительно поведения, внешности или гендерной нормы;

Б. Принимают все необходимые меры законодательного, административного и иного характера с целью недопущения необратимых физических изменений у детей с помощью медицинских процедур, направленных на принудительное формирование гендерной идентичности, без полного, свободного и информированного согласия ребенка с учетом его возраста и зрелости, а также исходя из принципа, что любое действие, затрагивающее ребенка, должно в первую очередь максимально учитывать его интересы;

В. Создают механизмы защиты детей, призванные обеспечивать, чтобы ни один ребенок не подвергался риску медицинских нарушений или непосредственно медицинским нарушениям;

Г. Обеспечивают лицам различной сексуальной ориентации или гендерной идентичности защиту от неэтических или недобровольных медицинских процедур или исследований, в том числе в связи с вакцинами, бактерицидами или иными терапевтическими средствами от ВИЧ/СПИДа и других заболеваний;

Д. Пересматривают и вносят изменения в любые механизмы или программы финансирования здравоохранения, которые могут быть прямо направлены, способствовать или любым иным образом делать возможными такие нарушения;

Е. Не допускают, чтобы при любом медицинском или психиатрическом лечении или консультировании сексуальная ориентация и гендерная идентичность прямо или косвенно считались медицинскими показаниями и подлежали лечению, излечению или подавлению.

**Рекомендация CM/REC(2010)5 Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам
О мерах по борьбе с дискриминацией
по признаку сексуальной ориентации
или гендерной идентичности⁴⁵.**

Приложение к Рекомендациям.

33. Государства-участники должны принимать надлежащие законодательные и иные меры для обеспечения того, чтобы наивысший достижимый уровень здоровья действительно мог быть получен без дискриминации по признакам сексуальной ориентации или гендерной идентичности; в частности, они должны принимать во внимание особые потребности лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц при разработке национальных планов медицинского обслуживания, в том числе в отношении мер по предотвращению самоубийств, медицинского обследования, медицинских учебных программ, обучающих курсов и материалов, а также при мониторинге и оценке качества медицинских услуг.

Пояснительный меморандум.

33. Международное право в области прав человека утверждает, что каждый индивид имеет право на качество жизни, отвечающее потребностям здоровья и благополучия

⁴⁵ Текст приводится по изданию: Рекомендация CM/REC(2010)5 Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам О мерах по борьбе с дискриминацией по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности/ Российская ЛГБТ-Сеть. — СПб., 2012. — 100 с.

его и его семьи, включая медицинскую помощь и необходимые социальные услуги, и что государства признают право каждого индивида на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья*. В Рекомендации Rec(2006)18 Комитета Министров государствам-участникам в области услуг здравоохранения в мультикультурном обществе, принятой 8 ноября 2006 года, говорится, что государства должны адаптировать услуги здравоохранения к потребностям мультикультурного общества, в том числе, развивая «культурологическую компетенцию» работников медучреждений, которую можно определить как способность предложить эффективные медицинские услуги с учетом, наряду с другими факторами, сексуальной ориентации пациента.

Доклад Агентства ЕС по фундаментальным правам человека показывает, что многие лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные лица подвергаются дискриминации в сфере здравоохранения: например, им рекомендуется пройти психиатрическое лечение, а гомосексуальные мужчины по-прежнему ассоциируются с ВИЧ и даже педофилией**. Следовательно, многие лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные лица не открывают свою сексуальную ориентацию врачам общей практики и отказываются от лечения из страха дискриминации или интолерантной реакции, что может вести к не только физическим, но и психическим проблемам***, включая нарушение диеты, злоупотребление наркотиками или алкоголем, депрессии, суицид и попытки суицида****.

Следовательно, государства должны принять соответствующие меры, чтобы гарантировать, что каждый индивид имеет доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, а также к собственным медицинским документам, без дискриминации на почве сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Государства должны ввести соответствующую политику образования и обучения и программы, чтобы дать возможность работающим в секторе здравоохранения предоставлять самый высокий доступный уровень медицинской помощи всем лицам, при полном уважении к сексуальной ориентации и гендерной идентичности каждого индивида. Это включает, например:

* Статья 25 Всеобщей декларации прав человека и Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

** Доклад Агентства ЕС по фундаментальным правам человека, часть II, п. 78.

*** В связи с отказом раскрывать докторам общей практики сексуальную ориентацию из-за страха дискриминации, среди лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц наблюдается четкая тенденция наличия психологических проблем, склонность к суициду и попыткам суицида, особенно среди молодых лесбиянок, геев, бисексуалов и молодых трансгендерных лиц.

**** См. также Резолюцию Парламентской ассамблеи 1608 (2008) о суицидах детей и подростков в Европе: серьезный вопрос общественного здравоохранения, в частности п. 9 и 10.

- поощрение исследований в области здоровья лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц для определения и удовлетворения их специфических потребностей;
- принятие во внимание специфических потребностей лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц при составлении планов национального здравоохранения, медицинских тренинговых программ, курсов и материалов, планировании медицинских опросов и контроле качества медицинских услуг;
- гарантирование того, что программы по образованию, профилактики, уходу и лечению и услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья характеризуются уважительным отношением к разнообразию сексуальной ориентации и гендерной идентичности и доступны всем в равной степени;
- поощрение создания медицинскими и социальными работниками окружения, открытого для молодых лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц, например, путем проведения информационных кампаний.

Когда встает вопрос о лице, имеющим доступ к госпитализированному пациенту и информации относительно его состояния здоровья, а также о принятии решения в экстренных ситуациях, государства должны признать как «ближайшего родственника» лицо, определенное таковым самим пациентом. При любом мероприятии национальные правила касательно вопроса «ближайшего родственника» должны исполняться без дискриминации на почве сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Приложение к Рекомендациям.

34. Должны приниматься надлежащие меры для предотвращения классификации гомосексуальности в качестве заболевания, в соответствии со стандартами Всемирной организации здравоохранения.

Пояснительный меморандум.

34. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) четко дала понять, что гомосексуальность не должна рассматриваться как болезнь, исключив это понятие из своей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 1990 году и из списка болезней на конгрессе в 1992 году, что должно быть признано всеми государствами, подписавшими Хартию ВОЗ. Следовательно, государства должны принять необходимые меры по эксплицитному удалению гомосексуальности из

своих национальных классификаций болезней. Они также должны гарантировать, что никто не подвергается принуждению пройти любую форму лечения, протокольного, медицинского или психологического тестирования или помещению в медучреждение по причине сексуальной ориентации или гендерной идентичности.

Приложение к Рекомендациям.

35. Государства-участники должны принимать надлежащие меры для обеспечения того, чтобы трансгендерные лица имели действительный доступ к надлежащим услугам по коррекции пола, в том числе к психологическим, эндокринологическим и хирургическим услугам в области охраны здоровья трансгендерных лиц, без предъявления к таким лицам чрезмерных требований; лицо не должно подвергаться процедурам коррекции пола без его или ее согласия.

36. Государства-участники должны принимать надлежащие законодательные и иные меры для обеспечения того, чтобы любые решения, ограничивающие расходы на процедуры изменения пола, покрываемые медицинским страхованием, были законными, объективными и пропорциональными.

Пояснительный меморандум.

35-36. Прецедентное право рассматривает право на сексуальное самоопределение как один из аспектов права на уважение частной жизни, гарантированного Статьей 8 Конвенции, и требует от подписавших ее государств гарантировать возможность пройти хирургическую операцию, ведущую к полной коррекции пола*, и страховое покрытие «необходимого с точки зрения медицины» лечения в целом, частью которого может быть операция по коррекции пола. Там, где законодательство обеспечивает покрытие расходов по оказанию необходимой медицинской помощи государственной или частной системой социального страхования, такое страхование должно быть гарантировано в разумной, произвольной и недискриминационной форме**, также принимая во внимание доступность ресурсов.

Касательно условий, регламентирующих процедуры по коррекции пола, международное право в области прав человека устанавливает, что никто не может стать объектом лечения или медицинского эксперимента без его согласия***. Следовательно,

* «Ван Кюк против Германии», № 35968/07, решение от 12 июня 2003 г., п. 73 – 86.

** См. «L. против Литвы», решение от 11 сентября 2007 г., § 59, и «Шлюмпф против Швейцарии», № 29002/06, решение от 8 января 2009 г., § 115

*** З См. в этой связи Замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, § 8, и Овьедскую конвенцию о правах человека и биомедицине от 4 апреля 1997 г., CETS № 164, глава II.

гормональное или хирургическое лечение как предусловие для юридического признания коррекции пола (см. §19 выше) должно быть ограничено теми случаями, когда оно строго необходимо, и с согласия заинтересованного лица. Подобным образом, терапия с целью принудить трансгендерных лиц признать свой пол на момент рождения должны быть запрещена, и государства должны принять соответствующие меры, чтобы гарантировать, что ни один ребенок не подвергнется необратимому изменению тела посредством медицинских процедур, имеющих целью навязать гендерную идентичность, без его полного, свободного и информированного согласия, в соответствии с его возрастом и зрелостью, если только подобное медицинское вмешательство не является необходимым по другим медицинским причинам.

Введение к этому сборнику получилось не таким кратким, как хотелось бы. Однако именно таким, каким оно необходимо для того, чтобы понять, что тема здоровья ЛГБТ-сообщества не простая и требует пристального внимания со стороны медиков (как теоретиков, так и практиков), исследователей социально-гуманитарного профиля, ЛГБТ-активистов, специалистов по вопросам общественного здравоохранения. Исследование этой темы – это комплексная меж- и интердисциплинарная работа, которая требует сотрудничества всех вышеперечисленных специалистов и самого ЛГБТ-сообщества. Мы надеемся, что настоящий сборник станет ещё одним шагом на пути к достижению справедливости, на этот раз в сфере достижения наивысшего уровня в сфере физического и психического здоровья, независимо от признаков сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Редактор сборника
Валерий Созаев

Январь 2017 г.

Психологическое и психическое здоровье ЛГБТ-сообщества

Позиционный документ Всемирной Психиатрической Ассоциации по гендерной идентичности и однополый ориентации, влечению и поведению*

Март 2016

Исходная информация

Недавние споры во многих странах указывают на необходимость ясности в отношении однополый ориентации, влечения и поведения (ранее называемой гомосексуальностью).

Наряду с другими международными организациями, Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) считает сексуальную ориентацию врожденной и определяемой биологическими, психологическими, а также социальными и связанными с развитием факторами.

Более 50 лет назад Кинзи и др. (1948) документировали разнообразие сексуального поведения людей. Что было неожиданно для того времени, они сообщили, что у более 10% людей обнаруживаются однополые сексуальные поведение. Последующие популяционные исследования показали, что около 4% людей идентифицируют себя с группами однополый сексуальной ориентации (например, геями, лесбиянками и бисексуалами). Еще 0,5% идентифицируют себя с гендером, отличающимся от пола, приписанного при рождении

* Перевод с английского языка выполнен по: WPA Position Statement on Gender Identity and Same-Sex Orientation, Attraction, and Behaviours // Официальный сайт World Psychiatric Association. URL: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=1807 [Доступно на 15.01.2017]. Мы благодарим Гульнару Курманову за перевод данного текста с английского языка.

(например, с трансгендерами) (Gates, 2011). В мировом масштабе это составляет более 250 миллионов человек.

Социальная ответственность психиатров – выступить за сокращение социального неравенства для всех людей, в том числе и неравенства, связанного с гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией.

Несмотря на несчастливую историю, увековечивавшую стигму и дискриминацию, прошло уже несколько десятилетий с тех пор, как современная медицина отказалась от патологизации однополых ориентации и поведения (APA, 1980). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) принимает однополую ориентацию как нормальный вариант человеческой сексуальности (ВОЗ, 1992). Совет по правам человека Организации Объединенных Наций (2012) признает ценность прав лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров (ЛГБТ). В двух основных диагностических и классификационных системах (Международной классификации болезней (МКБ-10) и DSM-5), однополые сексуальная ориентация, влечение и поведение, равно как и гендерная идентичность, не рассматриваются в качестве патологии (ВОЗ, 1993; APA, 2013).

Существует значительное количество основанных на исследованиях доказательств того, что сексуальное поведение и сексуальная изменчивость зависят от целого ряда факторов (Ventriglio et al., 2016). Кроме того, было убедительно доказано, что ЛГБТ обнаруживают более высокую, чем ожидалось, распространенность психических расстройств (Levounis et al., 2012; Kalra et al., 2015), и как только их права и равенство признаются, ее уровень начинает падать (Gonzales, 2014; Hatzenbuehler et al., 2009; 2012; Padula et al., 2015).

Люди с различной сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью могут иметь основания для изучения терапевтических возможностей, которые помогут им жить более комфортно, уменьшать стресс, справляться со структурной дискриминацией и развивать большую степень признания их сексуальной ориентации или гендер-

ной идентичности. Такие принципы применимы к любому человеку, который испытывает страдания, связанные с одним из аспектов его идентичности, в том числе к гетеросексуальным людям. ВПА твердо верит в лечение, основанное на фактических данных. Нет ни признака научных доказательств того, что врожденная сексуальная ориентация может быть изменена. Кроме того, так называемые методы лечения гомосексуальности могут создать условия, в которых процветают предрассудки и дискриминация, и они могут быть потенциально вредными (Rao and Jacob, 2012). Предоставление какого-либо вмешательства, претендующего на то, чтобы «лечить» то, что не является болезнью, - совершенно неэтично.

Действия

1. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) придерживается той точки зрения, что лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендеры являются и должны рассматриваться в качестве ценных членов общества, которые имеют точно такие же права и обязанности, как и все остальные граждане. Это включает в себя равный доступ к медицинскому обслуживанию, а также права и обязанности, которые влечет за собой проживание в цивилизованном обществе.
2. ВПА признает универсальность однополого самовыражения в разных культурах. Ее позиция заключается в том, что однополая сексуальная ориентация сама по себе не предполагает наличие объективной психологической дисфункции или нарушений способности к суждению, стабильности или профессионально-технических возможностей.
3. ВПА считает однополые влечение, ориентацию и поведение нормальными вариантами человеческой сексуальности. Она признает многофакторную этиологию человеческой сексуальности, ориентации, поведения и образа жизни. Она признает отсутствие научной эффективности лечения, которое пытается изменить сексуальную

ориентацию, и выдвигает на первый план вред и негативные последствия такой «терапии».

4. ВПА признает социальную стигму и последующую дискриминацию людей однополую сексуальную ориентации и трансгендерной идентичности. Она признает, что трудности, с которыми они сталкиваются, являются важной причиной их бедственного положения, и призывает к оказанию им адекватной поддержки в области психического здоровья.

5. ВПА поддерживает необходимость отменить уголовную ответственность за однополую сексуальную ориентацию и поведение, за трансгендерную идентичность, а также признать, что права человека, гражданские и политические права включают права ЛГБТ. Она также поддерживает законодательство, направленное против травли; противодействие дискриминации, связанной с обучением, занятостью и жилищем; иммиграционное равенство; одинаковые законы о возрасте согласия, а также законы о преступлениях на почве ненависти, обеспечивающие повышенную уголовную ответственность за насилие на почве предубеждений в отношении ЛГБТ-людей.

6. ВПА подчеркивает необходимость исследований и разработки медицинских и социальных мероприятий, основанных на фактических данных, которые поддерживают психическое здоровье лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров.

Источники

1. American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition). Washington, DC: APA.

2. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (5th edition). Washington, DC: APA.

3. Gates GJ (2011). How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender? Accessed March 4, 2016. Available at: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/GatesHow-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>

4. Gonzales, G (2014). Same-sex marriage — a prescription for better health. *New England Journal of Medicine* 370: 1373-1376.
5. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin D. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99: 2275-2281.
6. Hatzenbuehler ML, O’Cleingh C, Grasso C, Meyer K, Safren S, Bradford J (2012). Effect of same sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men: a quasi-natural experiment. *American Journal of Public Health*, 102: 285-291.
7. Kalra G, Ventriglio A, Bhugra D (2015). Sexuality and mental health: issues and what next? *International Review of Psychiatry*, 27: 463-469.
8. Kinsey AC, Pomeroy CB, Martin CE (1948). *Sexual Behavior in the Male*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
9. Levounis P, Drescher J, Barber ME (2012). *The LGBT Casebook*. Washington, DC: APA.
10. Padula William V, Heru S, Campbell JD (2015). Societal Implications of Health Insurance Coverage for Medically Necessary Services in the US Transgender Population: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of General Internal Medicine*: 1-8.
11. Rao TSS, Jacob KS (2012). Homosexuality and India. *Indian Journal of Psychiatry*, 54: 1-3.
12. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (2012). *Born Free and Equal: Sexual Orientation and Gender identity in International Human Rights Law*. New York and Geneva: Office of the High Commissioner United Nations Human Rights; 2 Available from: <http://www.ohchr.org/Documents/.....EqualLowRes.pdf>. [Last accessed on 2013 Dec 31]
13. Ventriglio A, Kalra G, Bhugra D (2016). *Sexual minorities and sexual fluidity*. Discussion paper (available from authors).
14. World Health Organization (WHO) (1992). *International Classification of Disease 10: Classification of Behavioural and Mental Disorders*. Geneva: WHO.

Группа, составившая этот документ, возглавлялась проф. Dinesh Bhugra и включала др. Kristen Eckstrand (USA), Petros Levounis (USA), Anindya Kar (India) и Kenneth R Javate (Philippines).

Американская психологическая ассоциация:

Ответы на вопросы о сексуальной ориентации и гомосексуальности*

Введение

С 1975 г. Американская психологическая ассоциация призывает психологов взять на себя инициативу по устранению стигматизации по отношению к лесбиянкам, геям и бисексуалам. Психология как специализированная наука ставит своей целью обеспечение благосостояния как отдельных людей, так и целых групп, и, следовательно, нацелена на предотвращение препятствий на пути к этому благосостоянию. Было научно доказано, что предрассудки и дискриминация людей, которые идентифицируют себя как лесбиянки, геи или бисексуалы, имеют негативные психологические последствия. Цель этой брошюры – предоставить точную информацию тем, кто хочет расширить свои знания о сексуальной ориентации и влиянии предрассудков и дискриминации на людей, относящих себя к лесбиянкам, геям или бисексуалам.

Что такое сексуальная ориентация?

Сексуальная ориентация – это устойчивая модель эмоционального, романтического и/или сексуального влечения к мужчинам, женщинам или представителям обоих полов. Она также связана с самоидентификацией, основанной на этом влечении, с типом поведения и принадлежностью к сообществам людей, разделяющих эти влечения. Проводимые в течение нескольких десятилетий исследования демонстрируют, что сексуальная ориентация колеблется

* Американская психологическая ассоциация (American Psychological Association). (2008). Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. (Ответы на ваши вопросы: Для лучшего понимания сексуальной ориентации и гомосексуальности.) URL: <http://www.apa.org/topics/lgbt/sexual-orientation-russian.pdf>

в диапазоне от влечения к исключительно другому полу до влечения к лицам исключительно того же пола. Однако, как правило, она рассматривается с точки зрения трёх категорий: гетеросексуальность (эмоциональное, романтическое или сексуальное влечение к лицам противоположного пола), гомосексуальность (эмоциональное, романтическое или сексуальное влечение к лицам собственного пола) и бисексуальность (эмоциональное, романтическое или сексуальное влечение как к мужчинам, так и к женщинам). Эти различия в поведении и влечении встречаются в различных культурах и у разных народов во всем мире. Во многих культурах принято присваивать названия категориям людей, открыто выражающих определенный тип сексуальных предпочтений. В США наиболее часто используются следующие названия: лесбиянки (женщины, испытывающие влечение к женщинам), геи (мужчины, испытывающие влечение к мужчинам) и бисексуалы (т.е. те, кого привлекают и мужчины, и женщины). В то же время, некоторые люди могут использовать другие названия или не использовать их вообще.

Сексуальная ориентация отличается от других компонентов пола и гендера, в том числе от биологического пола (анатомических, физиологических и генетических характеристик, связанных с принадлежностью к мужскому или женскому полу), гендерной идентичности (психологического чувства принадлежности к мужскому или женскому полу) и социальной гендерной роли (культурных норм, которые определяют женское и мужское поведение).

Сексуальная ориентация обычно рассматривается только как характеристика личности, подобно биологическому полу, гендерной идентичности или возрасту. Но такой взгляд является не совсем правильным, поскольку сексуальная ориентация определяется характером отношений с другими людьми. Люди выражают свою сексуальную ориентацию тем, как они ведут себя с другими, в том числе в самых простых действиях – держась за руки или целуясь. Таким образом, сексуальная ориентация непосредственно связана с интимными

межличностными отношениями, которые базируются на глубокой потребности в любви, привязанности и близости. Помимо сексуального поведения эти отношения включают несексуальную физическую привязанность между партнерами, общие цели и ценности, взаимную поддержку и постоянную преданность. Поэтому сексуальная ориентация это не просто характеристика личности конкретного индивидуума. Скорее, сексуальная ориентация определяет группу людей, в которой человек может найти полноценные романтические отношения, удовлетворяющие его, и это является важным компонентом личностной идентичности для многих людей.

Как люди приходят к пониманию, что они являются геями, лесбиянками или бисексуалами?

Согласно современным научным и профессиональным трактовкам, основные влечения, которые формируют основу для взрослой сексуальной ориентации, как правило, возникают в период между средним детским и ранним подростковым возрастом. Эти модели эмоционального, чувственного и сексуального влечения могут проявляться раньше какого-либо сексуального опыта. Человек может вообще никогда не иметь сексуального партнёра и при этом ясно осознавать свою сексуальную ориентацию, будь то лесбиянка, гей, бисексуал или гетеросексуал.

Опыт, связанный с сексуальной ориентацией, может быть очень разным у каждой лесбиянки, гея и бисексуала. Некоторые люди уверены в своей ориентации задолго до того, как они на самом деле вступают в соответствующие отношения с другими людьми. А некоторые люди вступают в половую связь (с партнерами своего или противоположного пола), прежде чем четко определяются с собственной сексуальной ориентацией. Предрассудки и дискриминация мешают многим людям принять собственную сексуальную ориентацию, так что самоидентификация лесбиянки, гея или бисексуала может быть длительным процессом.

Что влияет на формирование конкретной сексуальной ориентации?

Среди учёных нет единого мнения о точных причинах формирования гетеросексуальной, бисексуальной или гомосексуальной ориентации. Многочисленные исследования возможного влияния особенностей развития, генетических, гормональных, социальных и культурных факторов на сексуальную ориентацию не позволили учёным сделать однозначный вывод о том, что сексуальная ориентация определяется каким-либо конкретным фактором или группой факторов. Многие думают, что в этом комплексную роль играют как врожденная предрасположенность, так и воспитание. Тем не менее для большинства людей сексуальная ориентация не является добровольным выбором, совершаемым сознательно.

Какую роль играют предрассудки и дискриминация в жизни геев, лесбиянок и бисексуалов?

Гомосексуальные и бисексуальные люди в Соединенных Штатах сталкиваются с множеством предрассудков, дискриминацией и насилием из-за своей сексуальной ориентации. Сильное предубеждение против лесбиянок, геев и бисексуалов было широко распространено на протяжении большей части XX в. Исследования общественного мнения в 1970, 1980 и 1990-е гг. показали, что среди широких слоёв общественности такие люди всегда были объектом крайне негативного отношения. С недавнего времени общественное мнение всё чаще выступает против дискриминации по признаку сексуальной ориентации, но враждебность по отношению к лесбиянкам и геям по-прежнему распространена в современном американском обществе. Примерно таков же уровень предубеждения и против бисексуалов. Фактически, бисексуалы могут сталкиваться с дискриминацией как со стороны некоторых лесбиянок и геев, так и со стороны гетеросексуальных людей.

Дискриминация по признаку сексуальной ориентации имеет много форм. В американском обществе жестокое антигомосексуальное

предубеждение выливается в открытое преследование и насилие. Многочисленные опросы показывают, что практически все лесбиянки, геи и бисексуалы сталкиваются с оскорблениями и нападениями. Кроме того, достаточно широко распространена дискриминация этих людей в сфере трудоустройства и предоставления жилья.

Ещё одной сферой, где лесбиянки, геи и бисексуалы испытывают негативные последствия предрассудков и дискриминации, является пандемия ВИЧ/СПИДа. В начале пандемии предположение, что ВИЧ/СПИД является исключительно «болезнью геев», препятствовало осознанию обществом того, что СПИД может перерасти в глобальную проблему. Геи и бисексуалы были группой, наиболее подверженной этому заболеванию. Ассоциирование ВИЧ/СПИДа с геями и бисексуалами и неверное убеждение отдельных людей, что все геи и бисексуальные мужчины заражены, стало причиной дальнейшей стигматизации лесбиянок, геев и бисексуалов.

Каковы психологические последствия предрассудков и дискриминации?

Предрассудки и дискриминация влияют как на общество в целом, так и на отдельных людей. На социальном уровне, предрассудки и дискриминация в отношении лесбиянок, геев и бисексуалов принимают форму повседневных стереотипов о представителях этих групп. Эти стереотипы продолжают существовать, несмотря на то, что они не подкрепляются доказательствами, и их часто используют для оправдания неравного статуса лесбиянок, геев и бисексуалов в обществе. Например, такими стереотипами часто оправдывается ограничение сексуальных меньшинств в областях трудоустройства, воспитания детей и легального и общественного признания их отношений.

На индивидуальном уровне такие предрассудки и дискриминация также могут иметь негативные последствия, особенно если лесбиянки, геи и бисексуалы пытаются скрыть или отрицать свою сексуальную ориентацию. Хотя многие лесбиянки и геи вырабатывают

навыки, позволяющие им справляться с давлением социальной стигмы в отношении гомосексуальности, эта форма предубеждения может иметь серьезные негативные последствия для их здоровья и благополучия. Влияние стигмы на отдельных лиц и группы может уменьшаться или усугубляться из-за других особенностей – расы, национальности, религии или инвалидности. Некоторые лесбиянки, геи и бисексуалы могут быть подвержены стигме в меньшей степени, а для других раса, пол, религия, инвалидность или иные особенности могут усугубить негативное влияние предрассудков и дискриминации.

Широкая распространённость предрассудков, дискриминации и насилия, которые часто испытывают на себе лесбиянки и геи, могут нанести серьёзный вред их психическому здоровью. Предрассудки, дискриминация по признаку сексуальной ориентации и насилие являются значительными источниками стресса для лесбиянок, геев и бисексуалов. В борьбе со стрессом решающее значение имеет социальная поддержка, но из-за дискриминации и враждебности им весьма сложно найти такую поддержку.

Является ли гомосексуальность психическим расстройством?

Нет, гомосексуальная и бисексуальная ориентации не являются психическими расстройствами. Исследования не обнаружили никакой связи между сексуальной ориентацией и патологическими личностными и психическими изменениями. Как гетеро-, так и гомосексуальное поведение – это нормальное проявление человеческой сексуальности. Оба вида были зафиксированы во многих культурах и в разных исторических эпохах. Несмотря на устойчивость стереотипов, которые изображают лесбиянок, геев и бисексуалов как людей с нарушениями, несколько десятилетий исследований и клинического опыта ведущих медицинских и психиатрических организаций США показали, что эти виды сексуальной ориентации представляют собой нормальные формы человеческого поведения. Лесбийские,

гомосексуальные и бисексуальные отношения – это нормальные формы человеческих связей. Таким образом, эти институты давно перестали классифицировать гомосексуальность как психическое расстройство.

А как насчёт лечения, нацеленного на изменение сексуальной ориентации человека с гомосексуальной на гетеросексуальную?

Все основные национальные психиатрические организации официально выразили свою озабоченность по поводу методов лечения, которые якобы способствуют изменению сексуальной ориентации. На сегодняшний день отсутствуют научные исследования, которые показали бы, что терапия, цель которой - смена сексуальной ориентации (иногда она называется репаративной или конверсионной терапией), является безопасной или эффективной. Кроме того, очень вероятно, что поощрение подобной терапии укрепляет стереотипы и способствует созданию отрицательного климата для лесбиянок, геев и бисексуалов. Это в наибольшей степени относится к гомосексуальным людям, выросшим в более консервативной религиозной среде.

Помощь психотерапевта, работающего с человеком, которого беспокоит влечение к тому же полу, включает в себя помощь этому человеку в том, чтобы активно справляться с социальными предубеждениями против гомосексуальности, успешно решать проблемы, возникающие на базе внутренних конфликтов, а также вести активную, счастливую и полноценную жизнь. Организации специалистов в области психического здоровья призывают своих членов уважать право человека (клиента) на самоопределение, и в процессе работы с этим клиентом принимать во внимание его расовую, культурную, этническую принадлежность, а также возраст, пол, гендерную идентичность, сексуальную ориентацию, религию, социально-экономический статус, языки и различные ограничения возможностей и трудоспособности клиента, исключая любые предубеждения, осно-

ванные на этих факторах.

Что такое «камин-аут» (решение открыться) и почему это так важно?

Термин «камин-аут» используют для обозначения некоторых аспектов опыта лесбиянок, геев и бисексуалов: самоосмысление того, что их влечёт к тому же полу; признание об этом влечении одному или нескольким людям; публичное разглашение информации о своём однополом влечении; признание себя как части сообщества лесбиянок, геев и бисексуалов. Многие люди не решаются на «камин-аут», так как боятся столкнуться с предрассудками и дискриминацией. Некоторые принимают решение скрывать свою идентичность; некоторые решают открыться только при определенных обстоятельствах; некоторые решают открыться широкому кругу людей.

«Камин-аут» часто является очень важным психологическим шагом для лесбиянок, геев и бисексуалов. Исследования показали, что положительное отношение к своей сексуальной ориентации и её интеграция в свою жизнь способствуют благополучию и психическому здоровью. Интеграция часто подразумевает решение рассказать о своей ориентации окружающим и может вести за собой участие человека в жизни гей-сообщества. Будучи в состоянии обсуждать свою сексуальную ориентацию с другими, человек также увеличивает возможности получения общественной поддержки, которая является очень важной для психического здоровья и психологического благополучия. Так же как и гетеросексуалы, лесбиянки, геи и бисексуалы получают пользу от общения и поддержки со стороны семьи, друзей и знакомых, с которыми они могут поделиться своей жизнью. Таким образом, неудивительно, что лесбиянки и геи, которые чувствуют, что должны скрывать свою сексуальную ориентацию, чаще имеют проблемы с психическим здоровьем, нежели более открытые лесбиянки и геи. Более того, из-за этого может страдать и их физическое здоровье.

А как насчёт сексуальной ориентации и «камин-аута» в подростковом возрасте?

Подростковый возраст является тем периодом, когда человек как личность начинает отделяться от своих родителей и семьи, активно развивая самостоятельность. Подростковый возраст может быть периодом экспериментирования, и многие молодые люди могут сомневаться в своих сексуальных чувствах. Осознание своих сексуальных чувств является нормальным этапом развития в подростковом возрасте. Иногда подростки испытывают чувства к представителям своего пола или переживания, которые вызывают у них неоднозначное ощущение своей сексуальной ориентации. Со временем это ощущение сходит на нет, но с различными результатами для разных людей.

Некоторые подростки испытывают желание экспериментировать со своей сексуальностью и вступают в однополые отношения, но не идентифицируют себя в качестве лесбиянок, геев или бисексуалов; иногда это нежелание вызвано стигмой по отношению к «негетеросексуальной» ориентации. Другие испытывают постоянное чувство влечения к своему полу, но либо воздерживаются от сексуальных отношений, либо, в определенные периоды своей жизни, могут вступать в гетеросексуальные отношения. Из-за стигматизации гомосексуальных отношений, многие молодые люди в течение многих лет продолжают испытывать влечение к своему полу, прежде чем вступить в сексуальные отношения с партнерами того же пола или рассказать о своем влечении другим.

Для одних молодых людей этот процесс изучения влечения к своему полу приводит к самоопределению себя как лесбиянки, гея или бисексуала. Для других осознание своей идентичности может положить конец путанице в ощущениях. Когда эти молодые люди получают поддержку со стороны родителей и общества, чаще всего они могут жить счастливо, ведя здоровый образ жизни и проходя все обычные этапы подросткового развития. Чем моложе человек на момент признания своей «негетеросексуальности», тем меньше у

него накоплено внутренних и внешних ресурсов, необходимых для успешного прохождения «камин-аута».

Таким образом, молодые люди, рано проходящие «камин-аут», особенно нуждаются в поддержке со стороны родителей и окружающих.

Некоторые молодые люди, которые считают себя лесбиянками, геями или бисексуалами, имеют больше шансов столкнуться с проблемами, в том числе с издевательствами и негативным опытом в школе. Это, в свою очередь, может повлечь за собой негативные последствия, такие как суицидальные мысли, а также поведение и поступки с высокой степенью риска (например, незащищенный секс и употребление алкоголя и наркотиков). Тем не менее в отсутствии негативного воздействия окружения, большинство молодых лесбиянок, геев и бисексуалов имеют тот же уровень угрозы физическому или психическому здоровью, что и остальные подростки. Если проблемы и возникают, то они тесно связаны с предвзятостью и дискриминацией в их окружении, и поддержка подростка со стороны близких людей может помочь справиться с подобными сложностями.

Поддержка в семье, школе и обществе в целом помогает снизить риски и стимулировать здоровое развитие. Молодежи необходима забота и поддержка, адекватные ожидания и поощрение активного взаимодействия со сверстниками. Молодые лесбиянки, геи и бисексуалы, которые успешно справляются со стрессом (так же как и остальные подростки, успешно сопротивляющиеся стрессу), как правило, социально ответственны, имеют адекватные навыки решения проблем, независимы, целеустремленны и нацелены на будущее.

Подобным образом некоторые молодые люди, которые не придерживаются традиционных гендерных ролей (то есть культурных убеждений о том, как должны выглядеть и вести себя мужчины и женщины), могут ошибочно считаться лесбиянками, геями или бисексуалами. Независимо от того, считают ли эти молодые люди себя гетеро-, гомо- или бисексуалами, они всё равно сталкиваются с предрассудками и дискриминацией, основанными на предпо-

жении, что они являются лесбиянками, геями или бисексуалами. Лучшей поддержкой для этих молодых людей является социальный климат и школа, которые не приемлют дискриминационного поведения и лексики.

В каком возрасте лесбиянке, гею или бисексуалу следует совершить «камин-аут»?

На этот вопрос не существует простого и однозначного ответа. Риски и преимущества «камин-аута» для молодежи различны и зависят от обстоятельств. Некоторые молодые люди живут в семьях, где их сексуальная ориентация ясна и не оспаривается. Для них «камин-аут» даже в молодом возрасте не связан с особым риском. Молодые люди, которые живут в семьях с менее благоприятным климатом, сталкиваются с повышенным риском во время «камин-аута». В этот период молодые люди могут подвергнуться предвзятому отношению, дискриминации или даже насилию в своих школах, социальных группах, на работе и в религиозной общине. Поддержка семьи, друзей и школы являются важным щитом, защищающим от негативных последствий подобного опыта.

Какова природа однополых отношений?

Исследования показывают, что многие лесбиянки и геи стремятся к постоянным отношениям и уже состоят в них. К примеру, данные опроса показывают, что от 40 до 60% геев и от 45 до 80% лесбиянок в настоящее время состоят в романтических отношениях. Кроме того, данные из переписи 2000 г. в США показывают, что из 5,5 млн. пар, которые жили вместе, но не состояли в браке, примерно 1 из 9 (594 391) были партнёрами одного пола. Хотя данные переписи почти наверняка не отражают или даже преуменьшают фактическое количество однополых пар, состоящих в гражданском браке, они указывают, что в Соединенных Штатах есть семьи, состоящие из

однополых партнёров, из которых 301 026 – однополые партнёры мужского пола и 293 365 – однополые партнёры женского пола.

Несмотря на то, что исследования показали неверность стереотипов относительно лесбиянок, геев и бисексуалов, эти стереотипы все равно продолжают существовать в обществе. Например, стереотип о том, что отношения геев и лесбиянок являются нефункциональными и партнёры не могут быть счастливы. Тем не менее исследования показали, что однополые и гетеросексуальные пары одинаково удовлетворены своими отношениями и преданы друг другу.

Второй стереотип состоит в том, что отношения лесбиянок, геев и бисексуалов нестабильны. Однако, несмотря на социальную враждебность к однополым отношениям, исследования показывают, что многие лесбиянки и геи создают прочные и стабильные отношения. Например, данные опроса показывают, что от 18 до 28% пар геев и от 8 до 21% от лесбийских пар прожили вместе 10 и более лет. Также достаточно обосновано предположение, что стабильность однополых пар может быть повышена, если партнеры в таких парах получают тот же уровень поддержки и признания своих отношений, что и гетеросексуальные пары – то есть юридические права и обязанности, ассоциированные с браком.

Третье распространенное заблуждение состоит в том, что цели и ценности пар геев и лесбиянок отличаются от таковых у гетеросексуальных пар. На самом деле, исследования показали, что факторы, влияющие на удовлетворенность от отношений, преданность и стабильность у однополых пар, живущих вместе, и у гетеросексуальных супружеских пар удивительно схожи.

Исследований о бисексуалах гораздо меньше. Если эти люди состоят в однополых отношениях, они, вероятно, сталкиваются с теми же предрассудками и дискриминацией, что и гомосексуальные пары. Если они находятся в гетеросексуальных отношениях, их опыт может быть весьма похож на опыт людей, которые идентифицируют себя как гетеросексуалы, если они, конечно, не решили пройти «камин-а-

ут» и признаться в своей бисексуальности. В подобном случае, они, скорее всего, столкнутся с теми же предрассудками и дискриминацией, что и лесбиянки и геи.

Могут ли лесбиянки и геи быть хорошими родителями?

Многие лесбиянки и геи либо уже являются родителями, либо хотят ими стать. По результатам переписи населения США в 2000 г., 33% женщин из однополых пар, состоящих в гражданском браке, и 22% мужчин сообщили по крайней мере об одном ребёнке в возрасте до 18 лет, проживающем в их доме. Хотя сопоставимые данные отсутствуют, многие одинокие лесбиянки и геи также имеют детей, и многие однополые пары являются временными опекунами детей, чье основное место жительства находится в другом месте.

С повышением информированности общественности о лесбиянках и геях, и с получением последними правового статуса родителей, многими людьми была выражена обеспокоенность по поводу благополучия детей в этих семьях. Подавляющая часть этих вопросов основана на негативных стереотипах о лесбиянках и геях. Большинство исследований на эту тему ставит перед собой задачу выяснить, имеют ли дети, воспитываемые родителями-лесбиянками или геями, менее выгодное положение по сравнению с детьми, воспитанными гетеросексуальными родителями. Наиболее распространенные вопросы и ответы на них, согласно исследованиям, таковы:

1. На самом ли деле дети, чьи родители являются лесбиянками или геями, испытывают больше проблем со своей сексуальной идентичностью, чем дети гетеросексуальных родителей?

Например, развиваются ли у этих детей проблемы гендерной идентичности и/или гендерного поведения? Ответ, полученный по результатам исследований, однозначен: сексуальная и гендерная идентичность (в том числе гендерная идентичность, гендерная роль

и сексуальная ориентация) одинаково развиваются среди детей лесбиянок и среди детей гетеросексуальных родителей. Что касается сексуальной идентичности детей отцов-геев, то пока можно лишь сказать, что было проведено слишком мало исследований, что не позволяет делать какие-либо выводы.

2. Испытывают ли дети, воспитанные лесбиянками или геями, проблемы в личностном развитии или в других аспектах, помимо сексуальной идентичности?

Например, подвержены ли дети, чьи родители являются лесбиянками или геями, нервным срывам в большей степени, чем другие дети? Больше ли у них поведенческих проблем? Менее ли они здоровы психологически? И опять же, исследования личности, самооценки и проблем с поведением указывают на отсутствие различий между детьми матерей-лесбиянок и детьми гетеросексуальных родителей. Схожие аспекты среди детей отцов-геев на данный момент мало изучены.

3. Выше ли вероятность возникновения проблем социального характера у детей, чьи родители являются лесбиянками или геями?

Например, будут ли их дразнить, или будут ли они подвержены жестокому обращению иного характера со стороны своих сверстников? Опять же, данные свидетельствуют о том, что дети лесбиянок и геев имеют нормальные социальные отношения со своими сверстниками и со взрослыми. Картина, которая возникает из этого исследования, показывает, что дети лесбиянок и геев общаются со сверстниками, родителями, членами семьи и друзьями и получают удовольствие от социальной жизни на уровне, характерном для их возрастной группы.

4. Имеют ли эти дети больше шансов быть подверженными сексуальному насилию со стороны родителей, друзей родителей или знакомых?

Отсутствуют какие-либо научные подтверждения опасений относительно того, что дети, чьи родители являются лесбиянками или геями, подвергались сексуальному насилию со стороны своих родителей или их бисексуальных или гомосексуальных друзей или знакомых.

Таким образом, социологические исследования показали, что часто возникающие опасения относительно детей гомосексуальных родителей, как правило, основаны на негативных предубеждениях и стереотипах о родителях-геях и лесбиянках, которые, в свою очередь, являются необоснованными. В целом, исследования показывают, что дети лесбиянок и геев не отличаются от детей гетеросексуальных родителей в своем развитии, приспособляемости, а также в общем благосостоянии.

Что можно сделать, чтобы минимизировать влияние предрассудков и дискриминации в отношении лесбиянок, геев и бисексуалов?

Лесбиянки, геи и бисексуалы, которые хотят помочь минимизировать влияние предрассудков и дискриминации, могут просто открыто говорить о своей сексуальной ориентации, при этом, разумеется, принимая необходимые меры предосторожности, чтобы максимально обезопасить себя. Они могут проанализировать свою собственную систему убеждений на наличие гомофобных стереотипов. Они могут воспользоваться помощью сообществ лесбиянок, геев и бисексуалов, равно как и поддержкой гетеросексуалов.

Гетеросексуалы, которые хотят помочь минимизировать влияние предрассудков и дискриминации, могут проанализировать свою собственную реакцию на гомофобные стереотипы и предубеждения. Они могут принять решение узнать ближе лесбиянок, геев и бисексуалов, работать с ними и с их сообществами, чтобы бороться с предрассудками и дискриминацией. Гетеросексуалам по силам попросить других гетеросексуалов пересмотреть свои убеждения и действия, носящие предвзятый или дискриминационный характер.

Союзники из числа гетеросексуалов могут поощрять антидискриминационные нормы, которые охватывают в том числе и сексуальную ориентацию. Они могут помочь сделать «камин-аут» безопаснее. Когда лесбиянки, геи и бисексуалы не стесняются заявлять о своей сексуальной ориентации, гетеросексуалам предоставляется возможность установить личный контакт с открывшимися гомосексуалами и воспринимать их как самостоятельных личностей.

Исследования предубеждений (в том числе и предубеждений против геев) неизменно демонстрируют, что предубеждение минимизируется тогда, когда члены группы большинства взаимодействуют с членами группы меньшинства. В соответствии с этой общей картиной, одним из самых мощных воздействий на принятие геев гетеросексуалами оказывает личный контакт с открытыми гомосексуалами. Гомофобное отношение гораздо менее распространено среди членов общества, которые имеют близкого друга или члена семьи, являющегося лесбиянкой или геем, особенно если этот человек открылся непосредственно этому гетеросексуалу.

Американская психологическая ассоциация:

Ответы на ваши вопросы о трансгендерных людях, гендерном выражении и гендерной идентичности*

Что значит «трансгендер»?

Трансгендер – это обобщающий термин для лиц, чья гендерная идентичность и гендерное выражение не соответствует полу, приписанному им при рождении. Гендерная идентичность человека относится к его внутреннему ощущению того, что он – мужчина, женщина или кто-то еще; гендерное выражение – это способ, посредством которого человек проявляет свою гендерную идентичность через поведение, манеру одеваться, прическу, голос или характеристики тела. Термин «транс-» иногда используется как сокращение для «трансгендера». Хотя термин «трансгендер» является общепринятым, не все люди с гендерно-неконформным внешним видом или поведением являются трансгендерами. Представления о трансгендерах в популярной культуре, академических и научных кругах постоянно меняются в связи с повышением осведомленности, открытости, и доступности информации о трансгендерах и их жизни.

Чем отличается пол от гендера?

Пол дан от рождения, он относится к биологическому статусу мужчины или женщины и связан в первую очередь с физическими признаками: хромосомами, доминирующими гормонами, анатомией внешних и внутренних органов. Гендер относится к социальным ролям, занятиям, признакам и поведению, которое данное общество считает подходящим для мальчиков и мужчин или девочек и женщин.

* Американская психологическая ассоциация (American Psychological Association). (2011). Answers to your questions: Transgender People, Gender Identity and Gender Expression. (Ответы на ваши вопросы: Ответы на Ваши вопросы о трансгендерных людях, гендерном выражении и гендерной идентичности.) URL: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender-russian.pdf> (Русский перевод сверенс английским оригиналом: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf> Антоном Макинтошем, Т-Действие)

Это влияет на то, как люди ведут себя, взаимодействуют с другими и воспринимают себя. Характеристики биологического пола одинаковы в разных культурах, в то время как признаки гендера могут отличаться.

Различные состояния, ведущие к атипичному развитию физических половых характеристик, в совокупности называются интерсексными состояниями. Для получения информации о людях с интерсексными состояниями (также известными как нарушения полового развития), обратитесь к брошюре ААП «Ответы на Ваши вопросы: о людях с интерсексными состояниями»¹.

Всегда ли существовали трансгендеры?

Существование трансгендерных личностей было задокументировано у многих коренных народов в западных и восточных культурах и обществах с древности и до наших дней. Тем не менее, значение гендерного несоответствия в разных культурах может отличаться.

Какие существуют категории или типы трансгендеров?

Многие определения подпадают под термин «трансгендер». Термин «транссексуал» относится к людям, чья гендерная идентичность отличается от приписанного при рождении пола. Часто транссексуалы меняют или хотят изменить свое тело при помощи гормонов, операций или других средств, для того, чтобы сделать тело максимально соответствующим их гендерной идентичности. Этот процесс изменения при помощи медицинского вмешательства часто называют изменением пола или гендера, а в последнее время это стало называться транс-переходом. Люди с приписанным при рождении женским полом, но чувствующие себя и живущие как мужчины, которые меняют (или хотят изменить) свое тело при помощи медицинского вмешательства, чтобы больше соответствовать своей гендерной идентичности, известны как транссексуальные мужчины или

1 На английском языке: <http://www.apa.org/topics/lgbt/intersex.pdf>

трансмужины (также известны как «из женщины в мужчину», или FTM [female-to-male]). И наоборот – люди с приписанным при рождении мужским полом, но чувствующие себя и живущие как женщины, которые меняют (или хотят изменить) свое тело при помощи медицинского вмешательства, чтобы больше соответствовать своей гендерной идентичности, известны как транссексуальные женщины или трансженщины (также известны как «из мужчины в женщину», или MTF [male-to-female]). Некоторые люди, которые переходят от одного пола к другому, предпочитают, чтобы их называли мужчиной или женщиной, а не трансгендером.

Также есть люди, которые носят одежду, традиционно или стереотипно считающуюся в их культуре одеждой другого гендера. Они различаются тем, в какой степени им свойственно переодевание в одежду другого гендера – от одного предмета одежды до полного переодевания. Те, кто носят одежду исключительно другого гендера, обычно комфортно относятся к своему приписанному при рождении полу и не хотят его менять. Ношение одежды другого гендера – это форма гендерного выражения и необязательно связана с эротической активностью. Ношение одежды другого гендера не свидетельствует о сексуальной ориентации (см. «Ответы на Ваши вопросы: Для лучшего понимания сексуальной ориентации и гомосексуальности» для получения дополнительной информации о сексуальной ориентации). Степень общественного принятия людей, носящих одежду другого гендера, для мужчин и женщин разная. В некоторых культурах одному гендеру для ношения одежды, которая ассоциируется с другим гендером, может быть дано больше свободы, чем другому. Термин «дрэг квин» (drag queen) в основном относится к мужчинам, которые одеваются как женщины для того, чтобы развлекать публику в барах, клубах или на других мероприятиях. Термин «драг кинг» (drag king) относится к женщинам, которые одеваются как мужчины для того, чтобы развлекать публику в барах, клубах или на других мероприятиях.

Гендерквир – это термин, означающий гендер, который находится вне рамок бинарной системы «мужского» и «женского», а находится где-то между мужским и женским или не является ни тем, ни другим. Такие люди часто хотят, чтобы в обращении к ним не использовались ни мужские, ни женские формы обращения, и предпочитают альтернативные формы обращения, такие как «зи» («zie») вместо «он» или «она» или «хир» («hir») вместо «его» или «её». Некоторые гендерквиреры могут не считать себя трансгендерами.

Другие категории трансгендеров включают в себя такие понятия, как «андрогин», «мультигендер», «несоответствующий гендер», «третий гендер», «люди с двумя душами». Точное определение этих терминов зависит от человека, и со временем оно может меняться, но часто включает в себя смешанный или альтернативный гендер. Некоторые люди, использующие эти термины для того, чтобы описать себя, считают традиционное, бинарное понятие пола слишком ограничивающим.

Почему некоторые люди являются трансгендерами?

Не существует единственного объяснения тому, что некоторые люди являются трансгендерами. Разнообразие трансгендерного выражения и опыта противоречит любому простому универсальному объяснению. Многие эксперты считают, что биологические факторы (такие как генетическое влияние и пренатальный уровень гормонов), ранний опыт или опыт, приобретенный позже (в подростковом или взрослом возрасте) в совокупности могут влиять на развитие трансгендерной идентичности.

Насколько распространены трансгендеры?

Точно определить число трансгендеров сложно – в основном из-за отсутствия исследований, которые точно и полностью измеряют весь диапазон гендерной идентичности и гендерного выражения.

Какова связь между гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией?

Гендерная идентичность и сексуальная ориентация – это не одно и то же. Сексуальная ориентация относится к физическому, романтическому и/или эмоциональному влечению личности к другому человеку, в то время как гендерная идентичность относится к внутреннему ощущению человека, который может чувствовать себя мужчиной, женщиной или кем-то еще. Трансгендерные люди могут быть гетеросексуалами, лесбиянками, геями, бисексуалами или асексуалами точно так же, как и не-трансгендерные. Недавние исследования показали, что иногда в процессе или после трансгендерного перехода может произойти переосмысление и даже изменение партнерских предпочтений. Тем не менее, это происходит редко, и, в большинстве случаев, трансгендеры остаются со своими возлюбленными. Трансгендеры обычно определяют свою сексуальную ориентацию, руководствуясь гендерной идентичностью. Например, трансгендерная женщина или, иными словами, личность с приписанным при рождении мужским полом, совершившая трансгендерный переход, которую при этом привлекают другие женщины, будет идентифицировать себя лесбиянкой или гомосексуальной женщиной. И наоборот, трансгендерный мужчина, то есть человек с приписанным при рождении женским полом, совершивший трансгендерный переход, которого привлекают другие мужчины, будет идентифицироваться как гей.

Как люди приходят к пониманию того, что они трансгендеры?

Трансгендеры ощущают свою гендерную идентичность по-разному и могут прийти к осознанию того, что они трансгендеры, в любом возрасте. Некоторые могут проследить ранние признаки своей трансгендерной принадлежности и переживания, связанные с ней, вплоть до самых ранних воспоминаний. Они могут испытывать ощущение того, что они «не вписываются» в общество людей при-

писанного им пола, или у них может быть желание быть человеком другого гендера. Другие могут узнать о своей гендерной принадлежности или начать испытывать чувства и поведение несоответствующего гендера в подростковом возрасте или позже. Некоторые принимают свою идентичность, в то время как другие мучаются от чувства стыда и смущения. Те, кто начали трансгендерный переход в более позднем возрасте, возможно, пытались всё это время соответствовать своему биологическому полу, и, в результате, были не удовлетворены своей жизнью. Некоторые трансгендеры, в частности транссексуалы, испытывают сильную неудовлетворенность своим приписанным при рождении полом, физическими половыми характеристиками или гендерной ролью, связанной с этим полом. Эти люди часто стремятся совершить физические изменения тела.

Что должны делать родители, если их ребенок – трансгендерный или гендерно-неконформный?

Родители могут быть обеспокоены гендерно-неконформными проявлениями ребенка по многим причинам. Некоторые дети сильно страдают из-за пола, приписанного им при рождении, или из-за гендерных ролей, которым они, как полагают окружающие, должны соответствовать. Некоторые дети испытывают сложности в социальном взаимодействии со сверстниками и взрослыми из-за своей гендерной неконформности. Родители могут начать волноваться, заметив, что то, что они считали «временным периодом», не проходит. Родителям гендерно неконформных детей, возможно, потребуется поработать со школой и другими учреждениями для того, чтобы обратить внимание на особые нужды их детей и обеспечить их безопасность. Для того, чтобы решить, как это сделать наилучшим образом, будет полезно проконсультироваться со специалистами в области психического здоровья и медицинскими экспертами, знакомыми с гендерными особенностями детей. Нельзя заставлять ребенка вести себя соответствующе своему полу. Поддержка со сторо-

ны сверстников и родителей других гендерно-неконформных детей также может быть полезной.

Как трангендеры совершают переход?

Переход от одного гендера к другому является сложным процессом и может включать в себя переход к гендеру, который не является ни традиционно мужским, ни женским. Люди, совершающие трансгендерный переход, часто начинают с того, что выражают свой предпочитаемый гендер в ситуациях, в которых они чувствуют себя безопасно. Обычно они подготавливают себя к постоянной жизни в предпочитаемом ими гендере, постепенно внося в свою жизнь незначительные изменения. Хотя не существует «правильного» способа смены гендера, имеется несколько общих тенденций, которые могут включать в себя перенимание внешнего вида представителей предпочитаемого гендера путём изменения одежды и ухода за собой, смену имени, изменение гендерного маркера в удостоверяющих личность документах (если это возможно), прохождение курса гормональной терапии/или прохождение медицинских процедур, которые изменяют их тело таким образом, чтобы оно соответствовало их гендерной идентичности.

У каждого трансгендерного человека процесс перехода проходит по-разному. В связи с этим, то, как человек хочет жить и выражать свою гендерную идентичность, может определяться множеством факторов. Первый важный шаг – найти квалифицированного специалиста в области психического здоровья, способного оказать аффирмативную помощь. Квалифицированный специалист может дать советы или направить к другим специалистам. Также может быть полезной связь с другими трансгендерами через работу групп взаимопомощи и общественных организаций трансгендеров.

Международная профессиональная ассоциация по вопросам здоровья трансгендеров (The World Professional Association for Transgender Health, WPATH) – профессиональная организация, созданная для

обеспечения медицинской поддержки трансгендерам – публикует стандарты оказания помощи, которые содержат рекомендации по медицинским аспектам трансгендерного перехода.

Трансгендер – это психическое расстройство?

Психологическое состояние считается психическим расстройством только в том случае, если оно является причиной страданий или нетрудоспособности. Многие трансгендеры не чувствуют, что их гендер приносит им страдания или является причиной нетрудоспособности, а это означает, что идентификация себя как трансгендера не является психическим расстройством. Для этих людей значительной проблемой является поиск доступных ресурсов (консультирование, гормональная терапия, медицинские процедуры) и общественной поддержки, необходимой для свободного выражения своей гендерной идентичности и снижения дискриминации. Многие другие препятствия могут привести к страданиям, включая неприятие обществом, откровенные или скрытые проявления дискриминации или открытые нападения. Это приводит к тому, что трансгендеры страдают от депрессии, тревоги и других расстройств чаще, чем остальные люди.

Согласно диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.), людям, которые испытывают сильное, устойчивое гендерное несоответствие, могут поставить диагноз «гендерная дисфория». Некоторые люди утверждают, что этот диагноз неуместно паталогизирует гендерное несоответствие и должен быть устранён. Другие же считают, что необходимо сохранить диагноз для того, чтобы трансгендеры имели доступ к медицинской помощи. Международная классификация болезней (МКБ) находится в процессе пересмотра, и в нынешнее определение гендерного полового несоответствия как расстройства гендерной идентичности могут быть внесены изменения.

С какими видами дискриминации сталкиваются трансгендеры?

Антидискриминационные законы в большинстве городов и штатов США не защищают трансгендеров от дискриминации по признаку гендерной идентичности или гендерного выражения. Как следствие, в большинстве городов и штатов трансгендеры сталкиваются с дискриминацией практически во всех аспектах своей жизни. Национальным центром равенства трансгендеров и Национальной целевой группой геев и лесбиянок в 2011 г. был выпущен доклад под названием «Несправедливость на каждом шагу», который подтверждает распространенную и жесткую дискриминацию, с которой сталкиваются трансгендеры. В этом докладе на примере почти 6500 трансгендеров было показано, что трансгендеры сталкиваются с высоким уровнем дискриминации в сферах трудоустройства, жилищных вопросов, здравоохранения, образования, правовой системы и даже в собственных семьях. С этим докладом можно ознакомиться онлайн².

У трансгендеров также могут быть другие идентичности, которые могут влиять на типы испытываемой ими дискриминации. Группы с такими идентичностями включают в себя трансгендеров среди представителей расовых, этнических или религиозных меньшинств, трансгендеров среди более низких социально-экономических слоёв населения, трансгендеров с ограниченными возможностями, трансгендеров среди молодежи или пожилых людей и др. Столкновение с дискриминацией может вызвать сильный психологический стресс, который часто заставляет трансгендеров задуматься о том, что стало причиной этой дискриминации: их гендерная идентичность или гендерное выражение, другая социокультурная идентичность или всё вместе.

Согласно результатам исследований, в то время как дискриминация охватывает большинство трансгендеров, совместное воздействие предвзятого отношения к трансгендерам и расизма имеет особо

² National Transgender Discrimination Survey. URL: <http://www.transequality.org/issues/national-transgender-discrimination-survey>

серьезные последствия. Людям с другим цветом кожи в основном приходится сложнее, чем белокожим трансгендерам, а афро-американским трансгендерам приходится хуже всего по сравнению со всеми исследованными трансгендерами.

Многие трансгендеры становятся жертвами преступлений на почве ненависти. Они также являются жертвами скрытой дискриминации. Она включает в себя всё – от косых взглядов и вспышек неодобрения или дискомфорта до агрессивных вопросов, касающихся интимных частей тела.

Как я могу помочь членам семьи трансгендеров, их друзьям и близким?

- Изучайте проблемы трансгендеров, читая книги, участвуйте в конференциях и консультируйтесь с экспертами по вопросам трансгендеров.
- Обратите внимание на своё отношение к людям с внешностью или поведением, несоответствующим гендеру.
- Знайте, что трансгендеры являются членами различных социокультурных групп (например, расовых, групп социального класса, религиозных, возрастных, групп людей с ограниченными способностями и т.д.) и не существует одного универсального образа трансгендера – они могут выглядеть и вести себя по-разному, иметь разные ценности и взгляды.
- Используйте имена и местоимения, которые соответствуют гендерной идентичности и представлению человека; если вы сомневаетесь, то спросите самого трансгендерного человека о предпочитаемом обращении.
- Не делайте предположений о сексуальной ориентации, уместности гормонального и медицинского лечения, других аспектах идентичности трансгендера или планируемом переходе. Если вам необходимо это знать (например, вы являетесь врачом, прово-

дящим осмотр, или вы являетесь человеком, желающим встретиться с тем, кто, как оказалось, является трансгендером), задайте этот вопрос самому трансгендеру.

- Не путайте несоответствие гендера с тем фактом, что человек является трансгендером. Не все люди, которые проявляют себя как андрогинные или гендерно-неконформные, определяют себя как трансгендеры, или хотят совершить трансгендерный переход.
- Ведите открытое общение с трансгендерами, с которыми вы сталкиваетесь в какой-либо сфере вашей жизни.
- Обратитесь за помощью для того, чтобы разобраться со своей реакцией. Для того чтобы приспособиться к тому, что человек, кого вы хорошо знаете, находится в процессе трансгендерного перехода, может понадобиться некоторое время. Процесс адаптации к тому, что близкий вам человек находится в процессе перехода, может быть достаточно сложным, особенно для партнеров, родителей и детей.
- Ищите поддержку в принятии своих чувств. Вы не одиноки. В этом вам могут помочь специалисты в области психического здоровья и группы поддержки для семьи, друзей и близких трансгендеров.
- Выступайте в защиту прав трансгендеров, в том числе права на социальное и экономическое равенство, а также права на получение психологической помощи. Ознакомьтесь с местными, государственными или региональными законами, защищающими трансгендеров от дискриминации.

Валентина Лихошва, кандидат психологических наук
Валерий Созаев

Стресс меньшинства и его влияние на здоровье сексуальных и гендерных меньшинств

Сексуальные и гендерные меньшинства (СГМ) – зонтичный термин, используемый для описания людей, чьи сексуальная ориентация, сексуальная идентичность, сексуальные практики отличаются от большинства людей, и/или гендерная идентичность, гендерное выражение не совпадают с полом, приписанным этим людям при рождении, а также социальное выражение не конформно культурным нормам и ожиданиям того, как будет выражаться тот или иной гендер¹. Чаще всего этот термин применяют по отношению к лесбиянкам, геям, бисексуальным и трансгендерным людям (ЛГБТ). Также его могут использовать в отношении интерсекс-людей.

Модель стресса меньшинства концептуализировал в 2003 г. Илан Мейер (Ilan H. Meyer)², специализирующийся в психиатрической эпидемиологии, профессор Института Вильямса при Калифорнийском университете (США). Первоначально Мейер предложил эту модель только для сексуальных меньшинств. Однако позже её стали использовать и для описания положения гендерных меньшинств³. Как отмечает сам Мейер, эта концептуальная рамка является хорошей

1 Andrew Park, Esq. A Development Agenda for Sexual and Gender Minorities. The Williams Institute, UCLA School of Law. 2016. pp. 8-9. URL: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Development-Agenda-for-Sexual-and-Gender-Minorities.pdf>

2 Meyer, I.H. (2003). «Prejudice as stress: Conceptual Problems for Measurement.» American Journal of Public Health 93; 262-265; Meyer, I.H. (2003). «Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.» Psychological Bulletin 129; 674-697; Meyer I.H. «Prejudice as stress: conceptual problems for measurement» (2003). American Journal of Public Health 93; 262-265.

3 Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (Eds.). (2007). The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. New York: Springer.

основой для обзора научных данных, содержит потенциал для направлений будущих исследований, а также является важным концептуальным подходом для формирования государственной политики.

Модель стресса меньшинства была выбрана одним из четырёх методологических подходов, который рекомендовали Национальный институт здравоохранения и Институт медицины (США), для исследования положения здоровья ЛГБТ-сообщества, обобщив результаты этого исследования в докладе 2011 г. «Здоровье лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей: Создание основы для лучшего понимания»⁴.

В 2015 г. вышел специальный номер официального журнала Американской психологической ассоциации «Психология сексуальной ориентации и гендерного разнообразия», посвящённый копинг-стратегиям ЛГБТ в ответ на стресс меньшинства, «Психологическая устойчивость к стрессу меньшинства лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей»⁵.

Стресс меньшинства – это форма социального стресса, которому подвержены индивиды и сообщества вследствие их принадлежности к стигматизированным группам, в отношении которых существуют предрассудки и дискриминация. В результате жизни в стрессовой социальной среде – стрессе меньшинства – люди, принадлежащие к стигматизированным группам, испытывают больше проблем со здоровьем в отличие от тех людей, которые не относятся к группам меньшинств. Эти проблемы касаются не только психического здоровья, включая расстройства, связанные с зависимостями (алкогольная, наркотическая и др.), аффективные расстройства (уровень депрессий и биполярного расстройства) и уровень самоубийств, но и физического здоровья, включая сердечно-сосудистые

4 The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. National Academies Press, National Academy of Sciences, Institute of Medicine. 2011. p. 6. URL: <https://nursing.unc.edu/files/2014/04/13128.pdf>

5 Страница номера на сайте АПА: <http://www.apa.org/pubs/journals/special/6190205.aspx>

заболевания, рак, риски инфицирования ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путём.

Ссылаясь на других авторов, Мейер подчёркивает следующие особенности стресса меньшинства:

- (а) уникальный – он носит дополнительный характер по отношению к общим стрессовым факторам, которые испытывают все люди, и следовательно, вызывает необходимость дополнительных усилий по адаптации к стрессовым факторам со стороны тех, кто подвергается стрессу меньшинства в отличие от тех, кто ему не подвергается;
- (б) хронический – он является относительно стабильным и устойчивым, поскольку в его основе лежат социальные и культурные структуры;
- (с) социальная причинность – основой для стресса меньшинства являются социальные причины: социальные процессы, институты, структуры, а не индивидуальные особенности человека, не отдельные события и не условия, связанные с биологическими характеристиками человека или группы.

При этом сам Мейер дополняет эти характеристики континуумом дистальных стрессоров (внешние факторы, объективные события и условия) и проксимальных стрессоров (субъективные процессы, основывающиеся на индивидуальном восприятии и оценках). Мейер подчёркивает движение от дистальных (внешних) стрессоров к проксимальным (внутренним):

- (а) наличие внешних, объективных стрессовых событий и условий (хронических и острых);
- (б) ожидания таких событий, повышение тревожности и бдительности в связи с этим ожиданием;
- (с) интернализация негативного отношения общества.

Иными словами, проксимальные стрессоры часто могут являться следствием и побочным продуктом дистальных стрессоров. Дистальные процессы включают в себя гетеронормативное и гете-

росексистское социальное устройство, стигматизацию, предрассудки, виктимизацию, дискриминацию, насилие и т.п. Проксимальные процессы включают в себя сокрытие своей идентичности меньшинства, бдительность и беспокойство по поводу возможного вреда из-за принадлежности к меньшинству, ожидание отвержения после камин-аута, внутреннюю гомофобию, а также негативные чувства по отношению к своей собственной группе меньшинства. Дистальные и проксимальные стрессоры накапливаются с течением времени, что приводит к высокому уровню хронического стресса меньшинства, что вызывает долгосрочный дефицит для здоровья.

Таким образом, теория стресса меньшинства имеет три основных принципа:

1. статус меньшинства приводит к увеличению воздействия дистальных факторов стресса;
2. статус меньшинства приводит к увеличению воздействия проксимальных стрессоров, в связи с дистальными стрессорами;
3. представители меньшинств страдают от неблагоприятных последствий для здоровья, которые вызваны воздействием проксимальных и дистальных стрессоров.

Характеристики идентичности меньшинства также могут быть связаны со стрессом меньшинства и его влиянием на состояние здоровья. Эта связь может быть как непосредственной, так и во взаимодействии со стрессорами. Непосредственное влияние предполагает, что стресс может вызвать сама характеристика идентичности меньшинства. Например, дистресс может быть вызван несовместимостью между собственным восприятием идентичности и обратной связью от других. В то же время, характеристики идентичности могут изменить влияние стрессоров на состояние здоровья. Например, если человек обладает комплексной идентичностью, то он менее склонен к депрессии в условиях стресса. Также идентичность на основе выраженного чувства принадлежности к сообществу и гордости за эту принадлежность, играет роль буфера при воздействии стресса.

Мейер выделяет следующие переменные характеристики идентичности меньшинства:

- актуальность (prominence) идентичности – чем больше индивид идентифицирует себя с сообществом, привержен ему или имеет высоко развитую Я-схему в той или иной области жизни, тем больше будет на него эмоциональное воздействие стрессовых факторов, которые происходят в этой области. Особый случай, когда у людей переплетаются несколько стигматизируемых обществом идентичностей (например, лесбиянка и женщина, или ЛГБТ – представители расовых/этнических меньшинств). Это дополнительные стрессогенные факторы.
- привлекательность (valence) идентичности (валентность: степень восприятия идентичности в качестве позитивной или негативной) – это субъективная оценочная характеристика идентичности, которая на индивидуальном уровне может иметь различную степень выраженности, а также изменяться со временем. Негативная валентность идентичности является одним из факторов, предрасполагающих к проблемам психического здоровья, в частности депрессии. Именно валентность идентичности является центральным элементом различных моделей камин-аута, который описывается как процесс возрастающего самопринятия и уменьшения внутренней гомофобии. Работа по формированию позитивной валентности идентичности меньшинства в глазах человека и, следовательно, повышение самооценки за счёт этого, является одной из основных тем ЛГБТ-аффирмативной психотерапии.
- уровень интегрированности (integration) идентичности меньшинства с другими идентичностями человека также непосредственно влияет на улучшение последствий для здоровья. В моделях камин-аута именно интеграция идентичности меньшинства с другими идентичностями человека рассматривается в качестве оптимальной стадии самопринятия.

Таким образом, модель стресса меньшинства (Схема 1 на стр. 70),

предложенная Мейером, описывает влияние стрессоров и копингов на состояние (психического) здоровья сексуальных (и гендерных) меньшинств (контейнер i). Стресс меньшинства находится в пределах общих обстоятельств в окружающей среде (контейнер a), которые могут включать в себя преимущества и недостатки, связанные с такими факторами, как социально-экономический статус. Важным аспектом этих обстоятельств в окружающей среде является статус принадлежности данного лица к меньшинству, например, является ли оно геем или лесбиянкой (контейнер b). Они изображены на рисунке в виде перекрывающихся контейнеров, чтобы указать тесную связь с другими обстоятельствами в окружающей среде человека. Обстоятельства в окружающей среде приводят к воздействию стрессовых факторов, в том числе общих стрессоров, таких, как потеря работы или смерть близкого (контейнер c) и стрессоров меньшинств, уникальных для членов групп меньшинств, таких, как дискриминация в сфере занятости (контейнер d). Подобно исходным условиям, стрессоры также изображены в виде перекрывающихся контейнеров, чтобы показать их взаимозависимость. Например, опыт гомофобного насилия (контейнер d), скорее всего, приведёт к увеличению уровня тревожности, ожиданию отвержения и желанию скрывать свою принадлежность к сексуальному меньшинству (контейнер f). Часто статус меньшинства приводит к идентификации человека с меньшинством, к которому он принадлежит (контейнер e). В свою очередь, такая идентичность меньшинства приводит к дополнительным стрессорам, связанных с восприятием индивида себя к стигматизированному и унижаемому меньшинству. Эти процессы носят внутренний характер, поскольку связаны с самоощущением и самооценкой, и выражаются в ожидании отвержения, маскировке и внутренней гомофобии (контейнер f).

Конечно, идентичность меньшинства является не только источником стресса, но и оказывает важный эффект модификатора в процессе стресса. Во-первых, характеристики идентичности меньшинства мо-

гут усилить или ослабить влияние стресса (контейнер g). Во-вторых, принадлежность к сообществу также может быть источником силы (контейнер h), когда она связана с возможностями для присоединения, социальной поддержки и копинг-стратегий, которые могут смягчить воздействие стресса.

Заключение

Предложив модель стресса меньшинства, Мейер предлагает два пути для уменьшения его последствий:

1. Воздействие на дистальные процессы: работа по изменению социальной структуры и системы на инклюзивную по отношению к сексуальным и гендерным меньшинствам.
2. Воздействие на проксимальные процессы: работа по преодолению внутренней стигмы у представителей сексуальных и гендерных меньшинств.

При этом Мейер подчёркивает, что для эффективности необходимо работать в обоих направлениях: как на структурном, так и на индивидуальном уровнях.

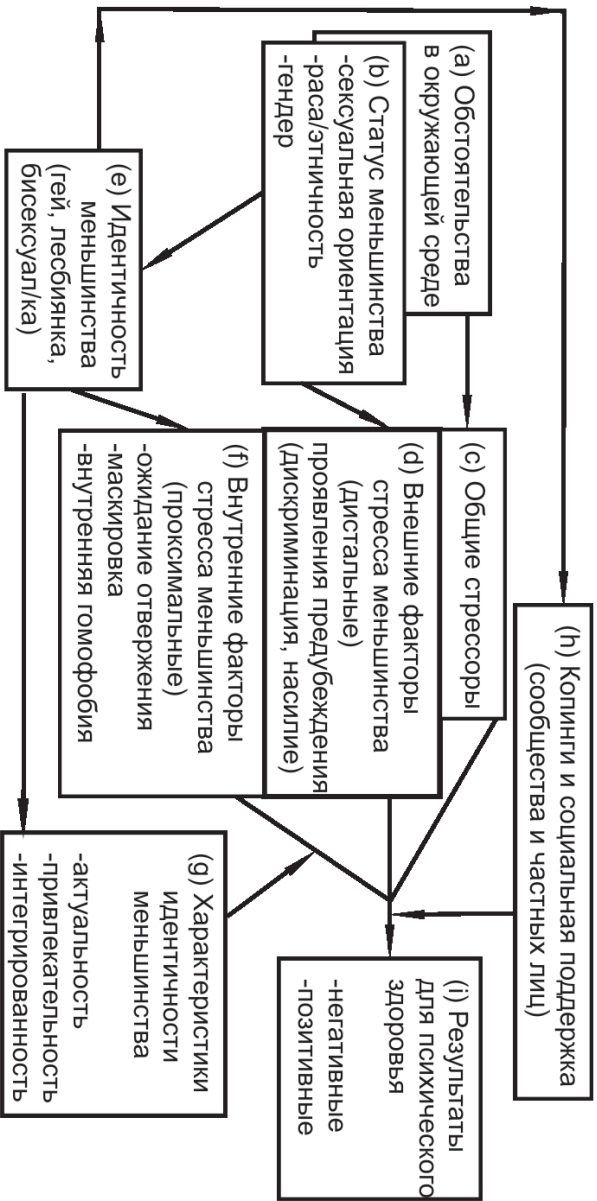


Схема 1.
Процесс воздействия стресса меньшинства на сексуальные меньшинства (Meuser, 2003)

Ксения Акиншина, психолог,
Валерий Созаев

Влияние социально-психологических факторов на аддиктивное поведение у лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей*

Аддиктивное (англ. addiction — зависимость, пагубная привычка, привыкание) поведение — одна из форм деструктивного (разрушительного) поведения.

Особенности проявления аддиктивного поведения — это стремление уйти от реальности путем изменения своего сознания.

Существуют несколько путей для достижения изменений, а именно:

- прием психоактивных веществ (медпрепараты, алкоголь, наркотики, никотин и т.п.);
- стимуляция нехимическими поведенческими способами: посещение магазинов (шопоголизм), бесцельное проведение время за компьютером (игры, просмотр соцсетей и пр.), бесконтрольное употребление пищи (психогенное переедание), фанатизм, фитнес-зависимость и т.п.

Подобные способы воздействия на свое состояние используются для поддержания иллюзии собственной безопасности, равновесного состояния; как инструмент ухода от реальности, поднятие настроения, снятие напряжения и стресса, отсутствия правил/границ в отношении данного вида деятельности (отсутствие культуры употребления, например), преодоления страхов и неуверенности и мн. др.

* Авторы выражают признательность Марии Пепперль за несколько ценных замечаний по содержанию текста.

Авиель Гудман выделяет следующие признаки зависимого поведения¹:

- (A) Хроническая неспособность противиться желанию к предмету зависимости;
- (B) Растущая напряженность, предшествующая действиям с предметом зависимости;
- (C) Наслаждение или облегчение во время взаимодействия с предметом зависимости;
- (D) Как минимум пять из следующих:
 1. Постоянная озабоченность предметом зависимости или всем, что может привести к предмету зависимости;
 2. Часто вовлечение в занятие происходит на более долгий срок и в большей степени, чем изначально планировалось;
 3. Повторяющиеся попытки уменьшить, контролировать или избавиться от зависимости;
 4. Огромное количество времени тратится на действия, необходимые для реализации предмета зависимости, на взаимодействие с предметом зависимости или на последующее восстановление;
 5. Обманные действия при необходимости исполнять рабочие, учебные, домашние или социальные обязанности;
 6. Отказ из-за предмета зависимости от общественной жизни, работы, отдыха;
 7. Поведение человека не меняется, даже если из-за предмета зависимости у него возникают или обостряются финансовые, психологические или физические проблемы;
 8. Готовность пойти на всё для получения предмета зависимости или предмета, обладающего схожим эффектом;
 9. Беспокойство или раздражительность при недоступности предмета зависимости;
- (E) Некоторые симптомы нарушения могут продолжаться только

¹ Goodman, Aviel. Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, Vol 85(11), Nov. 1990 pp. 1403-1408. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>

некоторое время или не повторяются постоянно в течение длительного промежутка времени.

Эти признаки могут относиться практически к любой зависимости и употребляются, чтобы охарактеризовать чрезмерное и неконтролируемое влечение к предмету зависимости.

Причины возникновения аддикций бывают физиологические, социальные и психологические. В данной статье мы подробнее остановимся на особенностях социально-психологических факторов, влияющих на формирование, развитие и поддержание химического аддиктивного поведения у лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей (ЛГБТ).

Привести точные данные относительно употребления психоактивных веществ (ПАВ) и злоупотребления ими (аддиктивное поведение) в ЛГБТ-сообществе не представляется возможным по нескольким причинам:

- Отсутствуют точные данные о численности ЛГБТ-сообщества: многие люди, являясь ЛГБТ, предпочитают себя не идентифицировать с сообществом и не использовать по отношению к себе данные понятия;
- В исследованиях аддиктивного поведения редко задаётся вопрос о сексуальной ориентации и гендерной идентичности (СОГИ);
- Существующие научные исследования сложно поддаются сравнению из-за разницы используемой в них методологии;
- Автору неизвестно о том, чтобы в России ранее когда-либо проводилось специализированное исследование аддиктивного поведения среди ЛГБТ и если подобные исследования будут проводиться в будущем, то исследователи столкнутся со сложностью репрезентативности, поскольку многие люди, являясь ЛГБТ, скрывают свою принадлежность к сообществу.

Тем не менее в пособии «Введение в организацию наркологической помощи для лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных

людей»², подготовленном Лечебным центром наркотической зависимости (часть управления службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств, входящее в состав департамента здравоохранения и социальных служб США), приводится обзор исследований, который показывает, что:

- у 30% лесбиянок есть проблемы со злоупотреблением алкоголем;
- исследования, в которых сравнивали геев и лесбиянок с гетеросексуалами обнаружили, что от 20 до 25% геев и лесбиянок имеют проблемы со злоупотреблением алкоголя (по сравнению с 3-10% гетеросексуалов);
- среди лесбиянок было обнаружено более высокое употребление марихуаны и кокаина, чем среди гетеросексуальных женщин;
- среди некоторых сегментов гей-сообщества и мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) более распространено употребление барбитуратов, амфитаминов и других наркотиков во время специальных вечеринок (так называемый «химсекс»), что ведёт к сексуальному поведению сопряжённому с большими рисками передачи ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым путём (ИППП) и более травмирующими/опасными сексуальными практиками.

Говоря о причинах употребления алкоголя и наркотиков МСМ, в пособии «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий»³, подготовленном Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения, подчёркивается «Мужчины, имеющие секс с мужчинами, употребляют алкоголь и наркотики по тем же причинам, что и другие члены

² A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals. U.S. Department Of Health And Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. 2001. URL: <https://www.nalgap.org/PDF/Resources/ProvidersGuide-SAMSHA.pdf>

³ Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий. Нью-Йорк: Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; 2015. с. 136. URL: <http://ecom.ngo/msmit-russian/>

общества. Тем не менее исследования показывают, что употребление выше среднего уровня может быть связано со следующими факторами:

- С переживаниями, характерными или уникальными для мужчин, имеющих секс с мужчинами, такими как: тревога, депрессия, чувство изоляции и одиночества, проявляемые в результате стигмы, гомофобии, социальной маргинализации, стресса меньшинства.
- Потому что употребление алкоголя и наркотиков может быть широко распространенной и нормальной практикой в некоторых местах сбора и общения мужчин, имеющих секс с мужчинами.
- Употребление алкоголя и наркотиков помогает людям расслабиться, преодолеть социальные запреты, и придает уверенности при поиске сексуальных партнеров.
- Алкоголь и наркотики могут оказывать психологическое усиление сексуальных переживаний, дают возможность заниматься сексом в течение длительного периода времени, и снизить сексуальные запреты.
- Для мужчин, имеющих секс с мужчинами, живущих с ВИЧ, алкоголь и наркотики могут помочь справиться с мыслями о диагнозе ВИЧ и преодолеть страх быть отвергнутыми из-за их ВИЧ-положительного статуса.
- Вследствие пережитой в прошлом травмирующей (физически, психически, эмоционально, сексуально) ситуации.

Можно предположить, что многие из перечисленных факторов будут общими не только для МСМ, но также и для лесбиянок, бисексуалок, и трангендерных людей.

Если говорить о комплексе социально-психологических факторов, которые способствуют формированию, развитию и поддержанию аддиктивного поведения у ЛГБТ, то в настоящее время, принято вы-

делять следующие⁴:

- гетеросексизм, гомонегативизм, гомофобия, бифобия, лесбифобия, трансфобия, иными словами социальная стигматизация и дискриминация на различных уровнях государства и общества;
- стресс меньшинства;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- формирование, в результате внешнего воздействия и интериоризации внешней стигмы, негативной идентичности и внутренней стигмы: внутренней гомофобии, внутренней лесбифобии, внутренней бифобии, внутренней трансфобии.

Говоря о специфических рисках формирования аддиктивного поведения у ЛГБТ-подростков и молодёжи, выделяют следующие⁵:

- Риск чувствовать себя «плохим» или «испорченным»;
- Отсутствие связи и взаимодействия с поддерживающими их взрослыми и сверстниками;
- Отсутствие доступа к альтернативным (кроме гомофобных) точкам зрения на «инаковость»;
- Отсутствие доступа к положительным ролевым моделям успешных ЛГБТ;
- Отсутствие возможности общения с другими геями и лесбиянками в каких-либо пространствах за исключением баров;
- Риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Социальная стигматизация напрямую влияет на распространение аддиктивного поведения среди ЛГБТ. Так, по данным «Национального отчета о дискриминации трансгендерных людей в сфере здравоохранения», 26% респондентов заявили, что они употребляли или в

4 Zacharias, Jeff. Process Addictions and the LGBT Community: Diverse Population, Diverse Treatment. New Hope Recovery Center Licensed Psychotherapist in Private Practice. URL: http://www.naadac.org/assets/1959/jeff_zacharias_-_naadac_-_seattle.pdf

5 Preventing Alcohol and Other Drug Problems in the Lesbian and Gay Community, 1995. Опулюковано в "Alive With Pleasure". Цитируется по: Alcohol, Tobacco & Other Drug Problems & Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender (LGBT) Individuals.

настоящее время употребляют алкоголь или наркотики специально, чтобы справиться с социальной стигматизацией и дискриминацией⁶. Стресс меньшинства – это стресс, который испытывают люди, принадлежащие к различным группам меньшинств. Стресс меньшинства соединяет в себе различные ежедневные стресс-факторы, которые с одной стороны могут быть вызваны ожиданием быть отвергнутым и дискриминации, в случае если станет известно о принадлежности человека к ЛГБТ-сообществу, а также усвоенной внутренней стигмы. Чаще всего этот стресс носит хронический характер, и часть представителей ЛГБТ-сообщества может пытаться справляться с ним путём чрезмерного употребления алкоголя и наркотиков⁷. Стрессу способствуют⁸:

- сложность взаимодействия и конфликты с родственниками, которые могут не принимать СОГИ ЛГБТ-человека;
- дискриминация из-за принадлежности к ЛГБТ-сообществу на работе (невозможность устроиться на желаемую должность или дискриминация на рабочем месте из-за СОГИ); вынужденность скрывать свою СОГИ на рабочем месте из-за страха потерять работу или подвергнуться дискриминации. Отсутствие работы по данным причинам также способствует развитию стресса; отсутствие доходов в связи с отсутствием работы;
- сложности с получением квалифицированной медицинской помощи из-за страха встретиться со стигматизирующим отношением или дискриминацией со стороны медицинского персонала;
- сложности с жильём: опасение того, что соседи или арендодатель

6 National Transgender Discrimination Survey Report On Health And Health Care. URL: http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/resources_and_tools/ntds_report_on_health.pdf

7 Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий. Нью-Йорк: Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; 2015. с. 134. URL: <http://ecom.ngo/msmit-russian/>

8 Zacharias, Jeff. Process Addictions and the LGBT Community: Diverse Population, Diverse Treatment. New Hope Recovery Center Licensed Psychotherapist in Private Practice. URL: http://www.naadac.org/assets/1959/jeff_zacharias_-_naadac_-_seattle.pdf

может узнать о СОГИ ЛГБТ-людей, и они могут после этого подвергнуться преследованию со стороны соседей или арендодатель расторгнет с ними договор аренды;

- социальная изоляция, геттоизация из-за невозможности открыто принимать участие в социальной жизни; попытки или стремление минимизировать социальные контакты вне ЛГБТ-сообщества;
- в случае существования проблем с аддиктивным поведением, представители ЛГБТ-сообщества могут испытывать проблемы с посещением групп по работе с аддиктивным поведением из-за опасения подвергнуться стигматизации и дискриминации на группе; то же касается получения стационарного или амбулаторного лечения, связанного с зависимостями;
- более высокие риски сексуального и физического насилия, применяемые к представителям ЛГБТ-сообщества в случае обнаружения их принадлежности к группе.

В случае, если ЛГБТ-человек пережил опыт физического, сексуального или психологического насилия, связанного с его СОГИ, то он может проживать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). При этом чаще всего, люди, пережившие этот опыт, не получают квалифицированную психологическую помощь. Часть людей, которые испытывают ПТСР, также могут пытаться его преодолеть через злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Внутренняя стигма и негативная идентичность и сопровождающие их депрессия и тревожность также способствуют злоупотреблению представителями ЛГБТ-сообщества алкоголем и наркотиками. Для преодоления негативной идентичности необходимо использовать модель аффирмативной психотерапии⁹.

⁹ Розовая психотерапия: работа с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Девиса. – СПб.: Питер, 2001.

Заключение

Рассмотрев влияние социально-психологических факторов на формирование, развитие и поддержание аддиктивного поведения у представителей ЛГБТ-сообщества, очевидно, что для того, чтобы работа по снижению вреда от зависимого поведения в данном сообществе приносила результаты, необходимо предпринять ряд мер, а именно:

- Вести целенаправленные информационные кампании, в том числе при поддержке государства, направленные на снижение гетеросексизма, гомонегативизма, гомофобии, лесбифобии, бифобии и трансфобии.
- Создавать благоприятные социальные условия, которые бы способствовали снижению стресса меньшинства. В частности, отмена дискриминационных законов, принятие законов запрещающих дискриминацию по признаку СОГИ, государственным организациям предписать иметь антидискриминационные положения в своих документах и руководствах.
- Обучение медиков, психологов, социальных работников, наркологов и других специалистов помогающих профессий специфике работы с ЛГБТ-клиентами, закрепление в российских медицинских и психологических образовательных стандартах положений о СОГИ в соответствии со стандартами ВОЗ и других международных профессиональных ассоциаций.
- Поддержка создания и функционирования безопасных пространств (низкопороговых центров, комьюнити-центров), где представители ЛГБТ-сообщества смогут получить квалифицированную психологическую поддержку как по вопросам преодоления внутренней стигмы, так и, при необходимости, по вопросам преодоления аддиктивного поведения.

Анастасия Науменко, психолог ЦСИИ «Действие»

Пить или не пить? ЛГБТ и аддиктивное поведение*

В 2014 г. Всемирная Организация Здравоохранения провела исследование, которое установило, что Россия занимает 4-ое место в рейтинге стран мира по уровню потребления алкоголя¹. Иначе говоря, в нашей стране людей, испытывающих страсть к спиртным напиткам, много. Кто все эти люди? Существуют различные социальные группы, подверженные риску возникновения алкогольной зависимости. Если вы считаете, что ЛГБТ-сообщество – не исключение, это верно. А как вы думаете, почему?

Различные исследования говорят о том, что лесбиянки, геи, бисексуальные и трансгендерные люди чаще остальных злоупотребляют алкоголем или наркотиками. По данным, опубликованным американским Центром по лечению зависимостей (Center for Substance Abuse Treatments) в 2003 г., ЛГБТ-сообщество алкоголизировано на 20-25%, то есть каждый 4-й человек в сообществе страдает алкогольной зависимостью².

Для сравнения: проблема алкоголизма среди гетеросексуального населения распространена всего на 3-10%. Национальное австралийское исследование показало, что гомо- и бисексуальные женщины в возрасте от 22 до 27 лет употребляют алкоголь в 7 % случаев, что в 2 раза выше показателей их гетеросексуальных сверстниц, ко-

* Впервые текст был опубликован в рубрике «Горячая тема» на сайте ЛГБТ-кинофестиваля «Бок о Бок» 16 февраля 2015 г. URL: <http://bok-o-bok.ru/opinion.asp?pid=28&lan=2&tid=1288> Благодарим Кинофестиваль за любезное разрешение включить текст в данный сборник.

1 Россия заняла четвертое место в мире по потреблению спиртного // Медицинский портал medportal.ru. 13 мая 2014 г. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2014/05/13/241alkohol/>

2 Ann Leible, Why LGBT Treatment? // PRIDE Institute. URL: <http://pride-institute.com/about/why-lgbt-treatment/>

торые употребляют алкоголь только в 3,9 % случаев³.

В докладе 2012 г., который подготовили британские организации «Фонд лесбиянок и геев» (Lesbian & Gay Foundation) и Университет Центрального Ланкшира на основе исследования 4 000 лесбиянок, геев и бисексуалов, говорится, что уровень алкоголизма среди представителей всех этих групп в 2 раза выше, чем по популяции в целом⁴.

С чем связаны такие серьезные различия?

Многие ученые сходятся во мнении, что на злоупотребление алкоголем оказывают влияние социальные факторы. В контексте алкоголизации ЛГБТ к этим факторам относится гетеросексизм, гомофобия, бифобия и трансфобия. То есть такие убеждения, которые признают любую сексуальную ориентацию, кроме гетеросексуальной, неправильной, ненормальной и неестественной, а любое восприятие человеком своего пола, отличное от его биологического пола, делает из него изгоя.

Эти убеждения или установки формируют негативное отношение общества к ЛГБТ, вследствие чего возникает процесс стигматизации (навешивания ярлыков «ненормальных», «неполноценных», «извращенцев» и т.д.), который нередко приводит к дискриминации. Негативное отношение к ЛГБТ также проявляется в отчуждении от семьи, друзей и коллег, потере работы или отсутствии продвижения по службе. Неприятие людей с гомо- или бисексуальной ориента-

3 Hillier, L., de Visser, R. O., Kavanagh, A., & McNair, R. (2004) 'The drug-use patterns of heterosexual and non-heterosexual women: Data from the Women's Health Australia Study', in D. W. Riggs & G. A. Walker, (eds.), *Out in the Antipodes: Australian and New Zealand Perspectives on Gay and Lesbian Issues in Psychology*, Brightfire Press, Bentley Western Australia.

4 LGB people's alcohol & drug use in England (2012) // LGBT Foundation. URL: <http://lgbt.foundation/downloads/123> Постоянно обновляющаяся страница, посвящённая исследованию употребления наркотиков и алкоголя ЛГБ в Англии: Part of the Picture - LGB people's drug and alcohol use in England URL: <http://lgbt.foundation/policy-research/part-of-the-picture/>

цией, а также убежденность в том, что биологический пол всегда соответствует психологическому ощущению пола и внешней репрезентации человека, способствует развитию у ЛГБТ внутренней гомофобии, бифобии или трансфобии, отрицательному восприятию своей личности и чувству стыда.

Вместе с тем эти ксенофобные установки поддерживаются органами власти, чему свидетельствует появление соответствующих законов и политика, разжигающая ненависть к ЛГБТ.

Эти факторы вызывают у лесбиянок, геев, бисексуальных и трансгендерных людей чувство страха, депрессию, тревогу, гнев и недоверие. В западных странах такие эффекты стигматизации и дискриминации объединяются понятием «стресс меньшинства». Некоторые ЛГБТ начинают употребление алкоголя, чтобы справиться с этим стрессом и заглушить неприятные чувства. Чувства заглушаются на некоторое время, проблемы уходят на второй план, создается иллюзия благополучия. Однако социальная ситуация не меняется, что подтверждается возвращением всех негативных чувств и проблем в состоянии трезвости. Ведь, употребляя алкоголь, человек не решает проблему, а лишь убеждает себя в том, что проблемы не существует. В действительности человек постепенно приобретает зависимость от алкоголя.

Транквилизаторы для открытости и свободы

Многие ЛГБТ вынуждены жить «под маской» ради собственной безопасности. Так сложилось исторически, что местами, где можно без стыда и страха быть собой, стали ЛГБТ-клубы и бары. В закрытом, почти анонимном, пространстве в окружении похожих людей появляется чувство защищенности, которого так не хватает там, где царит гомо-, би- и трансфобия. Здесь можно вести себя так, как всегда хотелось: быть открытыми и раскрепощенными. ЛГБТ-клубы становятся местом, где представители сообщества знакомятся между со-

бой, находят себе партнера или партнершу для длительных отношений или мимолетного романа. И, как в любых других клубах и барах, здесь присутствует алкоголь, делая всё как будто проще.

Бесспорно, появление ЛГБТ-клубов оказало много положительных эффектов на жизнь сообщества. И тем не менее легкая доступность алкогольных напитков и ставшее обязательным употребление алкоголя становится проблемой для многих людей. Для тех, чья тревога настолько сильна, что только алкоголь позволяет расслабиться, чтобы быть собой. Для тех, кто несмотря на окружение похожими людьми считает, что быть ЛГБТ – ненормально. Для тех, кто не связывает себя с ЛГБТ, возможно, уже состоит в гетеросексуальном браке и испытывает чувство стыда из-за желания однополых отношений. А состояние опьянения часто становится оправданием своего поведения на следующее утро.

Как можно помочь людям, больным алкоголизмом?

Алкоголизм – это хроническое заболевание. Его опасность состоит в том, что в течение долгого времени это заболевание не беспокоит человека. Но когда употребление становится проблемой, одной силы воли часто недостаточно, чтобы самостоятельно, в одиночку бросить пить. Алкоголизм, как любую другую болезнь, необходимо лечить, обращаясь за помощью к специалистам. Что может уберечь человека от возникновения алкогольной зависимости? Своевременная и регулярная психологическая поддержка, которая избавляет человека от неприятных переживаний, либо дает возможность жить с ними, не причиняя вреда себе и близким.

Эффекты алкоголизации для близких – созависимость

Так же как алкоголь разрушает физическое и психическое здоровье употребляющего его человека, алкоголизм как болезнь подчиняет себе жизнь близких людей, в том числе партнеров. Каким обра-

зом? Появлением состояния созависимости. Если жизнь алкоголика крутится вокруг употребления, то жизнь созависимого человека – вокруг употребляющего близкого. Созависимость опасна тем, что человек забывает о своих интересах, планах и мечтах, а посвящает свою жизнь спасению пьющего. Созависимый человек пытается контролировать поведение употребляющего близкого, хотя, известно, что только сам человек в силах себя контролировать. Жизнь в созависимости не приносит удовлетворения, полна страхов и ощущения неудач, а также чувства вины и стыда, возникающих вследствие того, что все силы брошены на «спасение утопающего», а само спасение так и не произошло; стыда за то, что все живут нормально, кроме вашей пары или семьи.

Для всех людей очень важно быть любимыми и способными дарить любовь, но партнерские отношения с алкоголиком, к сожалению, не об этом. Созависимым лесбиянкам, геям, бисексуалам и трансгендерам важно поверить в то, что они достойны любви, справиться со страхом остаться в одиночестве, если придется уйти от партнера и попробовать начать новые отношения.

Где найти помощь

Есть множество реабилитационных программ, решающих проблему алкоголизма: с религиозным уклоном и без, трудовая терапия, «12 шагов», группы анонимных алкоголиков. Есть программы помощи созависимым людям. Все они есть в любом городе. Проблема обращения к этим программам для представителей ЛГБТ все та же: гетеросексизм большинства ведущих и участников групп.

В зарубежных клиниках, где проводится лечение от алкоголизма, раньше было принято считать, что сексуальная ориентация или гендерная идентичность человека влияют на начало злоупотребления, поэтому старались лечить в первую очередь ориентацию и гендерную идентичность. В настоящее время специалисты (врачи и пси-

хологи) более информированы в данных вопросах и лечат от алкогольной зависимости.

На Западе существуют специальные программы лечения алкоголизма для ЛГБТ. Эти программы, как правило, организуют сами ЛГБТ. И это та идея, которую мы можем реализовать в России. Но для начала важно признать, что проблема алкоголизма среди ЛГБТ существует, и каждый и каждая из нас в силах способствовать разрешению этой проблемы.

Ведь удачный опыт лечения алкоголизма есть: всемирно известный певец Элтон Джон, который более 10 лет страдал от алкогольной и наркотической зависимости, пройдя курс реабилитации, уже более 20 лет ведет трезвую жизнь, будучи открытым геем.

Анастасия Науменко, психолог ЦСИИ «Действие»

Как не убить себя: находятся ли ЛГБТ в группе риска самоубийств?*

Ежегодно 10 сентября отмечается Всемирный день предотвращения самоубийств (суицидов). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) во всем мире каждый год более 800 тыс. человек кончают жизнь самоубийством. ЛГБТ-сообщество по-прежнему является группой высокого риска в совершении суицида: лесбиянки, геи и бисексуалы(-ки) в 5 раз чаще гетеросексуальных людей думают о суициде¹, а 41% трансгендеров(-ок) и гендерно неконформных людей совершали попытки суицида².

Кампания по борьбе с самоубийствами 2015 г. проходит под девизом «Предотврати суицид: протяни руку помощи и спаси жизнь!» («Preventing Suicide: Reaching Out and Saving Lives»). Информирование о проблеме – один из путей ее предотвращения, поэтому в этой статье речь пойдет о том, почему ЛГБТ совершают суицид или думают о самоубийстве, кто именно нуждается в помощи, и как мы можем помочь людям остаться в живых и повысить качество их жизни.

Терминология и группы риска

Самоубийство (суицид) – осознанное лишение себя жизни. Понятие самоубийства включает в себя не только действия, которые привели

* Впервые текст был опубликован в рубрике «Горячая тема» на сайте ЛГБТ-кинофестиваля Бок о Бок 28 января 2016 г. URL: <http://bok-o-bok.ru/opinion.asp?pid=28&lan=2&tid=1498> Благодарим Кинофестиваль за любезное разрешение включить текст в данный сборник.

1 Mark L. Hatzenbuehler, The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth // Pediatrics, April 2011. URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/04/18/peds.2010-3020.short>

2 Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey URL: http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Exec_Summary.pdf

к смерти человека, но и так называемый «незавершенный суицид», то есть попытки лишения себя жизни, которые не привели к летальному исходу. Суицидальное поведение – определенное поведение, по которому окружающие могут догадаться, что человек думает о собственной смерти.

Откуда приходят эти мысли? Психологи утверждают, что мысли или попытки лишить себя жизни всегда тесно связаны с переживанием человеком непереносимой психологической (душевной) боли. Человек стремится прекратить эту боль любыми способами и, не видя альтернативных вариантов, выбирает смерть. Источники возникновения душевной боли для каждого свои, однако замечено, что:

- чаще всего люди совершают самоубийства в возрасте от 15 до 24 лет. В России среди молодежи на 100 тыс. человек приходится 20 суицидов, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза. Риск суицида увеличивается в возрастной группе от 40 лет и старше;
- женщины чаще мужчин совершают попытки суицида (соотношение приблизительно такое: 2-3 попытки среди женщин к 1 среди мужчин), но завершённый суицид встречается среди мужчин в 4 раза чаще, чем среди женщин.

ЛГБТ относят к группе высокого суицидального риска просто по факту причастности к сообществу. Внутренняя гомофобия/бифобия/трансфобия, сопровождающаяся чувством вины и стыда, низкой самооценкой и депрессией; проявления жестокости в отношении ЛГБТ со стороны окружающих; проблемы в родительской семье, когда ребенка не принимают в связи с его идентичностью – все эти факторы могут стать источником сильного стресса и натолкнуть на размышления о смерти.

Что еще может стать причиной возникновения у ЛГБТ нестерпимой душевной боли? Какие группы риска мы условно выделяем внутри сообщества?

- ЛГБТ-молодежь – в связи с отказом от детей родителями, совершением насилия со стороны близких и сверстников.
- Транссексуальное сообщество – из-за дискомфорта от нахождения в теле нежелаемого пола, особенно в период полового созревания в подростковом возрасте.
- Верующие ЛГБТ – из-за давления христианских и прочих религиозных догм в отношении сексуальной ориентации или гендерной идентичности.
- ЛГБТ, живущие с ВИЧ – при возникновении трудностей с принятием своего диагноза, стигматизации (приписывание другим негативных качеств и ярлыков), самостигматизации (стыд, связанный с наличием какого-то качества, имеющего негативную окраску в обществе), угрозе утраты близких отношений.
- Пожилые ЛГБТ – при переживании кризиса из-за потери работы или ухода на пенсию, потери партнера или партнерши, чувства одиночества, ослаблении здоровья, неспособности себя самостоятельно обеспечивать.
- ЛГБТ, переживающие трудности в партнерских отношениях – при частых ссорах и конфликтах, изменах, желании и невозможности завести ребенка; в условиях домашнего насилия; при утрате или разрыве отношений с партнером или партнершей.

Таких ситуаций может быть больше. Но какой бы ни была причина, в момент размышлений о смерти человека мучает бесконечная боль.

Существует несколько неверных представлений о том, как человек живет с этой болью и как ее проявляет. Они описаны ниже как мифы.

Миф 1. «Говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание»

Люди с суицидальным поведением испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить окружающих в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства.

Миф 2. «Человек совершает самоубийство без предупреждения»

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

Миф 3. «Все люди, совершающие суицид, страдают психическими расстройствами»

Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из болезненного эмоционального состояния. Но это совсем не значит, что он страдает психическим расстройством.

Миф 4. «Разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни»

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа становится первым шагом в предупреждении самоубийства.

Миф 5. «Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить»

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблется между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам, близким, друзьям говорит об этой амбивалентности (двойственности) и надежде найти другой выход.

По данным Российской ЛГБТ-сети, с июля 2014 г., 30 клиентов психологических консультаций указали суицидальные попытки и мысли как одну из причин обращения за помощью, что составляет 6,5% от всех обращений. Однако это лишь те запросы, когда клиенты сами

указали на суицидальные попытки или мысли при записи на консультацию. Множество других обращений связано с тяжелой депрессией и, возможно, угрозой суицида, но они в эти 6,5% не входят. Это означает, что реальных просьб о помощи из-за суицидальных мыслей значительно больше.

Как узнать о риске суицида, когда человек напрямую об этом не говорит?

- Человек употребляет алкоголь или наркотики чаще и в больших количествах, чем раньше;
- перестает встречаться с близкими людьми, становится менее общительным;
- становится менее активным в повседневных делах вплоть до несоблюдения правил личной гигиены, выглядит неряшливым;
- избегает веселья, предпочитает депрессивную музыку или кино;
- приводит свои «дела в порядок» (оформляет завещание, пишет письма к родственникам и друзьям, раздаривает личные вещи);
- вдруг совершает неоправданные рискованные поступки;
- приобретает неприятности в учебе или на работе из-за прогулов, снижения качества работы, нежелания выполнять свои обязанности;
- как бы в шутку говорит о смерти и бессмысленности жизни, видит все в «серых тонах», не замечает радостей в настоящем и не верит в будущее, может прямо озвучивать свое желание умереть.

Как помочь человеку пережить тяжелый период его жизни?

Мы можем быть доступны для встреч и общения, сохранять спокойствие при разговоре о проблемах и неудачах, поощрять большую откровенность.

Мы можем оказать поддержку: делать акцент на сильных качествах человека и определить, что необходимо для выхода из кризиса.

Не признавать самоубийство как единственно правильный вариант.

Что делать людям, которые думают о суициде?

Не отказывайтесь от общения! Иногда человек испытывает массу чувств, которыми тяжело поделиться с другими, и кажется, что никто не поймет. Но если не говорить об этих чувствах, можно еще глубже уйти в непонимание и страдание. Когда сложно организовать живое общение с глазу на глаз, можно воспользоваться интернетом: существуют социальные сети, форумы, сайты с рубриками «вопрос-ответ», объединяющие людей со схожими проблемами.

Если есть что-то, что приносит вам радость и удовольствие, приумножьте это в вашей жизни. Занимайтесь тем, что вам нравится: смотрите любимое кино, читайте любимые книги, занимайтесь спортом. Стремитесь к тому, чтобы приятных эмоций в вашей жизни становилось больше.

Бездействие порождает множество дум, а в состоянии депрессии – тяжелых и неприятных. Если вы напишете свой план на день и будете ему следовать, времени на самобичевание останется меньше, а энергии и положительных мыслей станет больше.

Наберитесь смелости обратиться к специалисту. Мы привыкли обращаться к врачу, когда болит наше тело. Но когда болит душа, наивно пытаемся справиться с этой болью самостоятельно. Вместо этого лучше прийти на беседу к психологу или посетить психологическую группу. ЛГБТ-организации предоставляют психологические услуги совершенно бесплатно в дружелюбной поддерживающей атмосфере.

Множество людей уходят из жизни, но еще больше остаются жить. И каждый видит в жизни свой смысл и свою ценность, каждый меч-

тает о своем. Хочется, чтобы мы не забывали одну простую вещь: если один смысл теряется или уходит, то только для того, чтобы на его месте появился новый.

Анастасия Науменко, психолог ЦСИИ «Действие»

Бьет значит любит? О насилии в однополых парах, и как с ним справляться*

Подумайте о ваших отношениях с любимым человеком: как много приятных моментов вы можете в них вспомнить? Ощущаете ли вы себя в паре свободно и легко или устали и боитесь своего партнера или партнершу? Какими вы были до того, как познакомились с этим человеком? И как вы изменились? Если ваши ответы не нравятся в первую очередь вам самим, и где-то внутри вы ощущаете, что хотели бы / или могло бы быть иначе, возможно, ваши отношения сопровождаются насилием (также в литературе можно встретить слово «абьюз» от английского abuse – применять насилие любого рода от физического до эмоционального).

Результаты исследований однополых пар в США дают следующие результаты: от 24% до 90% лесбиянок хотя бы раз сталкивались с психологическим насилием со стороны партнерши¹, а 26% геев и 37% бисексуальных мужчин в какой-то момент времени переживали насилие в паре².

Давайте разберемся, как насилие проявляется в однополых парах. Каковы его причины, и что делать, если вы или ваши знакомые оказались в отношениях с обидчиком или обидчицей?

* Впервые текст был опубликован в рубрике «Горячая тема» на сайте ЛГБТ-кинофестиваля Бок о Бок 8 июня 2015 г. URL: <http://bok-o-bok.ru/opinion.asp?pid=28&lan=2&tid=1372> Благодарим Кинофестиваль за любезное разрешение включить текст в данный сборник.

1 Suzana Rose, Lesbian Partner Violence Fact Sheet // National Violence Against Women Prevention Research Center, 2000. URL: <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/lesbianrx/factsheet.shtml>

2 NISVS: An Overview of 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation // National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention, 2010. URL: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cdc_nisvs_victimization_final-a.pdf

Что такое бытовое насилие?

Насилие часто ассоциируется с угрозой или причинением человеку физического вреда. Бытовое (или домашнее, семейное) насилие, конечно, выражается в форме физического насилия, но не ограничивается им. Оно так же включает в себя такие формы насилия, как:

- эмоциональное/психологическое насилие – постоянная критика и унижение, оскорбления, насмешки, угрозы или попытки причинить вред себе в ответ на поведение партнера/-ши, ревность, контроль над телефонными звонками, письмами, сообщениями в социальных сетях, преследования или слежка, запрет на встречу с родственниками или друзьями;
- экономическое насилие – изъятие денег или кредитных карт, запрет на работу или отказ устраиваться на работу, кражи, угрозы или уничтожение собственности; принуждение к оплате всех расходов, требование отчета за все денежные траты;
- сексуальное насилие: от критики сексуальных потребностей до принуждения к сексу и изнасилования.

Домашнее насилие не единично или случайно, оно систематически повторяется снова и снова. А человек, совершающий насилие, стремится к тотальному контролю над жизнью близкого человека.

Важно! В ситуации домашнего насилия может оказаться каждый человек, независимо от пола, гендера, сексуальной ориентации, возраста, национальности, физических особенностей, уровня образования, профессии, материального положения, отношения к религии и других признаков.

Каковы источники насилия в однополых парах?

Насилие часто появляется в парах, где хотя бы один партнер или партнерша, были свидетелями насилия в родительской семье, сами оказывались жертвами насилия в детстве и неосознанно стремятся

выплеснуть (отыграть) тот гнев или обиду в настоящем. Причинами возникновения насилия могут быть временные или стойкие нарушения психического здоровья, злоупотребление алкоголем или наркотиками. Жесткие представления о гендерных ролях: мужская – «активная, агрессивная, доминирующая роль» и женская – «пассивная, зависимая, заботливая, и даже жертвенная», могут стать благодатной почвой для возникновения насилия в семье.

Факторы, перечисленные выше, могут служить причиной появления насилия в любой паре, независимо от пола и сексуальной ориентации партнеров. И все же в однополых союзах дополнительным источником насилия может выступить внутренняя гомофобия, человека, совершающего насилие: когда партнер или партнерша воспринимаются как очередное напоминание о своей причастности к сообществу, когда в партнере «бросаются в глаза» неприятные, раздражающие проявления гомосексуальной культуры. Обидчик/-ца также могут обладать бифобными и/или трансфобными представлениями по отношению к своим партнерам. В этих случаях проявления насилия будут связаны с идентичностью. Давайте их рассмотрим.

Насилие в связи с идентичностью

Люди, совершающие насилие могут использовать тот факт, что их жертва – гей, лесбиянка, бисексуал/-ка или трансгендер/-ка. Как это происходит?

- происходит насильственное раскрытие (аутинг) или угрозы раскрытия сексуальной ориентации или гендерной идентичности семье, друзьям, начальству, соседям;
- партнер или партнерша критикуются, как «ненастоящие» геи, лесби или би (если камин-аут был совершен недавно или кто-то до этого имел гетеросексуальные отношения);
- перекалывание ответственности за насилие на идентичность партнера или партнерши (гей, лесби, би, транс) или его/ее пове-

дение (немоногамность, чрезмерная или недостаточная общительность партнер/-ши и т.д.);

- высмеивание гендерной идентичности: внешности, одежды, голоса, прически;
- убеждение партнера или партнерши в том, что те, к кому можно было бы обратиться за помощью, гомофобны/бифобны или трансфобны.

В ЛГБТ-среде распространено мнение о том, что если один мужчина жестоко обращается с другим, то второй может ответить ему тем же, ведь они находятся в равном по отношению друг к другу положении и имеют равные возможности, а агрессивность им «присуща по природе». И что в отношениях между двумя женщинами не может существовать насилия, потому что это «противоречит природе» женщин. Это мифы. Существование насилия обусловлено не природной предопределенностью, а сознательным выбором каждого человека – совершать или не совершать насильственные действия.

ВИЧ-статус и насилие в паре

Состояние здоровья, в том числе ВИЧ-статус человека, не является причиной насилия. Но он может быть использован обидчиком или обидчицей в бытовом насилии угрозами раскрытия или раскрытием положительного статуса друзьям, семье, коллегам человека, живущего с ВИЧ, удержанием АРВТ (антиретровирусной терапии), угрозами оставить без поддержки, уйти из пары, оскорблениями типа «грязный», «заразный» и т.д.

Обидчиком или обидчицей в паре так же может оказаться человек, живущий с ВИЧ. Он или она могут использовать чувство жалости к себе, чтобы манипулировать партнером/-шей, шантаж и угрозы прекратить лечение, а также угрозы или умышленные действия по инфицированию партнера/-ши.

ВИЧ-статус человека может вызывать напряжение в паре, разного

рода проблемы, ощущение кризиса или стресса в отношениях, но он не может и не должен являться причиной или средством применения насилия!

Как понять, состоит ли человек в насильственных отношениях?

Один из наиболее значимых признаков – ощущение страха перед партнером или партнершей: не то сказать, не то сделать, не так выглядеть, – страха вызвать гнев или недовольство и столкнуться с последствиями. Вместе с тем могут присутствовать ощущение беспомощности, отчаяния, опустошенности, ненависти к себе, отсутствие самоуважения, депрессия, чувство изоляции и одиночества, суицидальные мысли.

Если ваши желания не учитываются и не уважаются, ваше мнение не выслушивается и критикуется, физические границы вашего существования (тело, имущество, финансы) нарушаются, ваше время и планы все время контролируются, скорее всего, вы находитесь в отношениях насилия.

Бытовое насилие по своей природе циклично.



После насильственных действий и неприятных переживаний отношения в паре как бы налаживаются – наступает период, когда обидчик или обидчица признает свою «неправоту», дает обещания исправиться и всячески радуется и убажывает близкого человека, но в один момент все возвращается на круги своя. Насилие повторяется. Периоды раскаяния вызывают у потерпевшей стороны надежды на то, что все изменится и зачастую удерживают человека в деструктивных отношениях.

Что делать? Как помочь себе и близким, оказавшимся в ситуации домашнего насилия?

- Важно набраться смелости поделиться проблемой с людьми, которым доверяете.
- Обратитесь за информацией: какие организации в вашем городе помогают справиться с ситуацией домашнего насилия? Есть ли в вашем городе ЛГБТ-проекты, предоставляющие помощь в предотвращении насилия в паре и оказывающие психологическую, юридическую и материальную поддержку потерпевшим? В какие службы можно обратиться за экстренной помощью? Обратитесь в эти службы или проекты.
- Используйте свои знания: если по какой-то причине вы не можете уйти от обидчика/-цы, старайтесь ставить внутренние барьеры перед насилием, которое направлено на вас (о том, что такое барьеры и как их можно поставить, написано в замечательной книге Г. Клауда и Д. Таунсенда «Барьеры», 1999 г. - вы можете найти и скачать ее в интернете). Поддерживайте свое самоуважение и не ввязывайтесь в игру.
- Создайте «план безопасности»: определите, как обеспечить свою безопасность во время физического или сексуального насилия. При подготовке ухода или если вы уже ушли от насильника/-цы, решите, как добиться безопасности в вашем доме, на работе. В крайних

случаях, возможно, вам потребуется изменить имя и документы, чтобы поддерживать свою безопасность.

Вы так же способны помочь близким, находящимся в ситуации насилия, выслушав их историю, доверяя каждому их слову, уважая любой выбор (даже если человек предпочитает оставаться в отношениях с насильником/-цей), помогая разработать план безопасности. И, конечно, будьте готовы предоставить свою помощь, если потребуется.

Рекомендации для тех, кто совершает насилие и хочет изменить свое поведение

Изменить другого человека без его желания невозможно. Если человек, совершающий насилие осознает это и может отслеживать в своем поведении проявления психологического, финансового, сексуального, физического и/или связанного с идентичностью насилия в отношении других людей и хочет измениться, изменение может произойти.

Человеку, совершающему насилие, скорее всего, необходимо будет разобраться с такими понятиями как: доверие, ответственность, выбор. Изучить свое отношение к себе и к другим, вопросы самоуважения, самооценки, уверенности в себе. Научиться уверенному поведению и навыкам контроля своих эмоций, в том числе гнева.

Если вы хотите изменить свое поведение, начните ходить к психологу. Для мужчин, совершающих насилие, в Петербурге работает проект «Альтернатива насилию» общественной организации «Мужчины XXI века».

Список некоторых организаций, оказывающих поддержку жертвам и людям, совершающим насилие, в России:

- Психологическая служба для ЛГБТ в ЦСИИ «Действие» (онлайн-консультации по всей России, очные и парные консультации в Санкт-

Петербурге), для предварительной записи необходимо отправить письмо на e-mail: **psy-action@center-action.org**

- Горячая линия «Российской ЛГБТ-сети» (психологическая и юридическая помощь по телефону), бесплатный телефон **8-800-555-08-68**.
- Кризисный центр для женщин. Психологическая поддержка по телефону доверия в Петербурге: **(812) 327-30-00**, понедельник-пятница с 11:00 до 18:00.

ЛГБТ-сообщество и эпидемия ВИЧ

(1) Т.Н.Виноградова, (1) О.В.Пантелеева, (1,2) Н.В.Сизова,
1: Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия
2: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова, Россия

О ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами в российском мегаполисе.

Три подхода в изучении проблемы
(обобщение собственных исследований).

©Коллектив авторов, 2014 г.

Одной из ключевых групп в плане инфицирования ВИЧ являются мужчины, практикующие секс с мужчинами. В статье приведены данные трехэтапного исследования среди этой группы мужчин.

Ключевые слова: ВИЧ, МСМ, заболеваемость ВИЧ-инфекцией, гомосексуальный путь передачи ВИЧ.

Введение

Несмотря на то, что мужчины, практикующие однополый секс (МСМ), являются группой высокого риска, нет точных данных о размере популяции и о количестве людей, живущих с ВИЧ, среди этой субпопуляции. Это связано с культуральными, религиозными и политическими причинами, которые влияют на отношение к МСМ в обществе, и как следствие, на открытость или закрытость их к обществу. В

Северной Америке, Западной и Центральной Европе распространение ВИЧ среди МСМ играет значительную роль в динамике развития национальных эпидемий [1; 2]. В России роль МСМ в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции не определена в силу отсутствия системной информации.

Целью настоящего комплексного исследования являлся анализ частоты поражения мужчин ВИЧ, ориентированных на однополый секс, в Санкт-Петербурге с учетом постоянного и мигрирующего населения города и использования трех различных методологических подходов.

Материал и методы исследования.

Исследование имеет комбинированную структуру с различными приемами выявления и анализа в каждой из групп наблюдения и последующими качественными обобщениями, направленными на выявление частоты инфицирования ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами.

На первом этапе проводился анализ МСМ в процессе формирования официальной отчетности по форме 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией». Кроме того, нами был проведен анализ 100 медицинских карт МСМ, наблюдающихся в СПб Центре СПИД. Выборка проводилась по случайному принципу из картотеки учреждения, критерием включения было информирование пациентом о его гомосексуальной ориентации.

Вторым этапом исследования было проведение исследований по генотипированию ВИЧ-1 с выделением субтипов, нехарактерных для нашего региона (не субтип А), в течение десяти лет с последующим математическим анализом [3, 4]. Субтипирование ВИЧ проводили с применением on-line программы Rega HIV-1 SubtypingTool (URL: <http://dbpartners.stanford.edu/RegaSubtyping>). Для оценки генетических дистанций между последовательностями и построения филогене-

нетических деревьев использовался программный пакет Mega 5.05. В России и в регионах бывшего СССР в настоящее время выявляется не более десяти разновидностей ВИЧ [5-7], на большинстве территорий доминирует субтип A1 [8], а субтипы B, G и рекомбинанты ВИЧ занимают незначительную долю и составляют в общей популяции от 8 до 12% [7; 9]. Вместе с тем соотношение субтипов и рекомбинантных форм ВИЧ можно оценивать в большей мере качественно или полуколичественно.

Во многих регионах России ВИЧ-инфекция начиналась с субтипа B и группа заболевших была малочисленна. Затем численность группы риска по причине изменения социальных условий жизни населения в 90-е гг. прошлого столетия стремительно увеличилась. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции стал инъекционный. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) опередили малочисленные группы людей, инфицированных половым путем. Субтип B с позиции лидера был вытеснен субтипом A за счет появления более многочисленной группы риска, входящей в другую субпопуляцию. С этого периода, по-видимому, можно говорить о начале эпидемии ВИЧ в России. Математический анализ был выполнен с учетом числа людей в популяции, склонной к инфицированию, числа контактов и вероятности инфицирования, для чего использовались принципы детерминистической модели Лотка-Вольтерра [10].

На третьем этапе нами было проведено анонимное кросс-секционное исследование для оценки распространенности ВИЧ-инфекции среди MSM. В ходе исследования было проведено тестирование на ВИЧ с обязательным дотестовым и послетестовым консультированием MSM, посещающих гей-клубы и гей-бары в Санкт-Петербурге, с использованием методов аутич-работы [11]. Выполнено тестирование на ВИЧ-1/2 500 мужчин, предположительно не употреблявших инъекционные наркотики, с использованием слюнных экспресс-тестов OraQuick ADVANCE производства компании OraSure Technologies Inc., которые ранее были апробированы и хорошо зарекомендовали

себя в подобного рода исследованиях [12].

Результаты исследования и их обсуждение.

На первом этапе исследования мы оценили имеющиеся статистические данные, исходя из того, что они чаще всего лежат в основе анализа по регионам мира.

В соответствии с путями распространения эпидемии ВИЧ-инфекции страны мира можно поделить на несколько категорий, обусловленных особенностями регистрации или присутствия МСМ в общей популяции инфицированных мужчин. Эпидемиологические тренды ВИЧ-инфекции среди МСМ варьируют в зависимости от региона.

В первую наиболее представленную группу входят страны Западной Европы, Северной и Южной Америки, где группа МСМ составляет более 2/3 всех инфицированных людей.

Вторую группу могут представить страны, где гомо- и гетеросексуальные пути сочетаются между собой. К таким регионам относятся Центральная и Южная Африка, частично Юго-Восточная Азия и Австралия.

В третьей группе МСМ не столь явно выражены в силу доминирования инъекционного пути передачи ВИЧ или традиционно сложившегося сокрытия своего гомосексуального поведения. В этой связи статистика ВИЧ среди МСМ значительно затрудняется и, по-видимому, не в полной мере отражает истинное положение эпидемии. К этой группе можно отнести большинство стран бывшего Советского Союза.

Число исследований в области ВИЧ-инфекции в РФ сводится в основном к регистрации их по статистической форме 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» официальной отчетности [13] и к проведению дозорных исследований в отдельных регионах страны с интерпретацией результатов на регион или иногда на большее пространство страны [14; 15]. Чаще всего эти исследования не

дают достаточно четкого представления о распространении ВИЧ среди МСМ как по различным регионам с этническими, культурными и экологическими особенностями, так и в динамике развития эпидемии. Вероятно, 90-е прошлого и 10-е гг. текущего столетия существенно отличаются [16].

Согласно оценочным данным в России проживает от 0,75 до 1,5 млн. МСМ, что составляет 2-4% взрослого мужского населения, а доля ВИЧ-инфицированных МСМ от общего числа людей, живущих с ВИЧ, составляет 1,5% [14; 17]. В последние годы в структуре впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции доля МСМ составляла около 0,6%. Вместе с тем, по данным СПб Центра СПИД, выявляемость ВИЧ в группе МСМ превышает общегородской показатель по общей популяции жителей в 9,1 раз (46,5 и 5,1 на 1000 обследованных соответственно). Многие МСМ тестируются анонимно, что затрудняет проведение учета заболеваемости, так как эпидемиологический код контингента обследованных присваивается исключительно при желании раскрытия сексуального статуса. Высока вероятность регистрации МСМ под другими кодами, чаще всего характеризующими только ситуацию, повлекшую проведение исследования (например, больные ИППП, доноры или обследованные по клиническим показаниям). Это не позволяет достоверно оценить пораженность ВИЧ в данной социальной группе и препятствует проведению эффективной профилактики.

По материалам наших исследований в течение последних пяти лет прослеживается тенденция к увеличению выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ с 2,7% до 4,7%. Результаты анализа 100 амбулаторных карт пациентов с гомосексуальным путем передачи ВИЧ представлены в таблице 1.

Так, из числа МСМ о своей бисексуальности лечащему врачу сообщили 25% пациентов. Средний возраст на момент выявления ВИЧ-инфекции составил 32,8 лет, что практически соответствует возрасту наиболее пораженной возрастной группы в общей популяции ЛЖВ

Санкт-Петербурга [13; 18]. Только у незначительной части пациентов (17%) ВИЧ-инфекция была выявлена на поздних стадиях, что выгодно отличает исследуемую субпопуляцию от всех инфицированных людей, где у половины пациентов выявляется четвертая стадия заболевания [19].

На момент проведения исследования 45% пациентов получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), средний период наблюдения за пациентами до момента ее назначения составил 2,3 года.

Таблица 1

Характеристика пациентов с ВИЧ-инфекцией (n=100)	
Критерии оценки	Показатели
Средний возраст на момент выявления ВИЧ, лет	32,8
Длительность диспансерного наблюдения в Центре СПИД, лет	6
Средний уровень CD4-лимфоцитов на момент выявления (кл/мкл)	481
Уровень РНК ВИЧ на момент выявления, коп/мл	113440
Стадия ВИЧ-инфекции на момент выявления:	
2а, б	23%
3	57%
4а, б, в	17%
RW+ на момент выявления ВИЧ	14%
Назначение ВААРТ с момента выявления, лет	2,3
Срывы ВААРТ	6%
Потерины из наблюдения	7%

Периодические срывы в приеме терапии были зафиксированы лишь у 6% пациентов, что соответствует хорошо известным данным о более высокой приверженности MSM к лечению по сравнению с представителями других групп риска [20]. Из наблюдения были потеряны

7 пациентов, причины их ухода из-под диспансерного наблюдения неизвестны.

Интересны особенности первичного выявления ВИЧ-инфекции у МСМ по учреждениям, которые могут характеризовать предпочтения или обстоятельства тестирования этих мужчин на ВИЧ-инфекцию. На первом месте по числу выявленных находятся кожно-венерологические диспансеры (КВД), что объясняется в большей мере частыми инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). В нашем анализе сифилис сопутствовал выявлению ВИЧ-инфекции в 14% случаев, сведениями по другим ИППП мы не располагаем.

На втором месте, по выявлению ВИЧ-инфекции у МСМ, находится анонимный кабинет Центра СПИД, что говорит о том, что мужчины имели эпизоды рискованного поведения и подозревали о своем возможном инфицировании ВИЧ (табл. 2).

Таблица 2

Место первичного выявления ВИЧ-инфекции	
Учреждение	Частота выявленных случаев, %
Кожно-венерологические диспансеры (КВД)	39
Центр СПИД (анонимный кабинет)	32
Районные поликлиники	11
Частные клиники	10
Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина	6
Городская станция переливания крови	2

Почти одинаковое количество выявленных случаев мы наблюдали в городских поликлиниках (11%) и частных клиниках (10%), которые находятся в территориальной доступности к пациентам. В 6% случаев диагноз был поставлен во время стационарного лечения в Клинической инфекционной больнице им. С.П.Боткина, где ВИЧ-

инфекция проявилась либо в острой стадии, либо на стадии появления оппортунистических инфекций. Настораживает тот факт, что у 2% пациентов ВИЧ был обнаружен в процессе проведения донорского контроля, который может не сработать в начальном периоде инфицирования и несет серьезную угрозу реципиентам компонентов донорской крови.

На втором этапе исследования были проанализированы данные, полученные при генотипировании ВИЧ-1 (n=1055), проведенном в Санкт-Петербурге.

Если принять во внимание высокую скорость репликации ВИЧ, миграцию населения, действие внешних факторов социальной и иной направленности, представить себе какой-то конкретный временной срез эпидемии крайне сложно, впрочем, как и сделать прогноз на какой-то продолжительный период времени. Мониторинг, проводимый на федеральном уровне в пределах границ России, хорошо иллюстрирует эту мысль постоянными, часто несинхронными показателями заболеваемости в регионах с одномоментным снижением в одних и усилением эпидемии в других местах [18]. Оценка усложняется, если в анализ мы введем такой показатель как генотип вируса и разделение населения на субпопуляции. Тем не менее подобного рода аналитика необходима и проводится с использованием различных методологических подходов, в том числе математического моделирования [7; 21].

В разных географических районах доминируют свои субтипы ВИЧ-1. В России в XXI веке утвердился и лидирует субтип А, в Северной Америке и Западной Европе – субтип В. Отмечено, что различные субтипы могут отличаться по интенсивности течения заболевания [7; 21; 22; 23].

Результаты исследований по выявлению субтипов ВИЧ-1 в нашем Центре приведены в таблице 3.

Таблица 3

Выявление субтипов ВИЧ-1 в Санкт-Петербурге за 2006-2011 гг. (n=1055)		
Субтип ВИЧ-1	Общее число	% от выявленных субтипов
A1	933	88,9
B	93	8,4
C	5	0,4
CRF 02AG	2	0,2
CRF 03 AB	5	0,4
CRF 06 срх	11	1
F1	4	0,4
G	2	0,2

Прежде всего, у каждого субтипа ВИЧ должны быть свои емкости инфекционной ниши, коэффициенты скорости распространения и смертность, зависящая от вирулентности [3]. Величины коэффициентов отличаются хотя бы в силу выявленного превалирования субтипа В в социальной группе MSM [3; 4].

В порядке локального исследования для этой группы людей на основе тысячи определений генотипа вируса был выполнен анализ по установлению путей инфицирования для выборки из 81 мужчины с субтипом В ВИЧ (табл. 4).

Таблица 4

Путь заражения субтипом В ВИЧ у мужчин (n=81)		
Путь заражения	Количество	
	Общее число	%
Гомосексуальный	45	55,5
Гетеросексуальный	15	18,5
Инъекционный	2	2,5
* Неизвестный, в том числе бисексуальный	19	23,5

*В соответствии с проведенным анкетированием, где ½ MSM скрывают свой статус, вероятно, эта группа включает наличие скрытых гомо- или бисексуальных контактов.

Представительство мужчин с подтвержденным или неподтвержденным гомосексуальным путем инфицирования было самым большим среди инфицированных субтипом В. В общей популяции людей в Санкт-Петербурге гомосексуальный путь по официальным формам статистической отчетности, что показано выше, составляет до 2% [4]. В нашем исследовании при случайной выборке он составляет 4,3% или 6% (гомосексуальный и неизвестный), что в целом соответствует официальной статистике. В абсолютных значениях по Санкт-Петербургу это может составлять от 1,5 до 2 тыс. человек.

О преобладании мужчин в группе людей, инфицированных субтипом В ВИЧ, можно судить по данным, представленным на диаграмме (рис. 1), которая построена на основании результатов анализа выявленного субтипа В у больных с ВИЧ. Все выявленные случаи были дифференцированы по полу и годам постановки на учет.

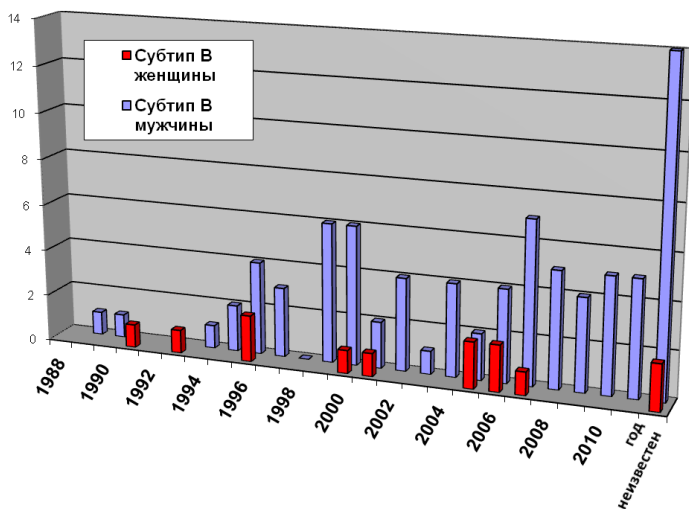


Рис. 1. Распределение случаев заболевания ВИЧ-инфекцией, вызванной субтипом В, по полу и годам постановки диагноза (по данным СПб Центра СПИД, n=96).

Кроме того, необходимо учитывать группу «мостиков» между популяциями людей, например, бисексуалов. Регистрация мужчин-бисексуалов официально отсутствует, выявление МСМ указывает, что эта группа людей с рискованным поведением по материалам официальной статистики составляет по России несколько процентов и существенно отстает от Северной Америки и Западной Европы за счет преобладания в нашей стране ПИН. Количество бисексуальных контактов среди МСМ по анализу амбулаторных карт в нашем Центре составило 25%, по данным анкетирования 12% [11], в литературе встречаются данные, что бисексуальные контакты практикуют от 13 до 58% МСМ [11; 14; 24]. Этот «мостик» будет служить постоянным путем перехода субтипов ВИЧ в общую популяцию жителей. В равной мере этот механизм будет присутствовать и среди женщин, занимающихся коммерческим сексом, где высок риск инфицирования новыми генетическими вариантами ВИЧ с передачей их в общую популяцию [12].

На третьем этапе нами проведено исследование по выявляемости ВИЧ-инфекции среди МСМ, посещающих гей-клубы [11]. У 68 из 500 мужчин, прошедших добровольное тестирование, был выявлен положительный результат теста на ВИЧ, что составило 13,6%. Средний возраст участников исследования составил 29 лет. На вопросы о сексуальной ориентации 49,06% респондентов ответили, что они являются скрытыми гомосексуалами, 34,6% не скрывали свою сексуальную ориентацию, 12% респондентов заявили о своей бисексуальности. Среди опрошенных было отмечено большое количество половых партнеров в течение 6 месяцев: от одного до трех половых партнеров – у 63,35%, от четырех до 9 – у 19,26%, у 16 человек (9,94%) – более 10. Что касается рискованных сексуальных практик, мы получили ответы, что у 20,5% опрошенных были незащищенные случайные сексуальные контакты в течение последних трех месяцев, у 9,9% в течение последней недели перед опросом. Также более частыми оказались незащищенные контакты после употре-

бления алкогольных напитков: в течение последних 3-х месяцев – у 25,5%, в течение последней недели – у 24,2% ответивших. Кроме того, нами были получены данные, что уровень доверия среди МСМ к медицинским работникам у 47,8% опрошенных низок, только 22,4% ответили, что доверяют своим лечащим врачам полностью. Многие МСМ не сообщают о своей гомосексуальной ориентации на приеме у врача, а также о ВИЧ-статусе в общелечебной сети, что негативно сказывается на их здоровье и на качестве оказываемой им медицинской помощи.

Одно из ранее проведенных наблюдений по программе ВОЗ в середине прошлого десятилетия можно рассматривать в качестве аналога этому этапу нашего исследования [25]. Как и в нашем случае, в Санкт-Петербурге были обследованы МСМ, посещающие гей-бары (n=237). Среди обследованных людей ВИЧ-инфекция была выявлена у 3,8%.

Два этих исследования, по сути, отличаются лишь разделением во времени проведения в 7-8 лет. Вероятно, за прошедшие годы популяция пополнилась ВИЧ-инфицированными мужчинами, и на этот процесс накопления могли повлиять следующие причины:

- фактор времени с ежегодным приростом в целом по городской популяции около 10%;
- большая открытость пациентов и снижение страха перед обследованием;
- рост миграции в мегаполисе из регионов РФ и других стран;
- распространение коммерческих секс-услуг среди МСМ;
- аккумуляция значительного числа МСМ с ВИЧ в мегаполисе, которая придала процессу характер локализованной эпидемии в субпопуляции мужчин.

Следовательно, мы имеем дело с качественным изменением – переходом эпидемии ВИЧ среди МСМ из скрытой в локализованную. Подобная закономерность уже проявила себя в ряде азиатских,

африканских и американских стран, а также, впервые из стран бывшего Советского Союза, на Украине, где в конце прошлого десятилетия число МСМ достигло 10%. Крайне высокие значения распространенности ВИЧ среди МСМ могут достигать 25-40 % (Ямайка, Тайланд, Кения и др.).

Риск заражения ВИЧ-инфекцией для МСМ в 19,3 раза выше, чем для мужчин из общей популяции [26], следовательно, при оценке эпидемиологической ситуации, составлении прогнозов развития эпидемии ВИЧ, разработке профилактических мероприятий эта группа мужчин должна серьезно приниматься во внимание.

В какой мере прирост относительного числа МСМ среди всех вновь выявленных соответствует истинной картине? По-видимому, можно выделить несколько факторов, влияющих на этот процесс.

В последние годы отмечается более открытая позиция МСМ по отношению к своей сексуальной ориентации, однако неизвестно, сохранится ли эта тенденция далее, учитывая настроения в обществе. В странах Восточной Европы, вследствие наличия социальных и юридических проблем МСМ, являются одной из стигматизированных групп населения, что ведет к сокрытию ими своего гомосексуального поведения. Действительно, как показали наши и другие ранее опубликованные исследования, около половины МСМ склонны скрывать свои сексуальные предпочтения [11; 27].

В течение ряда лет в нашем учреждении при постановке диагноза и установлении путей инфицирования врачами дается более глубокая оценка конкретной эпидситуации, не исключено, что это может способствовать увеличению статистических показателей, характеризующих распространение ВИЧ среди МСМ. При осуществлении диспансерного наблюдения за МСМ необходимо принимать во внимание особенности их сексуального поведения, которое характеризуется более частой сменой половых партнеров. В то же время от медицинского персонала требуется более лояльное отношение к МСМ,

невзирая на их сексуальные предпочтения, и постоянная работа по профилактике передачи ВИЧ их партнерам [11; 27]. Среди специалистов распространено заблуждение, что ничего специфического в проведении лечебно-диагностической работы среди представителей данной группы населения быть не может, поскольку «болезни у всех одинаковые». Существует определенное табу на темы сексуальных отношений между мужчинами, стигма и неприятие МСМ, что недопустимо в медицинской профессиональной среде.

Необходимо также учитывать миграционные процессы, увеличивающие число МСМ, живущих с ВИЧ. Одной из проблем оказания специализированной медицинской помощи МСМ с ВИЧ является то, что около 50% являются приезжими как из других регионов России, так и из стран ближнего зарубежья. Как правило, они не имеют регистрации в Санкт-Петербурге, из-за чего не могут быть поставлены на диспансерный учет и получить бесплатно услуги Центра СПИД [11].

И наконец, самое важное для нынешней ситуации в нашей стране. Скорее всего происходит реальное обострение эпидемической обстановки в этом микросоциуме, несущее общую опасность в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции. С учетом высокой пораженности ВИЧ среди этой группы необходимо принятие срочных мер по выявлению и началу диспансерного наблюдения и разработке целевых профилактических программ с учетом особенностей этого микросоциума и региона, с привлечением не только государственных медицинских организаций, но и других структур, имеющих доступ, и пользующихся доверием среди МСМ, в том числе общественных организаций.

В таблице 5 мы привели данные по расчетным показателям числа МСМ с ВИЧ в Санкт-Петербурге. По данным некоторых исследователей число МСМ среди мужского населения составляет от 1-10%, имевших гомосексуальные связи в течение года [28], до 6-15% от взрослого мужского населения в странах Восточной Европы [29]. В мегаполисе сформировался микросоциум МСМ, который накопи-

вает людей, живущих с ВИЧ. Оцененное тремя различными способами число ВИЧ-положительных МСМ в Санкт-Петербурге составляет:

- по показателям официальной отчетности МСМ с ВИЧ – 3,5-4 тыс.,
- по данным генотипирования среди общей популяции жителей с определением субтипа В ВИЧ-1 – 3,9 тыс. человек (максимально 4,5 тыс.),
- по расчетам, основанным на определении посредством быстрых сложных тестов – 10,2 тыс. человек.

Таблица 5

Расчетные показатели числа МСМ с ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге			
№	Показатель	Число, тыс. человек	Комментарии и источники
1	Число мужчин	2200,0	письмо Петростата от 24.09.2012 г. № ОН-140/4645
2	Число мужчин в возрасте от 15 до 60 лет	1500,0	письмо Петростата от 24.09.2012 г. № ОН-140/4645
3	Расчетное число МСМ	75,0	По усредненным данным взят показатель численности МСМ 5% от взрослой популяции мужчин
4	Число ВИЧ+ среди МСМ	10,2 (13,6%)	Данные проведенного исследования по выявляемости ВИЧ среди МСМ
5	ВИЧ+ МСМ по выявлению субтипа В ВИЧ-1	3,9 (5,2%)	При случайной выборке среди пациентов Центра СПИД гомосексуальный путь составляет 4,3-6%

Расчетные показатели числа МСМ с ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге			
6	Число ВИЧ+ МСМ по официальным данным	3,0 (4%)	По материалам официальной статистики на 2013г.с учетом умерших, но без перерасчета скрытой популяции
7	Усредненные величины по п.п. 4,5,6	5,7 (7,6%)	

Каждая из указанных величин весьма значимая и свидетельствует о развитии в этой среде генерализованной эпидемии, которая, вероятнее всего, имеет тенденцию к расширению и несет дополнительную опасность для основной популяции жителей за счет мужчин-бисексуалов, число которых может составлять около 1/3 среди МСМ [14; 15; 24].

Кроме того, необходимо учитывать социальные и поведенческие риски, которые существуют среди МСМ [10]. По степени риска выделяют четыре основных категории мужчин:

- МСМ с высоким риском, оказывающие секс-услуги или пользующиеся ими,
- МСМ-ПИН, употребляющие инъекционные психоактивные вещества,
- МСМ со средним риском, имевшими более одного партнера в течение года,
- МСМ с низким риском, имевшими ни одного либо стабильные отношения с одним партнером в течение года.

Ранее путем моделирования было показано, что расчетное число людей, живущих с ВИЧ, превосходит зарегистрированное в 1,5-2,5 раза и составляет по городу до 125 тыс. человек [4; 30]. Из них число МСМ может составлять до 7,5 тыс. Вероятно, гомосексуальный путь во всей популяции мужчин Санкт-Петербурга соответствует пример-

но 1/10 части. Остальная часть случаев инфицирования распределяется между инъекционным и гетеросексуальным путями. В этой связи можно согласиться с выводами моделирования эпидемии в Санкт-Петербурге, проведенного Р. Хеймером, где обозначена доминирующая роль ПИН в сохранении и усилении эпидемии ВИЧ-инфекции [31]. Вероятно, эта зависимость характерна для всех стран Восточной Европы и Центральной Азии.

На рисунке 2 представлена географическая характеристика эпидемии ВИЧ среди MSM. Зона стран бывшего Советского Союза характеризуется распространенностью от 6 до 15%. Можно полагать, что, скорее всего, информация по нашим странам носит больше гипотетический характер из-за отсутствия верификации данных. Наши данные свидетельствуют о том, что наиболее вероятные показатели могут находиться в указанном диапазоне.

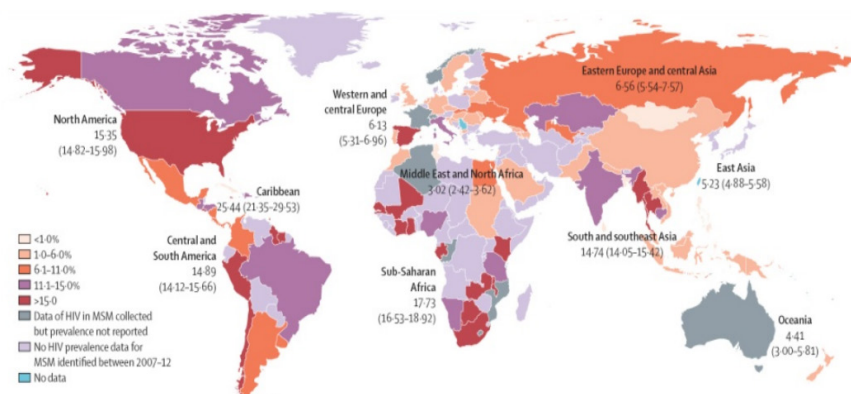


Рис. 2. Показатели глобальной распространенности ВИЧ среди MSM по данным проведенных исследований С. Veuger и соавт. (2013) [2].

В июле 2014 г. Всемирная организация здравоохранения выпустила «Консолидированные руководящие принципы по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ для ключевых групп населения»

[32]. В данных принципах содержится настоятельная рекомендация МСМ предусматривать возможность приема антиретровирусных препаратов в качестве дополнительного метода профилактики ВИЧ-инфекции (предконтактная профилактика) наряду с использованием презервативов. В случае правильного применения данная мера может снизить риск инфицирования ВИЧ до 92%. В связи с тем, что показатели ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, остаются высокими почти везде, срочно необходимо внедрение новых способов профилактики. Благодаря этой мере заболеваемость ВИЧ среди МСМ можно снизить на 20-25%, предотвратив тем самым до 1 млн. случаев новых инфекций в этой группе за десятилетие.

На наш взгляд, в Российской Федерации данная мера профилактики достаточно сложна в применении по нескольким причинам. ВИЧ-инфицированные пациенты при наличии показаний бесплатно получают их в Центре СПИД за счет государства. ВИЧ-отрицательным (?) представителям групп риска придется приобретать антиретровирусные препараты для проведения предконтактной профилактики. Антиретровирусные препараты имеют достаточно высокую стоимость и далеко не всегда доступны.

Заключение

Относясь к группе высокого риска инфицирования мужчины, предпочитающие гомосексуальные половые отношения, имеют разные рейтинги по ВИЧ-инфекции в западных и восточных странах. В России, в том числе и Санкт-Петербурге, ранее не проводились системные аналитические исследования, и представления о роли МСМ в развитии эпидемии базировались в основном на данных официальной статистической отчетности. По материалам проведенного нами анкетирования среди МСМ, независимого от ВИЧ-статуса, только половина опрошенных готовы сообщать о своих сексуальных предпочтениях медицинским работникам. Но даже по официальной отчет-

ности за последние годы наблюдается увеличение числа МСМ среди обследуемых контингентов почти в два раза. Генотипирование ВИЧ-1 в течение последних лет среди пациентов показало, что в группе МСМ превалирует субтип В и рекомбинантные формы вируса, почти не встречаемые у женщин. Предположительно, по данным генотипирования в популяции уже выявленных людей, живущих с ВИЧ, число МСМ составляет от 4,3 до 6%, что эквивалентно 2,5-3 тыс. человек. В кросс-секционном исследовании среди МСМ, посещающих гей-бары и гей-клубы, мы получили показатель выявляемости ВИЧ-инфекции 13%.

Анализ амбулаторных карт и анонимного анкетирования МСМ, наблюдающихся в Центре СПИД, свидетельствует о нескольких важных поведенческих и психологических причинах, способствующих развитию эпидемии в этой группе. К таким причинам можно отнести большое число случайных половых связей, незащищенные сексуальные практики, пренебрежение к опасности инфицирования ВИЧ. Выявленные тенденции и большая опасность переноса вируса при гомосексуальных контактах по сравнению с гетеросексуальными могут свидетельствовать о росте эпидемии ВИЧ среди МСМ в нашей стране на ближайшую перспективу.

Требуется системная исследовательская и профилактическая работа для ограничения эпидемии ВИЧ-инфекции в среде мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами или практикующих бисексуальные отношения, с учетом социальных, культуральных и экономических особенностей нашей страны. Важным аспектом является сотрудничество государственных организаций, оказывающих медицинскую помощь МСМ, и общественных структур, работающих с гей-сообществом. Разрабатываются и реализуются специальные образовательные программы по оказанию специализированной медицинской помощи МСМ, с учетом их поведенческих и психологических особенностей.

Литература

1. Report on the global AIDS epidemic—2010 / UNAIDS. — Geneva: UNAIDS, 2012. — 364 p. — URL: http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm. (дата обращения 18.07.2014 г.)
2. Beyrer C., Sullivan P., Sanchez J., Baral S.D., Collins C., Wirtz A.L., Altman D., Trapence G., Mayer K. The increase in global HIV epidemics in MSM // AIDS – 2013. – Vol. 27 (17). – p. 2665-2678.
3. Беляков Н.А., Розенталь В.В., Дементьева Н.Е., Виноградова Т.Н., Сизова Н.В. Моделирование и общие закономерности циркуляции субтипов и рекомбинантных форм ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2012.- Т. 4, № 2.- С. 7-18.
4. Розенталь В.В., Беляков Н.А., Рассохин В.В., Дубикайтис П.А. Подходы к определению оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных в популяции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2011.- Т. 3, № 3.- С. 7-12.
5. Вазкез де Парга Е., Рахманова А.Г., Перез-Альварес Л. Анализ мутаций, связанных с лекарственной резистентностью, у нелеченных пациентов, зараженных различными генетическими формами ВИЧ 1 типа, распространенными в странах бывшего Советского Союза // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2009.-Т.1, № 2.- С. 50-56.
6. Marlowe N., Swanson P., Fang L. Hezmayer V., Smith P., Bruce R., Kondrashova T. Genetic Characterization of Diverse HIV-1 Strains Circulating in Russia [Электронный ресурс] // 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. – San Francisco, 2010 - Poster 439. URL:<http://retroconference.org/2010/PDFs/439.pdf> (дата обращения 12.11.2011).
7. Дементьева Н.Е., Сизова Н.В., Лисицина З.Н., Маклакова В.А., Крутицкая Л.И., Беляков Н.А. Анализ субтипов и фармакорезистентных вариантов ВИЧ, циркулирующих среди ВИЧ-инфицированных пациентов Санкт-Петербурга // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2011.- Т. 3, № 4.- С. 34-43.
8. Казеннова Е.В., Лаповок И.А., Васильев А.В., Лага В.Ю., Грезина Л.А., Волова Л.Ю., Бобкова М.Р. Проблемы субтипирования ВИЧ-1 на основе анализа гена *pol* и способы их разрешения // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2010.- Т. 2, № 3.– С. 42-48.
9. Marlowe N., Swanson P., Fang L. Hezmayer V., Smith P., Bruce R., Kondrashova T. Genetic Characterization of Diverse HIV-1 Strains Circulating in Russia [Электронный ресурс] // 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. – San Francisco, 2010 - Poster 439. URL:<http://retroconference.org/2010/PDFs/439.pdf> (дата обращения 12.11.2011).
10. Baral S., Sifakis F., Cleghorn F., Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low and middle income countries 2000—2006 // PLoS Med.— 2007.—Vol. 4.—P. 219.
11. Виноградова Т.Н., Пантелеева О.В., Сизова Н.В. О.А. Клиценко, Ф.Вонг, И.В. Курмаев. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами с использованием саливационных экспресс-тестов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2014.- Т.6, №2. – С. 95-99.
12. Виноградова Т.Н., Сизова Т.Д., Бобрешова А.С., И.Г.Пискарев, И.А.Маслова. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин в сфере сексуальных услуг с использованием слюнных экспресс-тестов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2013.- Т. 5, № 2. – С. 112-116.

13. ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге: ВИЧ/СПИД — информационно-аналитический бюллетень / Под редакцией Н.А.Белякова и В.В. Рассохина.—СПб: Балтийский медицинский образовательный центр,— 2012/№ 1. — 80 с.
14. Первая национальная консультация «ВИЧ и мужчины, практикующие секс с мужчинами, в России». Отчет о консультации.— М.: Фонд menZDRAV, 2013.— 30 с.
15. Lau J.T., Wang M., Wong H.N., Tsui H.Y., Jia M., Cheng F., Zhang Y., Su X., Wang N. Prevalence of Bisexual Behaviors Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in China and Associations Between Condom Use in MSM and Heterosexual Behaviors // Sexually Transmitted Diseases. - 2008 – Vol. 35 - Issue 4 – pp. 406-413.
16. Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России статистического наблюдения за контингентами больных ВИЧ-инфекцией: Постановление Росстата от 09.01.2008 N 1 URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_63933 (дата обращения 23.07.2014 г.).
17. Виноградова Т.Н., Лисицина З.Н., Крутицкая Л.И., Ершова И.А., Маклакова В.А., Сизова Н.В., Дубикайтис П.А. Возможности и необходимость оптимизации скрининга населения на ВИЧ-инфекцию // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2012.- Т.4, №2. – С. 101-108.
18. Профилактика ВИЧ-инфекции: Методические рекомендации (МР 3.1.0087-14) / Роспотребнадзор. – М, 2014. – 50 с.
19. О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор): Постановление от 13.02.2012 № 16.— 2011 (http://rospotrebnadzor.ru/document/journal_content/56_INSTANCE_Zzk8/10156/1183143) (дата обращения 23.07.2014 г.).
20. Дворак С.И., Крыга Л.Н., Виноградова Т.Н., Сафонова П.В., Жолобов В.Е., Плавинский С.Л., Рассохин. Медико-социальные особенности «старения» эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – Т. 5, № 4. – С. 82-99.
21. Бобкова М.Р. Патофизиология ВИЧ-инфекции // Вирус иммунодефицита человека - медицина: руководство для врачей / Под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. — С. 43–70.
22. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень.— М.: ФНМЦ ПБ СПИД, 2011.- № 35.— 52 с.
23. Tebit D.M., Arts E.J. Tracking a century of global expansion and evolution of HIV to drive understanding and to combat disease // The Lancet Infectious Diseases. – 2011. – Vol.11 (1).– P. 45-56.
24. Montgomery J.P., Mokotoff E.D., Gentry A.C., Blair J.M. The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners // AIDS Care.– 2003. – Vol.15(6).– P. 829-837.
25. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в группах мужчин, практикующих секс с мужчинами, в Москве и Санкт-Петербурге. – ВОЗ, 2007. – 92 с.
26. Baral S., Sifakis F., Cleghorn F., Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low and middle income countries 2000–2006 // PLoS Med.— 2007.— Vol. 4.—P. 339.

27. Саранков Ю. Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами. – Киев: СПИД Фонд Восток-Запад, 2006 – 104 с.
28. Marcus U, Hickson F., Weatherburn P. Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009 // BMC Public Health. – 2013. – Vol. 13. – P. 919.
29. Cáceres C., Konda K., Pecheny M., Chatterjee A., Lyerla R. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries // Sex Transm Infect. – 2006. – Vol. 82 (Suppl 3): iii3–iii9.
30. Розенталь В.В., Беляков Н.А., Виноградова Т. Н., Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Сизова Н.В. Динамическая модель для описания и прогнозирования течения эпидемии ВИЧ-инфекции // Медицинский академический журнал - 2012. - Т. 12, № 1. - С. 95-101.
31. Хеймер Р., Миллс Х.Л., Уайт Э., Викерман П., Колийн К. Моделирование эпидемии вируса иммунодефицита человека в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 59-65.
32. Consolidated guidelines on hiv prevention, diagnosis, treatment and care for key populations / World Health Organization.— 2014.— 184 p.— URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1 (дата обращения 24.07.2014)

Коллектив авторов:

Виноградова Татьяна Николаевна — к.м.н. доцент кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова; зав. отделением Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;

Пантелеева Ольга Викторовна — зав. отделом эпидемиологии и статистики Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;

Дементьева Наталья Евгеньевна — к.м.н., н.с. отдела экологической физиологии Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины РАН, врач клинико-диагностической лаборатории Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;

Сизова Наталия Владимировна — к.м.н. доцент кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; зав. отделением Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Игорь Синельников, Валерий Созаев

«Что вы знаете о ВИЧ»:

результаты опроса геев, бисексуалов и других
мужчин, практикующих секс с мужчинами
(декабрь 2016 – январь 2017 гг.)

Опрос «Что вы знаете о ВИЧ?» проходил с 13 декабря 2016 г. по 16 января 2017 г. в рамках подготовки к Первой российской национальной конференции ВИЧ-сервисных организаций и ЛГБТ-движения.

В опросе приняло участие 1299 человек. Целевой группой опроса являлись геи, бисексуалы и другие мужчины, которые практикуют секс с мужчинами (МСМ), проживающие в России. Опрос проводился он-лайн на платформе google forms. Опрос носил анонимный характер. Информация об опросе распространялась через социальные сети Facebook (в том числе с помощью «контекстной рекламы»), Вконтакте (исключительно в дружественных группах, поскольку процесс согласования возможности контекстной рекламы в этой сети затянулся, и в конечном итоге от этого пути распространения информации об опросе пришлось отказаться), специализированные dating-сети qguys и hornet (мы благодарим представителей этих сетей за сотрудничество и возможность бесплатного распространения информации об опросе), также через многочисленные почтовые Интернет-рассылки различных ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организаций и инициативных групп, а также контекстная реклама в поисковике Google. Таким образом, выборка опроса носит случайный характер. Однако, важно учитывать, что результаты данного опроса не носят репрезентативный и исчерпывающий характер, но фиксируют представления и знания респондентов по теме опроса в конкретный период.

Неоспоримым фактом является то, что МСМ, в первую очередь геи и би-

сексуалы, несут не пропорционально большее бремя, связанное с эпидемией ВИЧ, являясь одной из ключевых групп как с точки зрения риска передачи ВИЧ-инфекции, так и с точки зрения необходимости профилактической работы¹. Для того, чтобы меры по снижению уровня эпидемии ВИЧ были эффективными рекомендуется использовать комплексный подход к профилактике ВИЧ². «В основе комплексной профилактики лежит анализ проблем в рамках рекомендации «Знай особенности своей эпидемии, знай ответные меры»³.

В то же время «знать свою эпидемию» для сообщества геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, достаточно проблематично. Проведение комплексных исследований среди МСМ, в том числе геев и бисексуалов, в России силами внешних, по отношению к сообществу специалистов (эпидемиологов, социологов) в настоящее время затруднено в силу закрытости данной группы по причине общего неблагоприятного социального фона: высокого уровня стигматизации-гомофобии⁴. В то же время негосударственные ВИЧ-сервисные организации сообщества, а также ЛГБТ-организации и инициативные группы также испытывают различные сложности в проведении подобных исследований. Одной из основных является то, что многие геи, бисексуалы и другие МСМ предпочитают не обращаться в эти организации, поскольку либо не готовы идентифицировать себя в качестве геев или бисексуалов, либо опасаются раскрытия информации о своей сексуальной ориентации.

1 См.: Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий, ЮНФПА, 2015; Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход, ВОЗ, 2014; Профилактика и лечение ВИЧ -инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения, ВОЗ, 2011.

2 «Комплексный подход к профилактике ВИЧ направлен на достижение максимального воздействия в плане предотвращения ВИЧ-инфекции за счёт сочетания поведенческих, биомедицинских и конструктивных стратегий, в основе которых лежат соблюдение прав человека и подтвержденная информация, в условиях хорошо исследованной и изученной локальной эпидемии». Руководство ЮНЭЙДС по терминологии 2015 г. с. 29.

3 Руководство ЮНЭЙДС по терминологии (октябрь 2011 г.), с. 8. Дополнительную информацию о программе «знай свою эпидемию», можно найти в: ЮНЭЙДС, Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ, 2007.

4 См. напр. "Невидимое меньшинство": к проблеме гомофобии в России / 05.05.2015. Левада-Центр // URL: <http://www.levada.ru/2015/05/05/nevidimoe-menshinstvo-k-probleme-gomofobii-v-rossii>

Тем не менее проведение исследований среди сообщества необходимо для того, чтобы можно было планировать адекватные меры в ответ на эпидемию ВИЧ среди данной группы. Именно эту цель преследовали авторы данного опроса. Опрос «Что вы знаете о ВИЧ?» задумывался как иллюстративный и исследовательский материал, необходимый для работы над Стратегией преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции среди МСМ/ЛГБТ/ТГ, а также актуализации проблемы для тех участников ЛГБТ-движения, которые до сих пор не осознали опасность роста эпидемии ВИЧ среди сообщества и игнорируют ее. Еще одна неочевидная задача опроса – информирование сообщества о заболевании и способах его избежать. Опросник был составлен оргкомитетом конференции при участии Экспертного совета по преодолению эпидемии ВИЧ среди МСМ/ЛГБТ в России. Опрос «Что вы знаете о ВИЧ?» включает в себя восемь разделов:

- 1. «Вы и информация о ВИЧ»** – посвящен процессу получения информации о ВИЧ-инфекции представителями сообщества.
- 2. «Вы, презервативы и лубриканты»** - посвящен осведомленности об основных средствах профилактики ВИЧ-инфекции.
- 3. «Вы и тест на ВИЧ»** - посвящен вопросам тестирования на ВИЧ-инфекцию, в том числе экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ.
- 4. «Вы и доконтактная профилактика»** - посвящен выявлению актуальности темы доконтактной профилактики для представителей сообщества.
- 5. «Вы и люди, живущие с ВИЧ»** - данный раздел исследует уровень стигматизации внутри сообщества людей, живущих с ВИЧ.
- 6. «Употребление психоактивных веществ»** - раздел, посвященный выявлению рисков передачи ВИЧ-инфекции в связи с использованием сообществом ПАВ.
- 7. «Если ВИЧ уже является частью вашей жизни»** - раздел только для респондентов, живущих с ВИЧ, посвященный выявлению уровня их внутренней стигмы, а также включенности в жизнь сообщества.
- 8. «Немного информации о Вас»** - раздел для сбора демографиче-

ской информации.

Демографические данные

Возрастное распределение респондентов (рис. 1).

Возрастное распределение респондентов оказалось относительно равномерным: 30,6% возрастная когорта от 31 до 40 лет; 23,8% – 18-25 лет; 20% – 26-30 лет; 17,9% – 41-50 лет. Менее представлены люди 51-60 лет – 5%; старше 61 года – 1,2%. Возможно, низкая представленность данных когорт связана с их более низкой представленностью в сети Интернет. Низкая (всего 1,5%) представленность респондентов до 18 лет может быть объяснима путями распространения информации об опросе. В то же время, группа до 18 лет не рассматривалась в качестве ключевой для получения информации.

Ваш возраст (1299 ответов)

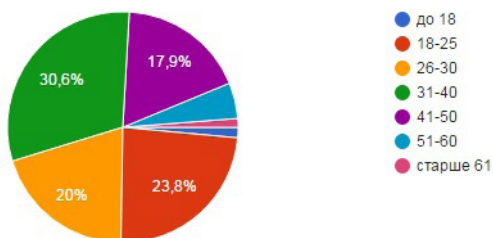


Рис 1. Ваш возраст

Место жительства (рис. 2).

Подавляющее большинство опрошенных респондентов проживают в столичных мегаполисах (Москва и Санкт-Петербург) – 61,4%. В городах с населением от 1 до 4 млн. человек проживает 13,5% респондентов. 11,2% респондентов проживает в городах с населением от 100 до 500 тыс. 7,2% опрошенных ответили, что проживают в населенных пунктах с населением меньше 100 тыс. человек. 6,8% опрошенных проживают в городах с насе-

лением от 500 тыс. до 1 млн. человек. Подобный разброс может, с одной стороны, свидетельствовать в пользу гипотезы о том, что Москва и Санкт-Петербург являются миграционными центрами для геев, бисексуалов и других МСМ. Однако её подтверждение требует отдельного исследования. Также это может свидетельствовать и о различном уровне открытости, который отличается у представителей данного сообщества в крупных мегаполисах и в городах с меньшим количеством населения. Третья гипотеза может быть связана с различным уровнем доступа к сети Интернет представителей сообщества, а также с теми путями распространения информации об опросе, которые были выбраны (очевидно, что в целом по России социальной сетью Facebook пользуется меньшее число пользователей, чем, например, ВКонтакте).

Вы живёте в (1299 ответов)

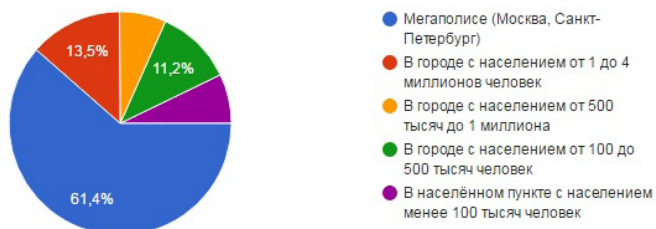


Рис. 2. Место жительства

Сексуальная ориентация (рис. 3).

Распределение респондентов по признаку сексуальной ориентации следующее: 75,9% респондентов выбрали вариант «гей», 18,9% выбрали вариант «бисексуал», 4% выбрали вариант «гетеросексуал, вступающий в сексуальные отношения с другими мужчинами», 1,2% выбрали вариант «Другое».

Ваша сексуальная ориентация? (1299 ответов)

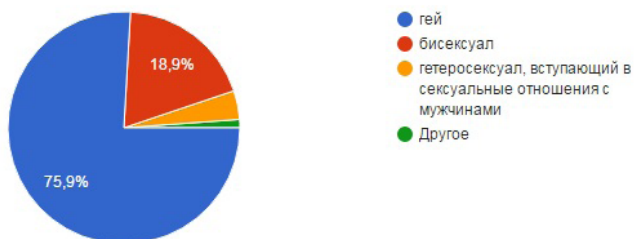


Рис. 3. Ваша сексуальная ориентация?

Статус поло-гендерной идентичности (рис. 4).

На вопрос о статусе поло-гендерной идентичности 5,1% респондентов выбрали вариант «трансгендерная (пол, приписанный при рождении, отличается от гендерной идентичности)». В абсолютных цифрах число данных респондентов составило 66 человек. 94,9% респондентов выбрали вариант «цисгендерная (пол, приписанный при рождении, совпадает с гендерной идентичностью)».

Статус Вашей поло-гендерной идентичности? (1299 ответов)



Рис. 4. Статус поло-гендерной идентичности

ВИЧ-статус

Понимание реального распространения ВИЧ-инфекции среди геев, бисексуалов и других МСМ является необходимым шагом к тому, чтобы понять реальные потребности сообщества в тех или иных действиях, которые были бы адресованы именно представителям сообщества, живущим с ВИЧ. Среди тех, кто проходил данный опрос, именно на этот вопрос 15,5% ответили, что они живут с ВИЧ. При этом при ответах на другие вопросы, там, где требовалось указать свой ВИЧ-статус, процент респондентов, кто указывал свой положительный статус варьировался от 10,5% до 18,7%. Это вписывается в экспертные оценки, которые говорят о том, что уровень эпидемии среди геев, бисексуалов и других МСМ в России варьируется в пределах 15%-25%. Если проанализировать другие варианты ответа на этот вопрос, то можно предполагать, что какая-то часть респондентов, которая выбрала ответ, что у них ВИЧ-отрицательный статус просто могут не знать о своём положительном статусе ввиду того, что они, например, никогда не проходили тест на ВИЧ (6,4%), либо сдавали тест более года назад (18,9%), либо сдавали тест в течение последнего года (18%) и могли в тот момент находиться в «периоде окна», либо могли получить ВИЧ-инфекцию уже в течение последнего года, после того как они сдавали тест в последний раз. То же самое может относиться и к тем, кто проходил тест в течение последних шести месяцев (34,9%). При этом 5,6% опрошенных выбрали вариант, что они не знают о своём ВИЧ-статусе и никогда не проходили тест на ВИЧ (см. рис 5.). Таким образом, результаты ответа на данный вопрос демонстрируют необходимость популяризации в сообществе стратегии «Рассматривай каждого партнёра как потенциального носителя ВИЧ и предпринимай соответствующие меры предосторожности».

Ваш ВИЧ-статус? (1299 ответов)



Рис. 5. Ваш ВИЧ статус?

Раздел 1. Вы и информация о ВИЧ

На вопрос «Где вы получаете информацию о ВИЧ?» 34,5% опрошенных выбрали вариант «читаю медицинскую литературу и периодику». С одной стороны, не исключено, что действительно, так и есть. С другой -- остаётся открытым вопрос, что именно респонденты понимают под «специализированной медицинской литературой и периодикой», и он требует отдельного рассмотрения. Более реалистичные цифры были получены по другим вариантам ответа на этот вопрос: 34,5% получают информацию о ВИЧ через социальные сети, 30,8% через случайные сайты. Безусловно, в данном случае остаётся открытым вопрос о качестве этой информации. Среди специализированных сайтов, посвящённых вопросам ВИЧ лидирует сайт spid.center (21,2%). Вариант «другие специализированные сайты» выбрали 20,6% опрошенных. В данном случае, также не понятно, какие именно это сайты. Непосредственно сайты, которые направлены на геев, бисексуалов и других МСМ пользуются меньшей популярностью: gay.ru – 10,2%, pamplus.com – 9,2%. Сайты местных ЛГБТ или ВИЧ-сервисных организаций пользуются ещё меньшей популярностью – всего 5,7% опрошенных выбрали этот вариант. Точно также специализированные просветительские мероприятия в ВИЧ-сервисных организациях не пользуются большим спросом у респондентов – их посещает всего 5,6%. В то же время 9,8% опрошенных ответили, что их вообще не интересует информация о ВИЧ (см. рис. 6). Таким образом, можно говорить о том, что геи, бисексуалы и другие МСМ, респонденты данного опроса, не охватываются в полной мере имеющимися для них информационными сервисами. Причины этого и то, как это можно преодолеть – тема для отдельного исследования.

Где Вы получаете информацию о ВИЧ? (1299 ответов)

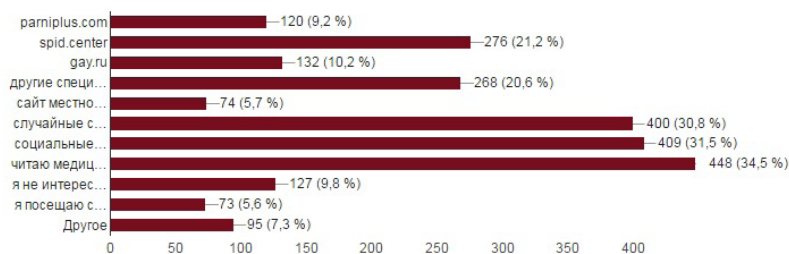


Рис. 6. Где вы получаете информацию о ВИЧ?

Следующий вопрос касался доступа к услугам ВИЧ-сервисных организаций, а именно удобства получения презервативов, лубрикантов в местных ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организациях, а также прохождения тестирования на ВИЧ на их базе. Больше половины респондентов ответили, что им было бы удобно пользоваться услугами специализированных организаций, однако доступ к таковым имеется лишь у 33,1% респондентов, которые ответили «Да, у нас есть такая в городе». 25,5% опрошенных были бы рады получать услуги в ВИЧ-сервисных или ЛГБТ организациях, но в их городе таковых не имеется. 35,7% респондентов не обратились бы в такую организацию, независимо от того, есть она у них в городе или нет. 5,7% выбрали ответ «Другое». Таким образом, очевидно, что даже в тех случаях, когда в городе работает ЛГБТ/ВИЧ-сервисная организация не очевидно, что её работа будет достигать геев, бисексуалов и других МСМ. Одна из причин этого, очевидно, закрытость этой группы, нежелание обращаться в подобную организацию, чтобы не раскрыть статус своей сексуальной ориентации. Вероятно, существуют и другие причины, но они требуют дополнительного изучения. Также было бы интересно проанализировать сколько респондентов, в городах которых есть ЛГБТ/ВИЧ-сервисные организации, не обращаются в них (хотя хотели бы) по причине того, что не знают о работе этих организаций. И третий, очевидный, вывод: в тех регионах, где нет ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организаций их появление могло бы способствовать значимому воздействию на распространённость ВИЧ-инфекции, поскольку целевая группа благополучателей для этих организаций там уже существует (см. рис. 7).

Было бы Вам удобно получать информацию о ВИЧ/ИППП, презервативы, лубриканты, проходить ВИЧ-тест в местной ЛГБТ/ВИЧ-сервисной организации?

(1299 ответов)



Рис.7. Услуги ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организаций

Прицельный вопрос, получают ли респонденты услуги в ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организациях частично подтверждает результаты предыдущего вопроса и уточняет его. Так, подобными услугами тестирования, получения презервативов и лубрикантов пользуются только 18,4% опрошенных, в то время как 28,9% опять же сообщают, что в их городе таких организаций нет, и соответственно нет возможности для подобной помощи. 52,7% сообщают, что не ходят в подобные организации. Результаты ответа на этот вопрос особенно интересны, если принять во внимание тот факт, что 61,4% опрошенных проживают в Москве и Санкт-Петербурге, в которых есть несколько различных ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организаций. Иными словами, это опять возвращает нас к вопросу о том, почему представители сообщества не желают обращаться в существующие организации, что ещё кроме внешней и внутренней стигмы является барьерами для этого (см. рис. 8).

Получаете ли Вы информацию о ВИЧ/ИППП, презервативы, лубриканты, возможность тестирования в местной ЛГБТ/ВИЧ-сервисной организации?

(1299 ответов)

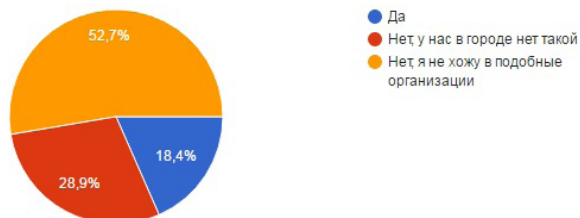


Рис. 8. Получаете ли вы услуги в ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организациях?

Беспокоит, что больше трети респондентов (33,6%) не знают, где получить помощь, поддержку и лечение, если у них обнаружится ВИЧ-инфекция. С одной стороны, это может свидетельствовать о том, что эти респонденты живут в тех регионах, где нет ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организаций, с другой стороны -- о том, что если они живут в тех регионах, где такие организации есть, они могут не знать об их работе, с третьей стороны, это может свидетельствовать о том, что эти респонденты не задумывались о собственных рисках получения ВИЧ-инфекции и, как следствие, дальнейших

шагах в случае постановки диагноза. Однако больше половины респондентов (53%) сообщили, что они знают, где можно получить помощь и поддержку. Еще 10,2% ответили, что они уже живут с ВИЧ и получают услуги в связи с уходом по ВИЧ. 1,5% также живут с ВИЧ, но по тем или иным причинам помощь, поддержку и лечение они не получают. 1,7% выбрали ответ «Другое» (см. рис. 9).

Знаете ли Вы, где получить помощь, поддержку и лечение, если Вы узнаете, что у Вас ВИЧ?

(1299 ответов)



Рис. 9. Знаете ли Вы, где получить помощь, поддержку и лечение, если вы узнаете, что у Вас ВИЧ?

Наконец, при ответе на вопрос «Обратитесь ли Вы в ЛГБТ/ВИЧ-сервисную организацию, если узнаете, что у Вас ВИЧ?» 36,7% респондентов ответили утвердительно. В то же время больше половины человек либо не знают (27,1%), либо готовы обращаться только в государственные СПИД-центры 24,6%. Еще 1,5% никуда обращаться не будут. Что касается людей, которые уже живут с ВИЧ, 3,1% от общего числа ответивших, уже получают помощь и поддержку в ЛГБТ/ВИЧ-сервисной организации и 5,5%, соответственно, не получают такую помощь. 1,4% выбрали ответ «Другое» (см. рис. 10). Таким образом, результаты ответа и на этот вопрос возвращают нас к проблеме взаимодействия представителей сообщества с ЛГБТ/ВИЧ-сервисными организациями, информированности об их существовании и работе, доверия им.

Обратитесь ли Вы в ЛГБТ/ВИЧ-сервисную организацию, если узнаете, что у Вас ВИЧ?

(1299 ответов)



Рис. 10. Обратитесь ли Вы в ЛГБТ/ВИЧ-сервисную организацию, если узнаете, что у Вас ВИЧ?

Раздел 2. Вы, презервативы и лубриканты

Второй раздел опросника посвящен сексуальному поведению геев, бисексуалов и других МСМ, а именно практике использования презервативов и лубрикантов при анальном контакте.

Половина опрошенных (50,7%) не считают для себя возможным анальный секс без использования презерватива. 27,1% используют презервативы нерегулярно, но стремятся к этому. 17,1% пользуются презервативами от случая к случаю. 5,1% никогда не использует презервативы (см. рис. 11).

Вы используете презервативы при каждом анальном контакте?

(1299 ответов)



Рис. 11. Вы используете презервативы при каждом анальном контакте?

Процент опрошенных, использующих лубриканты в обязательном по-

рядке был существенно выше – 65,6%. Также меньшее число ответило, что используют лубриканты нерегулярно, но стремятся к этому – 17,3%. Используют лубриканты от случая к случаю 9,7% респондентов. 7,4% никогда не используют лубриканты при анальном контакте (см. рис.12).

Вы используете лубриканты при каждом анальном контакте?

(1299 ответов)



Рис. 12. Вы используете лубриканты при каждом анальном контакте?

Очевидно, что на основании только этих двух вопросов делать какие-либо далеко идущие выводы о сексуальном поведении геев, бисексуалов и других МСМ не представляется возможным. В частности, не понятна мотивация тех, кто не использует презервативы и лубриканты: в силу каких причин они сделали подобный выбор. Также непонятна причина тех, кто использует презерватив от случая к случаю – это требует дополнительного изучения.

Раздел 3. Вы и тест на ВИЧ

Третий раздел посвящен охвату тестирования на ВИЧ геев, бисексуалов и других МСМ. Данные опроса здесь более дифференцированы. 38% респондентов сдают тест на ВИЧ нерегулярно, либо не сдавали никогда: 10,9% - никогда, 13,8% - когда-то давно, 13,3% - сдают тест нерегулярно, время от времени. 19,2% проходят тест раз в год и 27,4% тестируются каждые полгода. 12,9% человек ответили, что уже живут с ВИЧ и значит им не нужно проходить тест. (см. рис. 13)

Как давно Вы проходили тест на ВИЧ? (1299 ответов)



Рис. 13. Как давно вы проходили тест на ВИЧ?

Следующий вопрос касался условий прохождения тестирования: «Где Вам удобно проходить тест на ВИЧ?». Лишь 15,3% респондентов предпочитают сдавать тест в ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организациях. В основном принявшие участие в опросе геи, бисексуалы и другие МСМ посещают государственные СПИД-центры (или иные государственные медицинские учреждения) (31%) и частные клиники (29,6%). Охват самотестированием мал и составляет 6,9% респондентов, которые готовы покупать наборы для самотестирования в аптеке и 5,9%, которые берут тесты в ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организациях. Опять же, 11,5% человек ответили, что уже живут с ВИЧ. 2,2% выбрали ответ «Другое» (см. рис. 14). Иными словами, очевидно, что даже в тех городах, в частности Москве и Снкт-Петербурге, где в ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организациях можно пройти экспресс-тест на антитела к ВИЧ, представители сообщества не используют эту услугу в полной мере. Остаётся только предполагать, почему. В то же время незначительный процент пользующийся услугами самотестирования, может быть обусловлен тем, что это сравнительно недавняя для сообщества услуга, и информация о ней ещё не получила широкого распространения в сообществе.

Где Вам удобно проходить тест на ВИЧ? (1299 ответов)



Рис. 14. Где Вам удобно проходить тест на ВИЧ?

Раздел 4. Вы и доконтактная профилактика.

Четвертый раздел посвящен вопросам доконтактной профилактики. Дано пояснение, что это означает. Учитывается недоступность доконтактной профилактики в России и ее высокая стоимость, поэтому вопрос носит информативный и гипотетический характер и звучит следующим образом – «Было бы Вам интересно получать доконтактную профилактику?»

30,4% респондентов ответили «Да», что им было бы интересно получать доконтактную профилактику в том случае, если бы она предоставлялась государством бесплатно. 21,2% человек готовы ее принимать, если бы она недорого стоила. 15,6% человек признались, что недостаточно об этом знают. 7,9% не хотят принимать ДКП. 11,6% не задумывались и 12,9% уже живут с ВИЧ. На вопрос, кто уже принимает ДКП за свой счет, ни один из респондентов не ответил утвердительно (см. рис. 15).

Было бы Вам интересно получать доконтактную профилактику?
(1299 ответов)



Рис. 15. Было бы Вам интересно получать доконтактную профилактику?

Раздел 5. Вы и люди, живущие с ВИЧ.

Люди, живущие с ВИЧ, по-прежнему подвергаются дискриминации, так как у общества недостаточно знаний о протекании заболевания, путях передачи, защите и контагиозности ВИЧ-инфекции. Современными знаниями о ВИЧ обладает относительно небольшое количество населения. Данный раздел опросника исследует уровень стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ, и отношение к ним внутри сообщества геев, бисексуалов и других МСМ.

Первый вопрос раздела касался открытости ВИЧ-позитивных людей внутри сообщества и был сформулирован как «Есть ли у вас знакомые люди, живущие с ВИЧ?» 40,3% респондентов ответили, что они «просто знают такого человека», у 29,1% ответивших на опрос, есть друг, живущий с ВИЧ, 6,3% опрошенных ответили, что ВИЧ-позитивным является их партнёр, 4,2% от ответивших сообщают, что у них есть коллега с положительным ВИЧ-статусом, 1,5% респондентов сообщают, что люди, живущие с ВИЧ, являются членами их семей. 13,7% респондентов ответили, что они сами живут с ВИЧ. 33% респондентов не знают никого, кто бы жил с ВИЧ. 2,5% человек выбрали ответ «Другое». Таким образом, можно говорить о том, что более чем 50% респондентов, геев, бисексуалов и других МСМ, знают людей живущих с ВИЧ в своём окружении (см. рис. 16).

Есть ли у вас знакомые люди, живущие с ВИЧ? (1299 ответов)

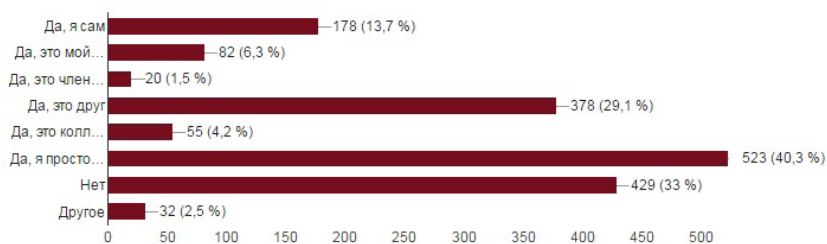


Рис. 16. Есть ли у вас знакомые люди, живущие с ВИЧ?

«Если Ваш друг или знакомый скажет Вам о своем положительном ВИЧ-статусе, как изменятся ваши отношения?» На этот вопрос больше полови-

ны респондентов (52,7%) сообщают, что их отношения никак не изменятся. 31,3% опрошенных сообщили, что будут больше беспокоиться о его здоровье. 8,8% человек говорят, что будут больше ему сочувствовать. 3,5% респондентов ответили, что они отстранятся, потому что им сложно будет продолжать общение. 0,8% опрошенных говорят, что им будет неприятно общаться со своим знакомым, который сообщит им о своём положительном статусе. 0,7% - перестанет общаться. 2,2% выбрали ответ «Другое». Таким образом, радикальную стигматизирующую реакцию готовы продемонстрировать 5% опрошенных (см. рис. 17).

Если Ваш друг или знакомый скажет Вам о своём положительном ВИЧ-статусе, то как изменятся Ваши отношения?

(1299 ответов)

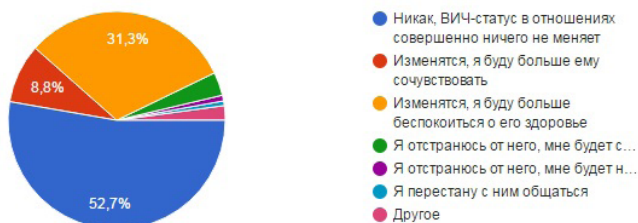


Рис. 17. Если ваш друг или знакомый скажет Вам о своём положительном ВИЧ-статусе, как изменятся Ваши отношения?

Единственный вопрос, на который ответило 1296 человек вместо 1299, касался возможности сексуальных отношений с ВИЧ-положительным человеком (это было связано с ошибкой в настройках опроса – какое-то время этот вопрос оставался в статусе «необязательного для ответа»). Среди тех, кто вступил бы в сексуальный контакт с использованием презерватива – 29,8% опрошенных. 20,7% респондентов заявили, что они бы вступили в сексуальные отношения, если бы человек с положительным ВИЧ-статусом принимал терапию, и его вирусная нагрузка не определяется. 3,2% респондентов использовали практику стратегического позиционирования, то есть они предпочли бы быть только в активной роли. 0,6% респондентов ответили «Да, мне всё равно, я не верю в ВИЧ». 0,5% принимают ДКП, и они

бы вступили в сексуальный контакт. 16,2% - не уверены в своём решении, они выбрали вариант «Возможно». 9,9% респондентов ранее об этом не задумывалось. 10,5% ответили, что они сами живут с ВИЧ. Не стали бы вступать в сексуальные отношения с ВИЧ-положительным человеком 36,7% опрошенных (см. рис. 18).

Вступили бы Вы в сексуальный контакт, зная, что у Вашего сексуального партнёра ВИЧ?

(1296 ответов)

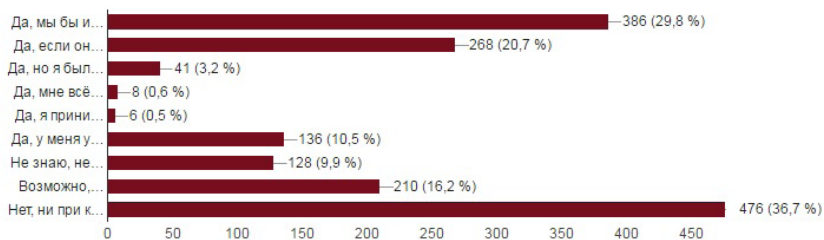


Рис. 18. Вступили бы Вы в сексуальный контакт, зная, что у Вашего сексуального партнера ВИЧ?

Последний вопрос раздела касался долгосрочных отношений с человеком, живущим с ВИЧ: «Стали бы Вы строить отношения с человеком, живущим с ВИЧ?». 30,3% респондентов затруднилась дать какой-либо ответ на этот вопрос. Не стали бы строить отношения с ВИЧ-положительным человеком почти 33% опрошенных. Из них: 27,1% ВИЧ-отрицательны, 5% не знают своего ВИЧ-статуса, 0,8% сами живут с ВИЧ. В то же время, почти 37% опрошенных стали бы строить отношения с партнёром, у которого ВИЧ. Из них: 18,3% с отрицательным ВИЧ-статусом, 4,3% не знают своего ВИЧ-статуса, 14,2% сами живут с ВИЧ (см. рис. 19).

Стали бы Вы строить отношения с человеком, живущим с ВИЧ?

(1299 ответов)

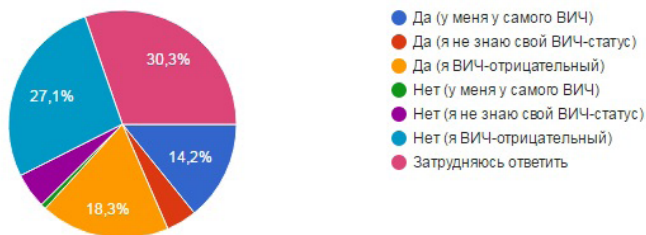


Рис. 19. Стали бы Вы строить отношения с человеком, живущим с ВИЧ?

Таким образом, очевидно, что в сообществе геев, бисексуалов и других МСМ уровень стигмы в отношении людей, с положительным ВИЧ-статусом находится на достаточно высоком уровне. С одной стороны, когда речь касается дружеских отношений, положительный ВИЧ-статус друга, скорее всего, никак на отношениях не скажется. Однако, когда дело касается сексуальных и партнёрских отношений, то уровень стигмы стремительно возрастает: в случае сексуальных отношений практически до 40%, в случае партнёрских отношений до 33%. Данная тенденция не может не вызывать беспокойство и требует продумывания и разработки ответных мер по снижению стигмы.

Раздел 6. Употребление психоактивных веществ.

Употребление психоактивных веществ увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией. В шестом разделе опроса мы постарались выяснить, каков опыт наших респондентов употребления ПАВ и алкоголя при сексуальных контактах.

Больше половины респондентов (59,1%) ответили, что у них был опыт сексуальных контактов в состоянии алкогольного опьянения. 29,6% респондентов использовали при сексуальных контактах попперсы. 11,6% употребляли неинъекционные наркотики при сексуальных контактах, 1,5% использовали инъекционные наркотики при сексуальных контактах. 31,6%

не имеют опыта употребления ПАВ при сексуальных контактах. Таким образом, на данный момент можно констатировать, что алкоголь может являться одним из определяющих факторов для рискованного сексуального поведения. В то же время, употребление других ПАВ, в особенности попперса, также может быть существенным фактором риска (см. рис. 20).

Опыт употребления психоактивных веществ и алкоголя при сексуальных контактах

(1299 ответов)

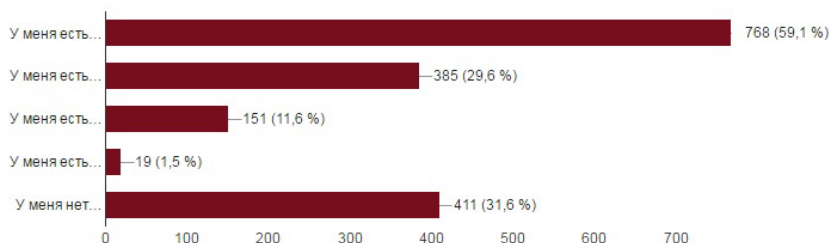


Рис. 20. Опыт употребления психоактивных веществ и алкоголя при сексуальных контактах

Раздел 7. Если ВИЧ уже является частью Вашей жизни.

Седьмой раздел посвящен жизни людей с ВИЧ, их самоощущению и включенности в сообщество. Так как в рамках опроса мы не делили ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных респондентов, то в этом разделе мы исключили ответы людей с отрицательным ВИЧ-статусом и провели перерасчет.

На вопрос «Скрываете ли Вы от кого-нибудь свой ВИЧ-статус?», 15% респондентов сообщают, что никому не говорят о том, что они живут с ВИЧ. 34% сообщают о своём ВИЧ-статусе только самым близким людям. 47% выбрали вариант «некоторое количество людей знает, что я живу с ВИЧ, но всем об этом знать не нужно». Лишь 4% респондентов полностью открыты как люди, живущие с ВИЧ. Таким образом, ответы на данный вопрос показывают на достаточно высокий уровень внутренней стигмы и закрытости геев, бисексуалов и других МСМ, живущих с ВИЧ (см. рис. 21).



Рис. 21. Скрываете ли Вы свой ВИЧ-статус от кого-либо?

70% респондентов с положительным ВИЧ-статусом признают, что им стало сложнее общаться с другими людьми, искать сексуальных партнеров, строить отношения. Напротив, 30% говорят, что ВИЧ-статус никак на это не повлиял. Эти результаты подтверждают выводы о крайне высоком уровне стигмы в сообществе по отношению к людям, живущим с ВИЧ, и самостигмы у них (см. рис. 22).



Рис. 22. По Вашим ощущениям, после того, как Вы узнали свой ВИЧ-статус, стало ли Вам сложнее общаться с другими людьми, находить сексуальных партнеров, строить отношения?

Наконец, последний вопрос «Сталкивались ли Вы с негативной реакцией со стороны других геев, бисексуалов, гетеросексуалов, практикующих секс с мужчинами, если они узнавали о Вашем ВИЧ-статусе?» также подтвердил высокий уровень самостигмы и, следовательно, стресса, связанного с этим, среди ВИЧ-положительных геев, бисексуалов и других МСМ. Единожды с негативной реакцией сталкивались только 5% респондентов, живущих с ВИЧ. 38% опрошенных сообщают, что сталкивались с подобной реакцией несколько раз. У 34% респондентов такого опыта не было, поскольку они никому не сообщают о своем ВИЧ-статусе. И 24% говорят, что их окружают понимающие люди (см. рис. 23).



Рис. 23. Сталкивались ли Вы с негативной реакцией со стороны других геев, бисексуалов и гетеросексуалов, практикующих секс мужчинами, если они узнавали о Вашем ВИЧ-статусе?

Выводы

1. Уровень распространённости ВИЧ среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, принявших участие в данном опросе, колеблется от 10,5% до 18,7%, но не менее 15,5%. Это свидетельствует о наличии концентрированной эпидемии в данной группе населения.
2. Основными источниками информации о ВИЧ для респондентов – геев, бисексуалов и других МСМ – являются источники, в качестве которых могут быть сомнения (социальные сети, случайные сайты) – практически треть респондентов.
3. Весьма ограниченное число респондентов (около 10%) – геев, бисексуалов и других МСМ – получают информацию о ВИЧ на специально созданных для них информационных ресурсах. Данные ресурсы не охватывают свою целевую аудиторию в полной мере.
4. При этом уровень знаний респондентов о том, где получить помощь, поддержку и лечение, если у них обнаружится ВИЧ-инфекция, является недостаточным и вызывает беспокойство.
5. Специализированные просветительские мероприятия по вопросам ВИЧ в ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организациях пользуются у респондентов крайне низким спросом (всего 5,6% респондентов ответили, что они посещают подобные мероприятия).
6. В тех регионах, где есть ЛГБТ/ВИЧ-сервисные организации, значительная часть сообщества не обращается в эти организации за услугами и, вероятно, даже может не знать о существовании этих организаций. Выяснение причин данной ситуации могло бы стать темой отдельного исследования.
7. В тех регионах, где нет ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организаций их появление могло бы способствовать значимому воздействию на распространённость ВИЧ-инфекции, поскольку целевая группа благополучателей для этих организаций там уже существует: им было бы удобно в них обращаться за информацией, презервати-

вами, лубрикантами, проходить там тестирование на ВИЧ.

8. На данный момент существует значительное пространство для роста в сфере развития приверженности безопасному сексуальному поведению (в частности, использование презервативов и лубрикантов при каждом сексуальном контакте) среди представителей сообщества.

9. Уровень регулярного тестирования на ВИЧ среди геев, бисексуалов и других МСМ, принявших участие в опросе, является неудовлетворительным с точки зрения вовлечённости в тестирование представителей ключевых групп по рекомендациям ВОЗ.

10. Представители сообщества не пользуются услугой прохождения экспресс-теста на антитела к ВИЧ в ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организациях в полной мере, отдавая предпочтение государственным медицинским центрам, а также платным клиникам. Нет уверенности, что представители сообщества получают там в необходимой мере дотестовое и послетестовое консультирование, релевантное им именно как представителям сообщества.

11. В целом респонденты заинтересованы в доконтактной профилактике, но об этой форме профилактики у сообщества по-прежнему не очень много достоверной информации.

12. В сообществе геев, бисексуалов и других МСМ уровень стигмы в отношении людей, с положительным ВИЧ-статусом находится на достаточно высоком уровне. С одной стороны, когда речь касается дружеских отношений положительный ВИЧ-статус друга, скорее всего, никак на отношениях не скажется. Однако, когда дело касается сексуальных и партнёрских отношений, то уровень стигмы стремительно возрастает: в случае сексуальных отношений практически до 40%, в случае партнёрских отношений до 33%. 43% геев, бисексуалов и других МСМ, с положительным ВИЧ-статусом, свидетельствуют о том, что они, после того как информация об их ВИЧ-статусе становилась известной, сталкивались с негативной реакцией со стороны других представителей сообщества.

13. Алкоголь может являться одним из определяющих факторов для рискованного сексуального поведения в сообществе (свыше 50% сообщили об опыте сексуальных отношений в состоянии алкогольного опьянения). В то же время, употребление других психоактивных веществ, в особенности поппера, также может быть существенным фактором рискованных сексуальных практик в сообществе.

14. Геи, бисексуалы и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами обладают крайне высоким уровнем внутренней стигмы в связи со своим ВИЧ-статусом: многие из них не открывают свой ВИЧ-статус никому (15%-33%), большинство свидетельствует, что по их ощущениям им стало сложнее общаться с другими людьми, искать сексуальных партнёров, строить отношения (70%).

Рекомендации

1. Провести комплексное исследование распространённости ВИЧ среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, принадлежащим к разным подгруппам сообщества, проживающих в различных регионах России.

2. Необходимо провести исследование в разных группах MSM об их уровне информированности по вопросам ВИЧ-инфекции и безопасного сексуального поведения. ЛГБТ/ВИЧ-сервисным организациям необходимо усилить распространение своей информации в социальных сетях, а также продвижение своей информации в поисковых системах, чтобы она оказывалась в топе, полученным пользователем в результате поиска.

3. Специализированным ресурсам необходимо заняться продвижением своих материалов в сети Интернет, чтобы они достигали целевую группу. Необходимо провести исследование, почему специализированные сайты не являются для представителей сообщества привлекательным источником информации.

4. ЛГБТ/ВИЧ-сервисным организациям необходимо увеличить види-

мость информации для представителей сообщества о том, где они могут получить помощь, поддержку и лечение, если у них обнаружится ВИЧ-инфекция.

5. ЛГБТ/ВИЧ-сервисным организациям необходимо изучить, почему их специализированные просветительские мероприятия по вопросам ВИЧ пользуются у респондентов крайне низким спросом, и после изучения этого вопроса внести соответствующие изменения в свою работу.

6. В тех регионах, где есть ЛГБТ/ВИЧ-сервисные организации, необходимо провести исследование причин и барьеров, которые стоят перед представителями сообщества для обращения в эти организации за услугами. После изучения этого вопроса внести соответствующие изменения в свою работу.

7. Национальным и другим сильным и устойчивым ЛГБТ/ВИЧ-сервисным организациям оказывать содействие активистам и инициативам в тех регионах, где ещё не ведутся работы по профилактике ВИЧ среди сообщества, но где активисты готовы этим заниматься. Создавать условия для того, чтобы в тех регионах, где у активистов и представителей сообщества ещё нет понимания важности этой работы, такое понимание начинало складываться.

8. Провести комплексное поведенческое исследование различных групп МСМ, в том числе по поводу отсутствия приверженности безопасному сексуальному поведению.

9. Провести исследование отсутствия приверженности тестирования на ВИЧ в различных группах МСМ.

10. Провести исследование причин невысокой привлекательности услуги прохождения экспресс-теста на антитела к ВИЧ в ЛГБТ/ВИЧ-сервисных организациях. После изучения этого вопроса внести соответствующие изменения в свою работу. В качестве одного из конкурентных преимуществ подчёркивать наличие квалифицированного до и послетестового консультирования.

11. Предоставить сообществу больше проверенной информации о доконтактной профилактике. Вести работу по включению доконтактной профилактики в минимальный пакет, предоставляемый представителям ключевых групп.
12. Провести исследование причин спидофобии и стигмы в отношении ВИЧ-положительных геев, бисексуалов и других МСМ в сообществе. Продумать и реализовать комплекс мер по снижению спидофобии и стигмы с ВИЧ-положительных геев, бисексуалов и других МСМ.
13. Включить в профилактические программы элементы программ снижения вреда для потребителей ПАВ. В деятельность организаций включить услуги по профилактике и преодолению поведения, зависящего от алкоголя и ПАВ.
14. Провести исследование причин внутренней стигмы в связи со своим ВИЧ-статусом среди ВИЧ-положительных геев, бисексуалов и других МСМ. Продумать и реализовать комплекс мер по снижению самостигмы у ВИЧ-положительных геев, бисексуалов и других МСМ.

Мария Болтаева, Советник по правам человека и гендерному равенству Группы региональной поддержки ЮНЭЙДС для стран Европы и Центральной Азии

Роль и возможности ЛГБТ-сообщества в стратегии ускорения ответа на ВИЧ

ЮНЭЙДС продолжает рассматривать популяцию мужчин, имеющих секс с мужчинами, и популяцию транссексуалов как ключевые группы населения, подверженные высокому риску, а сообщество ЛГБТ в целом как основных партнеров в ответных мерах на ВИЧ-инфекцию.

Роль ЛГБТ-сообщества в достижении целей по окончанию СПИДа высоко оценивается ЮНЭЙДС, прежде всего в таких аспектах как:

- Адвокация и продвижение подходов «Fast-track – Ускорение ответа на ВИЧ», предложенных ЮНЭЙДС в стратегии на 2016-2021 гг., для ликвидации СПИДа как угрозы общественному здравоохранению к 2030 г.

ЛГБТ- это одно из первых сообществ, которое совместно с ЮНЭЙДС и другими партнерами создало в январе 2016 г. Глобальную платформу по продвижению данной стратегии среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами. Задачей данной платформы является предоставление агентствам ООН и другим партнерам стратегического видения по нуждам, приоритетам и программам для данной группы, чтобы обеспечить полноценный доступ к услугам и снижение новых случаев в данной популяции.

- Реализация проектов по обеспечению доступа к услугам по ВИЧ среди сообщества, особенно в труднодоступных группах населения.
- Внедрение инновационных подходов к профилактике и лечению ВИЧ.

- Сбор стратегической информации и данных, мониторинг и оценка программ.
- Адвокация и продвижение прав человека, и противостояние стигме и дискриминации, гендерному насилию. Так, по призыву Некоммерческих организаций (НКО) Совет по правам человека ООН 1 –го июля 2016 г. создал пост независимого эксперта по защите против насилия, основанного на сексуальной ориентации и гендерной идентичности, таким образом, создав первый в мире глобальный механизм, специально предназначенный для защиты прав человека ЛГБТ-сообщества.

По данным Глобальной системы отчетности ЮНЭЙДС (GARPR, 2015) процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами и живущих с ВИЧ, в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), в частности в странах пост-советского пространства, составляет от 1,2% до 12,96 % в зависимости от страны. Во многих странах отмечается увеличение распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в динамике последних лет.

В то же время зачастую данные по оценке размеров популяции указывают, что размеры популяции мужчин, имеющих секс с мужчинами, составляют меньше 0,2% от общей популяции мужчин в возрасте 15-64 года в регионе ВЕЦА.

Показатели охвата мужчин, имеющих секс с мужчинами, программами профилактики, имеет широкие колебания в зависимости от страны от 23,5% до 76,8%, как и показатели по охвату тестированием. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной в большинстве стран составляет от 49,2% до 88,4% (GARPR, 2015).

Таким образом, эпидемия среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в регионе ВЕЦА реально не оценена, количество новых случаев в этой группе продолжает расти, существующие официальные данные по ней в регионе недостаточны, а охват профилактическими программами во многих странах остается невысоким.

Ситуация по данным в отношении трансгендерных лиц еще более проблематичная. Данные по ВИЧ-инфекции в отношении этой группы вообще отсутствуют в регионе.

Обзор национальных программ показал, что только в единичных странах трансгендерные люди были включены как наиболее уязвимые группы в национальные программы по ВИЧ. В то же время в Политической декларации 2016 трансгендерные люди были отмечены, как ключевая группа, требующая целенаправленных программ, что должно повлиять положительно на программы для данной популяции на уровне стран.

На основании предыдущего опыта и имеющихся возможностей достижение амбициозных целей, в частности «90-90-90», вполне реально, но основным условием является быстрое расширение масштабов и предоставление полноценного комбинированного пакета услуг по профилактике и лечению ВИЧ. Такой пакет для мужчин, имеющих секс с мужчинами, должен включать:

- формирование благоприятной правовой среды;
- расширение тестирования и консультирования с привязкой к лечению,
- введение до-контактной профилактики (ДКП);
- программы обеспечения презервативами и лубрикантами;
- out-reach услуги;
- новые подходы к формированию общественного мнения, включая средства массовой информации.

Также в комплексный пакет услуг для мужчин, имеющих секс с мужчинами, должны быть включены интеграция услуг по туберкулезу и гепатитам, включая скрининг, пост-контактная профилактика при рискованном контакте и раннее начало лечения.

Основными барьерами для эффективных ответных мер на ВИЧ

среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в регионе ВЕЦА остаются:

- Отсутствие четкой статистики, в связи с чем очень трудно определить потребности мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных людей в регионе, планировать соответствующие услуги, оценить охват и эффективность мероприятий.
- Высокий уровень стигмы и дискриминации в отношении ЛГБТ-сообщества, включая стигму в медицинских учреждениях. Насилие в отношении ЛГБТ сообщества.
- Гомофобия, наличие дискриминирующих законов.
- Неустойчивость общественных организаций ЛГБТ, работающих в области ВИЧ.
- Несмотря на то, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, признаны и указаны, как ключевая группа в национальных программах большинства стран, выделяемые средства из национальных бюджетов на профилактические программы для данной группы очень ограничены.
- В большинстве стран региона существует только несколько услуг, адресованных мужчинам, имеющих секс с мужчинами. Эти услуги в основном существуют в больших городах, и финансируются из международных источников, в частности Глобального Фонда. Очень важно использовать экономические доводы в снижении гомофобии и укреплении устойчивости программ.

Возможности для улучшения действий по ответным мерам на эпидемию в популяции мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных людей:

- Улучшение статистики, определение размеров популяции и реальных нужд сообщества.
- Создание благоприятной среды для развития профилактических программ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами и трансгендерных лиц в регионе.

- Обязательное включение программ для мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных людей в национальные стратегии.
- Предоставление комбинированного пакета услуг.
- Расширение тестирования на базе сообществ.
- Рассмотрение возможностей и предоставление доконтактной профилактики (ДКП).
- Укрепление процессов организации лечения с учетом нужд мужчин, имеющих секс с мужчинами и трансгендерных людей.
- Укрепление сообществ и устойчивости проектов.

Для дополнительного изучения:

УСКОРЕНИЕ: ПРЕКРАЩЕНИЕ ЭПИДЕМИИ СПИДА К 2030 Г. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_ru.pdf

ПОНИМАНИЕ ПОДХОДА ЮНЭЙДС К УСКОРЕНИЮ МЕР. УСКОРЕНИЕ ДЛЯ ИСКОРЕНЕНИЯ ЭПИДЕМИИ СПИДА К 2030 Г. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_ru.pdf

Стратегия ЮНЭЙДС на 2016-2021 гг. Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids_strategy_2016-2021_ru.pdf

Валерий Созаев, ЦСИИ «Действие»

Международные стандарты комплексных программ по вопросам ВИЧ в ключевой группе геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами

Основные международные стандарты: краткий обзор

Настоящий текст посвящён обзору основных международных стандартов комплексных программ по вопросам ВИЧ в ключевой группе геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ).

В настоящее время в России наблюдается дефицит проектов и программ, деятельность которых была бы направлена на профилактику ВИЧ среди указанной ключевой группы. В то же время существующие на данный момент проекты и программы в этой области не всегда в своей деятельности руководствуются международными стандартами. Это связано с целым комплексом различных факторов, анализ которых заслуживает отдельного рассмотрения. Здесь же лишь стоит отметить, что повышение потенциала сотрудников и добровольцев указанных проектов и программ, как и организаций в целом, работающих как в сфере профилактики ВИЧ, так и в более широкой сфере работы с ЛГБТ-сообществом, невозможно без их знакомства с существующими международными научно обоснованными стандартами этой работы.

Данный текст не претендует на полноту охвата всех существующих международных стандартов работы по вопросам ВИЧ в данной ключевой группе. Цель этого текста с одной стороны кратко, с другой стороны комплексно представить основные международные стан-

дарты, которые должны использоваться и российскими организациями, работающими по вопросам ВИЧ с геями, бисексуалами и другими МСМ. Безусловно, знакомство с данным текстом не может заменить непосредственного изучения самих международных стандартов, которые здесь упоминаются. Все эти документы можно найти в сети Интернет в свободном доступе.

Итак, основные международные стандарты, на основе которых сделан данный обзор:

- **«Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий», ЮНФПА, 2015, (далее: Практическое руководство).**

Наиболее всестороннее руководство, которое охватывает практически все аспекты работы по вопросам ВИЧ с указанной ключевой группой. Инструмент состоит из шести глав и концептуально основывается на идее о том, что эффективная работа по вопросам ВИЧ возможна на базе подхода «Расширение прав и возможностей сообщества» - данную тему раскрывает первая глава Инструмента. В частности, здесь обозначается ключевая смена в парадигме в работе по вопросам ВИЧ: от «работы для сообщества», к «работе с сообществом» и, далее, «работе под руководством сообщества». Здесь делаются особые акценты на то, что эффективная работа программ возможна только через развитие сплочённых сообществ, укрепление систем сообществ, продвижение основ прав человека, создание благоприятной среды, в том числе через адвокацию, а также поддержку мобилизации сообщества и укрепление социальных движений. Вторая глава, «Привлечение внимания к проблеме насилия», раскрывает то, как насилие в отношении геев, бисексуалов и других МСМ влияет на эффективность работы по противодействию распространения ВИЧ среди этого сообщества. Третья глава «Программы обеспечения презервативами и лубрикантами» раскрывает основные принципы функционирования подобных программ, приводит

перечень необходимых шагов для создания максимальной эффективности этих программ, помещая их в более широкий социальный, культурный, политический и экономический контекст. Четвертая глава «Предоставление услуг охраны здоровья» раскрывает содержание понятия «континуум услуг», «комбинированная профилактика», описывает разницу между основными подходами к оказанию услуг. Пятая глава «Использование информационных и коммуникационных технологий» посвящена тому, как средства Интернет могут использоваться организациями в реализации программ в рамках континуума услуг в области ВИЧ, в том числе для создания благоприятной среды. Шестая глава, «Управление программой», состоит из трёх частей: «Планирование и реализация комплексных услуг для МСМ», «Усиление потенциала организаций МСМ», и «Реализация программы в сложных и опасных условиях». Нет никакого сомнения, что данное пособие, по причине его всестороннего охвата, должно стать практическим руководством для многих организаций, работающих с данной ключевой группой.

- **«Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход», ВОЗ, 2014, (далее: Сводное руководство).**

В данном руководстве ВОЗ объединила все существующие руководящие указания, касающиеся пяти ключевых групп, в том числе МСМ и трансгендерных людей. Одна из основных целей данного руководства – обеспечение пользователей комплексным пакетом научно-обоснованных рекомендаций по ВИЧ-инфекции. Руководство состоит из семи глав: «Общие сведения, контекст, обоснование, руководящие принципы, задачи и целевая аудитория», «Методы и процесс подготовки руководства», «Комплексный пакет мер, предназначенных для различных ключевых групп населения», «Деятельность системы здравоохранения по противодействию ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения», «Основные способствующие факторы, необходимые для успешной реализации рекомендаций» (в этой гла-

ве подробно рассматриваются такие аспекты, как: законодательство и политика, стигматизация и дискриминация, расширение прав и возможностей местных сообществ, насилие), «Различные аспекты предоставления услуг и примеры из практики», «Разработка и реализация мер противодействия ВИЧ-инфекции: принятие решений, планирование и мониторинг».

- **«Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения, ВОЗ, 2011, (далее: Рекомендации).**

Данное руководство предназначено для должностных лиц национальных систем здравоохранения, а также для неправительственных организаций и медицинских работников. Кроме методологического аппарата, документ содержит Руководящие принципы, Рекомендации по надлежащей практике, Научные данные и технические рекомендации по вопросам профилактики, тестирования, поведенческих вмешательств, употребления ПАВ, помощи и лечению при ВИЧ, профилактики и лечению других ИППП, а также замечания относительно ДКП.

- **«Рамочная программа укрепления систем сообществ», Глобальный фонд, 2014, (далее: Рамочная программа УСС).**

Инструмент, который в наиболее концентрированном виде содержит описание методологии укрепления систем сообществ как интегративного компонента программы укрепления систем здравоохранения. Содержание охватывает следующие компоненты: Укрепление систем сообществ – рамочная программа, Мероприятия по УСС и достижение долгосрочных результатов в области здравоохранения, Базовые компоненты эффективной системы сообществ, Системный подход к разработке мероприятий по УСС, включая мониторинг и оценку. Данный документ является уникальным в своём роде, поскольку представляет практическое пособие, по такой сфере, которая по-русски практически не представлена – развитие сообще-

ства (community development) и построение сообщества (community building).

- **Доклад Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству «Риски, права и здоровье», ПРООН, 2012.**

В данном докладе представлены выводы и рекомендации Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству, которая на протяжении 18 месяцев занималась анализом на тему ВИЧ, здравоохранения и законодательства. Рекомендации Комиссии предлагают руководство правительствам и международным органам в формировании научно обоснованных, действенных, гуманных и справедливых законов и правовых практик. Рекомендации уделяют особое внимание созданию правовых сред, которые защищают и продвигают признанные на международном уровне права человека и нормы права.

- **«Знать права, применять законы»: Практическое пособие по расширению правовых возможностей людей, живущих с ВИЧ или подверженных риску инфицирования ВИЧ, их близких и тех, кто их поддерживает, ПРООН, 2014.**

Данный инструмент базируется на принципе расширения правовых возможностей ЛЖВ. Реализация данного принципа на практике означает переход от идеи «предоставление юридических услуг» к непосредственной защите своих прав тех людей, которые пострадали от несправедливости. Этот принцип непосредственно связан с принципом усиления систем сообществ. А вместе они входят в действия по расширению прав и возможностей сообщества.

- **«Руководство: Внедрение, укрепление и расширение юридических услуг, связанных с ВИЧ», ИДЛО, ЮНЭЙДС, 2009.**

Данное руководство предназначено для людей, работающих в сфере юридических услуг в связи с ВИЧ: юристам, а также специализированным НКО. В то же время, это пособие может быть интересно ВИЧ-сервисным и ЛГБТ-организациям, как тем, в которых есть уже

юридические услуги, так и тем, в которых юридических услуг нет.

- **«Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: На пути к обеспечению всеобщего доступа», ЮНЭЙДС, 2007. Д**

анное руководство предназначено для лиц разрабатывающих национальные стратегии. Однако он будет полезен и «простым активистам» из сообщества, поскольку здесь в понятной форме изложены основные принципы, в соответствии с которыми должно происходить усиление национальных мер по профилактике ВИЧ, обеспечивая в этих мерах значимое участие наиболее уязвимых групп населения и людей, живущих с ВИЧ. «Знать свою эпидемию и применяемые ответные меры», «согласовывать и приоритизировать свои ответные меры», «установить далеко идущие, реалистичные и измеримые цели в области профилактики», «правильно разработать свои планы профилактики» и «использовать и анализировать стратегическую информацию» - вот основные принципы, которые излагаются в данном руководстве.

- **«Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека: Объединённый вариант 2006 г.», ЮНЭЙДС, 2006.**

Данный инструмент содержит руководящие принципы для государств, предусматривающие практические мероприятия, которые должны осуществляться правительствами в области права, административной политики и практики и должны быть направлены на защиту прав человека и достижению целей по охране общественного здоровья в связи с ВИЧ. Также этот инструмент содержит международные обязательства, описывающие принципы по защите прав человека в связи с ВИЧ, которые, лежат в основе позитивных мероприятий по противодействию ВИЧ. Знание этих принципов поможет сотрудникам НКО, активистам и добровольцам глубже понять, что такое расширение прав и возможностей сообщества в контексте ВИЧ.

Сложности определения основных понятий

В настоящее время терминология в сфере комплексных программ по вопросам ВИЧ в такой ключевой группе как геи, бисексуалы и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами достаточно разнообразна (особенно в международном контексте) и унифицированная терминология, (продвигаемая, например ЮНЭЙДС¹) применяется со многими оговорками. Об этом, в частности, говорится в Практическом руководстве «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами» (ЮНФПА, 2015)². Это касается таких терминов как «мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ)», «геи», «бисексуалы», «трансгендерные люди», «сообщество». Такое разнообразие понимания терминологии вынуждает каждый раз определяться с понятиями.

Термин МСМ был создан в 1990-е гг. для эпидемиологического изучения распространённости ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым путём (ИППП) среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, независимо от того, как они сами себя идентифицируют: геи, бисексуалы, гетеросексуалы. Для эпидемиологов был важен фактор сексуального поведения, сексуальных практик, а не то, как сами люди себя при этом определяют.

В контексте эпидемии ВИЧ акцент именно на сексуальном поведении является определяющим, поскольку позволяет выделить значимые факторы именно с эпидемиологической точки зрения тех сексуальных практик, которые могут привести к передаче ВИЧ-инфекции. Гетеросексуальные мужчины, которые вступают в однополые сексуальные контакты в силу разных причин (закрытые мужские коллективы, например, тюрьмы, армия, монастыри и пр.; мужчины секс-работники, оказывающие услуги мужчинам) являются важной частью эпидемиологической категории «МСМ». Также зна-

1 Руководство ЮНЭЙДС по терминологии, 2015, URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_ru.pdf

2 Практическое руководство, ЮНФПА, об определении «МСМ» см. с. xvii; о понятии «сообщество» см. с. 6. 2015.

чительное число геев и бисексуалов предпочитают не использовать эти названия в качестве самоназвания, самоидентичности по причине внутренней гомо- и бифобии. В этом смысле была интересна североамериканская дискуссия о схожести и различиях понятий «gay» и «homosexual», когда подчёркивалось, что «gay» - это в первую очередь социальная и политическая идентичность, это понятие используется для указания на определённую политическую повестку (гей-эмансипация) и принадлежность к определённому сообществу (гей-сообществу). В то время как «homosexual» используется в первую очередь в формальном контексте сексологии, психологии и пр., и может использоваться людьми в качестве термина для самоописания, которые не поддерживают политическую повестку гей-эмансипации. Однако, в российском контексте данная дискуссия не имеет смысла: в широком употреблении слова «гей» и «гомосексуал/ист» используются как синонимы.

Использование термина MSM получило новое звучание в международном контексте, в связи с распространением идей постколониальных методологий в социальных исследованиях: ряд авторов говорили о том, что понятия «гей», «гомосексуал», «бисексуал» являются производными западной цивилизации и не могут использоваться применительно к мужчинам, практикующим секс с мужчинами вне западных культур (поскольку в этих контекстах существуют свои наименования, которые используются и в качестве самоописания, и в качестве идентификационного маркёра). К этому же была близка и позиция тех социальных исследователей, которые в принципе критиковали концепт «сексуальная идентичность» (в частности исследователей, продвигающих различные варианты квир-теории): они утверждали, что даже в контексте западных культур мужчины, практикующие секс с мужчинами не ограничиваются геями и бисексуалами, а включают в себя множество людей, которые себя так не идентифицируют (но при этом также не идентифицируют себя и в качестве гетеросексуалов). Более того, они утверждали, что для

преодоления дискриминации, угнетения и подавления не гетеросексуальных идентичностей, должен быть разрушен сам концепт сексуальных идентичностей, тогда не будет существовать ни тех групп, кто дискриминируем, ни тех групп, кто дискриминирует: будет разрушена сама система, которая подразумевает угнетение одних групп другими.

Отдельную сложность представляет использование термина «МСМ» в отношении трансгендерных людей. Некоторые авторы к МСМ, на удивление, относят транс-женщин (то есть людей, кому при рождении был приписан мужской пол, но, кто имеет женскую гендерную идентичность)³. Приписывание транс-женщин к категории «МСМ» является классическим примером мисгендеринга, то есть отрицания того гендера, который для себя считает предпочтительным сам человек. В этом смысле логичным относить к МСМ транс-мужчин (а именно, людей, кому при рождении был приписан женский пол, но, кто имеет мужскую гендерную идентичность). Тем более что часть транс-мужчин идентифицируют себя в качестве геев и бисексуалов (либо не идентифицируют себя так, но практикуют секс с мужчинами). Именно такой подход (относить к МСМ именно транс-мужчин) сейчас считается предпочтительным в международных стандартах⁴. В этом тексте мы не затрагиваем специфичных вопросов, касающихся трансгендерных геев, бисексуалов и других МСМ, поскольку подробнее об этом говорится в текстах Антона Макинтоша «Транс-люди и ВИЧ в России».

В Практическом руководстве (ЮНФПА, 2015) говорится о термине МСМ, что он «включает в себя как разнообразные модели сексуального поведения мужчин с людьми того же пола, так и различные самоопределившиеся сексуальные идентичности, и формы сексу-

3 Greenwood, Cseneca; Mario Ruberte (April 9, 2004). «African American Community and HIV (Slide 14 mentions TG women)» (ppt). East Bay AIDS Education and Training Center. Retrieved July 24, 2008. Operario D, Burton J (April 2000). «HIV-related tuberculosis in a transgender network—Baltimore, Maryland, and New York City area, 1998–2000». *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 49 (15): 317–20.

4 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015. с. xvii.

альных и социальных объединений («сообщества»)»⁵. Также в этом руководстве подчёркивается одинаковый опыт социальной изоляции, маргинализации, стигматизации, дискриминации или насилия, а также ощущения поддержки и принадлежности к сообществам, которые проживают МСМ независимо от их самоидентификации.

Безусловно, признавая эпидемиологическую ценность термина МСМ, стоит подчеркнуть и негативные последствия его использования. С точки зрения эпидемиологии очевидно, что этот термин подчёркивает один из основных путей передачи ВИЧ-инфекции - сексуальный. В то же время, это оказывает определённое воздействие и на конструирование идентичности людей и сообществ. Использование термина МСМ может привести к редукционизму при планировании и реализации программ профилактики ВИЧ среди данной ключевой группы. Если говорить о сообществах геев и бисексуальных мужчин, то термин МСМ нивелирует практически весь культурный бэкграунд этих сообществ, опустошая сферы ценностей, идентичностей, смыслов. Это может привести к невидимости проблемы стигматизации как внешней, так и внутренней, формирования негативной идентичности, проживаемого представителями этих сообществ стресса меньшинства. Эмансипация сексуальных и гендерных меньшинств подразумевает не только возможность сексуального и гендерного самовыражения, но возможность солидарности, коллективных действий, построения сообществ. Одной из ключевых идей, которое делает это возможным, является концепция чувства собственного достоинства представителей сексуальных и гендерных меньшинств (или гей-гордости, шире ЛГБТ-гордости). Этот концепт очень часто не находит понимания: «А чем гордится? Своими сексуальными практиками?» И подобный вопрос выглядит логичным, если в качестве фактически единственной основы для идентичности выбирается сексуальная практика (а в случае термина МСМ это именно так и происходит). В самом негативном виде это воплощается в идее, что самым главным, и чуть ли не единственным, в профилактической

5 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015. с. xvii.

работе с этой ключевой группой является обеспечить её презервативами. Такому редуccionистскому подходу оппонируют современные международные стандарты работы с данной ключевой группой, в частности Практическое руководство, Сводное руководство и др., которые подчёркивают, что существенным элементом профилактики ВИЧ является усиление систем сообществ, в том числе работа по повышению самосознания членов сообществ, формирования положительной идентичности, преодоления внутренней стигмы и последствий стресса меньшинства.

В этом смысле необходимо понимать, что не может быть «сообщества мужчин, практикующих секс с мужчинами». Для формирования сообщества необходимо, чтобы у людей была общая идентичность. «МСМ» - это не идентичность, это эпидемиологический термин. Идентичностями являются такие понятия как «гей» и «бисексуал», поэтому можно говорить о «гей-сообществе» или «сообществе бисексуалов». Также могут быть более сегментированные сексуальные сообщества, выделение которых необходимо с точки зрения профилактики ВИЧ: «сообщество медведей», «сообщество мужчин секс-работников, оказывающих услуги мужчинам», «сообщество, практикующее БДСМ», «сообщество, практикующее фистинг», «сообщество, практикующее хймсекс», «сообщество, практикующее bareback» и т.д. Эти сообщества на основе сексуальных практик являются наиболее закрытыми и труднодоступными для профилактических интервенций. Тем не менее все эти сообщества являются различными частями гей/бисексуального сообщества. Это означает, что и с ними необходимо вести работу по формированию положительной гей/бисексуальной идентичности, преодолению внутренней гомо/бифобии и преодолению последствий стресса меньшинства. При этом важно помнить, что часть МСМ не только не осознаёт себя частью гей/би-сообществ, но может активно противостоять, если кто-то приписывает их к этим сообществам (например, это может выражаться в словах «Если я занимаюсь сексом с мужчинами, это

не означает, что в остальное время я хочу общаться с другими, кто также занимается сексом с мужчинами»).

Безусловно, корректно в этом смысле было бы говорить о различных гей/би-сообществах (во множественном числе), в том числе и для того, чтобы подчеркнуть специфичность потребностей этого множества сообществ. Однако, например, в Практическом руководстве (ЮНФПА, 2015), понятие «сообщество» используется в единственном числе⁶.

Сферы и направления работы

Международные стандарты комплексных программ по вопросам ВИЧ в ключевой группе геев, бисексуалов и других МСМ, традиционно выделяют две основные сферы работы:

1. Предоставление услуг охраны здоровья;
2. Создание благоприятной среды для получения доступа геев, бисексуалов и других МСМ к предоставляемым услугам охраны здоровья.

В данном тексте, следуя логике международных стандартов, в частности Практического руководства и Сводного руководства, мы разделили эти две основные сферы на пять направлений:

1. Комбинированная профилактика среди геев, бисексуалов и других МСМ;
2. Оказание помощи и лечения геям, бисексуалам и другим МСМ, живущим с ВИЧ;
3. Усиление систем сообществ геев, бисексуалов и других МСМ, при особом внимании к вопросу поощрения развития лидерства среди геев, бисексуалов и других МСМ, в том числе живущих с ВИЧ;
4. Преодоление правовых барьеров и расширение правовых возможностей геев, бисексуалов и других МСМ;
5. Создание благоприятной среды для осуществления программ

6 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015. с. 6.

профилактики, поддержки и лечения ВИЧ у геев, бисексуалов и других MSM.

Направление 1. Комбинированная профилактика среди геев, бисексуалов и других MSM

ЮНЭЙДС определяет программы комбинированной профилактики как – «основанные на правах человека и на подтвержденной информации, принадлежащие сообществу программы, которые используют сочетания биомедицинских, поведенческих и структурных вмешательств, расставленных по приоритету, чтобы удовлетворить актуальные потребности определенных людей и сообществ в услугах по профилактике ВИЧ с целью оказать наибольшее устойчивое воздействие на уменьшение числа новых инфекций»⁷.

У геев, бисексуалов и других MSM есть особые потребности охраны сексуального здоровья, выходящие за рамки болезней. Поэтому комбинированная профилактика включает следующие меры:

1. поведенческие вмешательства;
2. комплексные программы распространения презервативов и лубрикантов;
3. консультирование и тестирование на ВИЧ;
4. доконтактная профилактика;
5. услуги по профилактике и лечению ИППП;
6. другие услуги по охране сексуального здоровья;
7. услуги по охране психического здоровья;
8. услуги в связи с употреблением ПАВ.

⁷ Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections. Geneva: UNAIDS; 2010. Цит. по: Практическое руководство, ЮНФПА, 2015. с. 96.

1. Поведенческие вмешательства

Это мероприятия, направленные на повышение уровня информированности, мотивации, знаний, умений и навыков, приводящих к снижению рискованного сексуального поведения и поддержанию более здорового образа жизни. Поведенческие вмешательства могут осуществляться на индивидуальном уровне и на уровне сообщества. На индивидуальном уровне поведенческие вмешательства могут осуществляться в форме аутрич-работы, наставничества, равного консультирования, психологического консультирования, социального сопровождения, создания индивидуальных планов и т.д. как он-оффлайн, так и он-лайн. На уровне сообщества поведенческие вмешательства могут осуществляться в форме разнообразной групповой работы: лекции, семинары, тренинг, группы роста самосознания, мотивационные группы, психологические группы, фильмогруппы, обучении лидеров сообществ, специальные мероприятия во время больших ЛГБТ-мероприятий, специальных информационных кампаний через медиа-каналы (в том числе социальные сети) сообщества.

2. Комплексные программы распространения презервативов и лубрикантов

Продвижение презервативов и лубрикантов и их доступности является важным компонентом борьбы с ВИЧ-инфекцией. В соответствии с Практическим руководством (ЮНФПА 2015): «Коммуникативные стратегии, направленные на изменение поведения в направлении использования презервативов и лубрикантов, должны быть разработаны в основном с целью мотивировать людей, чтобы они понимали и принимали ответственность за свое сексуальное и репродуктивное здоровье. Они должны быть предоставлены в рамках более широкого подхода охраны сексуального здоровья (геев, бисексуалов и других MSM), который выходит за пределы обычного акцента на обеспечении презервативами и лубрикантами. Секс-позитивные подходы коммуникации, направленные на изменение

поведения, имеют вероятность быть наиболее эффективными. Формулирование призывов в секс-позитивной манере подчеркивает приятные, романтические и доставляющие удовольствие аспекты сексуального выражения, снимает стигму с презервативов и лубрикантов и ассоциирует их использование с более широкой сферой сексуального здоровья и сексуального выражения»⁸.

3. Консультирование и тестирование на ВИЧ, включая экспресс-тестирование и самотестирование

Тестирование на ВИЧ и консультирование – один из главных элементов процесса профилактики и ухода в связи с ВИЧ. Это первый шаг к тому, чтобы человек с ВИЧ узнал свой статус и мог получить услуги по уходу и лечению для поддержания полноценной жизни. Тестирование на ВИЧ и консультирование должно быть добровольным и основываться на пяти принципах: информированное согласие, конфиденциальность, консультирование, обеспечение точности результатов тестирования, а также связь с услугами последующего обращения: профилактики, лечения и ухода – с уделением особого внимания вопросам добровольности и конфиденциальности. Добровольное тестирование и консультирование должно быть частью комплексной программы профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ.

Виды тестирования на ВИЧ и консультирования: а) добровольное тестирование и консультирование (в медицинских учреждениях, в компьютерных центрах, в мобильных точках, на дому); б) тестирование и консультирование по инициативе поставщиков (тестирование предлагается в рамках рутинного визита ко врачу); в) тестирование и консультирование пар; г) самотестирование.

4. Доконтактная профилактика (ДКП)

ВОЗ рекомендует предлагать ДКП в качестве опции профилактики ВИЧ для людей с повышенным риском заражения, в рамках подхода комбинированной профилактики в качестве дополнительного мето-

8 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015. с. 102.

да. Комбинированная программа профилактики должна включать следующие элементы: беспрепятственная доступность презервативов и лубрикантов, регулярное тестирование на ВИЧ, консультирование по вопросам снижения риска и коучинг по вопросам приверженности терапии среди людей, которым была предложена ДКП. ВОЗ рекомендует в качестве ДКП ежедневный оральный прием фиксированных доз комбинации из 300 мг. тенофовира дизопротексид фумарата (TDF) и 200 мг. эмтрицитабина (FTC) (под маркировкой Truvada). Применение других антиретровирусных препаратов для ДКП (т.е. лекарств помимо режима двух препаратов TDF/FTC) еще не было рекомендовано ВОЗ, как и использование ДКП приуроченного ко времени занятия половым актом.

Рекомендованные ВОЗ показания для использования ДКП мужчинами, имеющими секс с мужчинами: взрослый мужчина без острой или установленной ВИЧ-инфекции, который:

- имел половой контакт с какими-либо сексуальными партнерами мужчинами в течение последних шести месяцев;
- не находится в моногамном партнерстве с недавно протестированным, ВИЧ-отрицательным мужчиной; и при этом имел по крайней мере одно из следующих: а) какой-либо анальный секс (рецептивный или инсертивный) без презервативов в последние шесть месяцев; б) диагноз или сообщение о какой-либо ИППП в последние шесть месяцев; в) продолжительные сексуальные отношения с ВИЧ-положительным партнером мужчиной.

5. Услуги по профилактике и лечению ИППП

В соответствии со Сводным руководством (ВОЗ, 2014): «ИППП, особенно когда они связаны с генитальными язвами, повышают восприимчивость мужчин и женщин к ВИЧ-инфекции. Кроме того, острые ИППП являются важным маркером небезопасного сексуального поведения и риска передачи ВИЧ. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, секс-работники и трансгендерные лица

часто подвергаются повышенному риску ИППП»⁹. Профилактика, скрининг, лечение, периодическое тестирование на ИППП является важным компонентом комплексного пакета услуг для геев, бисексуалов и других МСМ, и должно быть приоритетным мероприятием. Практическое руководство (ЮНФПА, 2015) утверждает: «Комплекс услуг по ИППП представляет собой ведение случаев ИППП с симптомами и без симптомов. Комплексное ведение случаев ИППП также включает в себя продвижение и распространение презервативов и лубрикантов, оказание поддержки для соблюдения режима лечения и консультирование с целью снижения риска»¹⁰.

6. Другие услуги по охране сексуального здоровья

Для того чтобы каждый человек мог жить полноценной сексуальной жизнью, формирование культуры ответственного отношения к своему сексуальному здоровью, меры по снижению внутренней стигмы и сексофобии являются основополагающими. Нельзя говорить об эффективной работе по профилактике ВИЧ без внимания ко всем остальным вопросам сексуального здоровья геев, бисексуалов и других МСМ. В частности скрининг анального рака; скрининг на вирус папилломы человека (ВПЧ), который может провоцировать развитие рака анального канала, полового члена и ротоглотки; скрининг рака шейки матки; скрининг рака груди; обеспечение здорового состояния ануса; эректильная дисфункция; обсуждение сексуальных практик, повышающих риск инфицирования ВИЧ (таких как ректальное спринцевание и ректальный фистинг).

7. Услуги по охране психического здоровья

«ВОЗ определяет психическое здоровье как состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может справляться с обычными стрессами жизни, может работать продуктивно и плодотворно, и способен внести вклад в свое сообщество. Депрессия, стресс, связанный с принадлежностью к представите-

9 Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 79.

10 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 118.

лям сексуальных меньшинств, и опыт физической и эмоциональной травмы могут оказать воздействие не только на психическое, но и на сексуальное здоровье... Сексуальное здоровье и рискованное поведение, связанное с ВИЧ, не могут быть оценены отдельно, вне контекста, или изолированно. При работе с мужчинами, имеющими секс с мужчинами, психическое здоровье должно рассматриваться вместе с физическим и сексуальным здоровьем»¹¹, говорится в Практическом руководстве (ЮНФПА 2015). Для обследования и оценки психического здоровья геев, бисексуалов и других МСМ необходимо использовать следующие аспекты: а) развитие сексуальной идентичности; б) депрессия; в) влияние стресса меньшинства; г) влияние посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Существующие на данный момент исследования и международные рекомендации указывают влияние этих четырёх аспектов на увеличение случаев рискованного сексуального поведения, способного привести к получению ВИЧ и/или ИППП.

8. Услуги в связи с употреблением психоактивных веществ (ПАВ)

Исследования показывают, что геи, бисексуалы и другие МСМ более склонны к употреблению алкоголя и других ПАВ. Это связано с внешней и внутренней стигмой, стрессом меньшинства, депрессией, ПТСР. Также это связано с тем, что в местах сбора и общения геев, бисексуалов и других МСМ (например, ночных клубах) употребление этих веществ может быть широко распространённой практикой. Также их могут употреблять для усиления сексуальных переживаний. Употребление алкоголя и других ПАВ может быть связано с риском инфицирования ВИЧ, особенно при совместном использовании инструментария для инъекций или занятия незащищённым сексом под воздействием этих веществ. Различие между употреблением и зависимостью иногда бывает расплывчатым, так как это в значительной степени определяется индивидуальными особенностями человека. Главным принципом оказания услуг в связи с употреблением ПАВ является принцип ответственности самого

¹¹ Практическом руководстве, ЮНФПА, 2015, с. 132.

человека: «решение прекратить, изменить или продолжить дальше употреблять алкоголь или наркотики, остаётся за самим клиентом, в зависимости от его личных целей»¹², говорится в Практическом руководстве (ЮНФПА, 2015). Сводное руководство (ВОЗ, 2014): «Все люди из ключевых групп, которые злоупотребляют алкоголем или употребляют другие психоактивные вещества, должны иметь доступ к научно-обоснованным профилактическим услугам, в частности, к кратковременным психосоциальным вмешательствам, включающим такие аспекты, как оценка психосоциального статуса и уровня употребления, качественное информирование и предоставление соответствующих рекомендаций»¹³.

Направление 2. Оказание помощи и лечения геем, бисексуалам и другим МСМ, живущим с ВИЧ

В Практическом руководстве (ЮНФПА, 2015) говорится: «Дополнительные, но не менее важные сопутствующие услуги для лечения включают оказание помощи со стороны сообщества перед АРТ, помощь и поддержка при прохождении АРТ, а также ведение случая заболевания. Программы по оказанию помощи предоставляют комплекс услуг, который направлен не только на поддержание физического здоровья людей, живущих с ВИЧ, на этапах до и во время прохождения АРТ и на профилактику новых случаев инфицирования, но также обращающий внимание на психосоциальные вызовы, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные мужчины, имеющие секс с мужчинами... Помощь, поддержка и ведение случаев со стороны сообщества предполагают больше, чем просто предоставление услуг по профилактике и лечению... Должны быть предприняты усилия, чтобы выйти за рамки ориентирования на клинические потребности и предоставлять комплексное лечение человека»¹⁴. В этом процессе самое важное место занимают организации сообще-

12 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 137.

13 Сводное руководство, ВОЗ 2014, с. 37.

14 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 130.

ства, как те, которые оказывает услуги в сфере ВИЧ-сервиса, так и ЛГБТ-организации более широкого профиля.

У геев, бисексуалов и других МСМ есть особые потребности в сфере оказания помощи и лечения ВИЧ-инфекции. Их можно разбить по следующим аспектам:

1. вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции;
2. антиретровирусное лечение и помощь;
3. профилактика и лечение коинфекций и других сопутствующих заболеваний, в том числе вирусного гепатита и туберкулеза;
4. меры, направленные на охрану психического здоровья.

1. Вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции

Обеспечение вовлечения людей в систему медицинской помощи с первых дней постановки диагноза, является необходимым условием полной реализации преимуществ АРВТ в плане поддержания здоровья и профилактики дальнейшей передачи вируса. Существует ряд барьеров, препятствующих вовлечению геев, бисексуалов и других МСМ в систему медицинской помощи. Сводное руководство (ВОЗ, 2014) выделяет: а) психологические и социальные барьеры; б) экономические ограничения; в) факторы системы здравоохранения. К психологическим и социальным барьерам относятся: воспринимаемая стигма, связанная с посещениями центров по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции; отсутствие поддержки со стороны семьи и страх раскрытия своего ВИЧ-статуса; субъективная оценка людей, живущих с ВИЧ, состояния своего здоровья и эффективности АРВТ; страх побочных эффектов АРВТ; ВИЧ-диссидентство; употребление ПАВ. К экономическим ограничениям относятся, в первую очередь внутренняя и внешняя миграция, а также отсутствие возможности пропустить рабочий день для посещения ЛПУ. К факторам системы здравоохранения относятся: отсутствие активных механизмов вовлечения ЛЖВ, дефицит персонала, большие сроки ожидания

получения медицинской помощи, плохое обслуживание в центрах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, плохое отношение медицинского персонала к ЛЖВ.

2. Антитретовирусное лечение и помощь

Геи, бисексуалы и другие МСМ, живущие с ВИЧ, должны иметь такой же доступ к АРВТ, а также к услугам по оказанию помощи и ведению АРВТ как всё остальное население. Раннее и эффективное лечение обладает огромным потенциалом для профилактики передачи ВИЧ путем снижения вирусной нагрузки и воздействия на вирусную нагрузку сообщества. Очень важно знать, насколько сообщество понимает принцип АРВТ на данный момент, чтобы преодолевать опасения, страхи или заблуждения, путем предоставления точной и надлежащей информации. Консультирование должно включать объяснение того, почему необходимо начать АРВТ до появления плохого самочувствия или симптомов. Необходимо подробно обсудить приверженность АРВТ и продолжительное снижение вирусной нагрузки с целью поддержания хорошего состояния здоровья и предотвращения неудачи в лечении, а также обсудить пользу АРВТ в снижении риска передачи ВИЧ.

3. Профилактика и лечение коинфекций и других сопутствующих заболеваний, в том числе вирусного гепатита и туберкулеза

Сводное руководство (ВОЗ, 2014): «Важной частью медицинской помощи при ВИЧ-инфекции является лечение оппортунистических инфекций, таких как туберкулез и вирусный гепатит. Эффективная борьба с ВИЧ-инфекцией также включает меры по лечению других сопутствующих заболеваний, таких как различные виды ИППП, гемотрансмиссивные инфекции и психические расстройства»¹⁵. Люди, живущие с ВИЧ, в 26-31 раз более склонны к развитию туберкулеза, чем ВИЧ-отрицательные, и они также подвержены повышенному риску смерти от туберкулеза. Геи, бисексуалы и другие МСМ подвержены риску передачи гепатита В и С половым путём, а в случаях

¹⁵ Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 68.

употребления ПАВ – инъекционным способом. Согласно Сводному руководству (ВОЗ, 2014): «во всем мире из 35 миллионов человек, живущих с ВИЧ, от хронического гепатита В страдает 5-20%, а от хронического гепатита С – 5-15%... У ВИЧ-инфицированных лиц, которые также инфицированы ВГВ или ВГС, заболевания печени прогрессируют быстрее и показатели смертности выше, чем среди ВИЧ-отрицательных лиц, страдающих от гепатита В или С... Комплексный подход к борьбе с вирусным гепатитом среди ключевых групп населения включает следующие элементы: профилактика, скрининг, вакцинация против гепатита В, а также организация лечения и ухода для людей с коинфекцией ВИЧ и ВГВ и/или ВГС»¹⁶.

4. Меры, направленные на охрану психического здоровья геев, бисексуалов и других МСМ, живущих с ВИЧ

Помимо общих проблем в сфере психического здоровья, с которыми сталкиваются все геи, бисексуалы и другие МСМ (см. Направление 1.7), геи, бисексуалы и другие МСМ, живущие с ВИЧ, их семьи и обслуживающие их работники могут иметь широкий спектр потребностей в области охраны психического здоровья. «Исследования показывают, что психические расстройства у людей, живущих с ВИЧ, могут стать причиной задержки с началом лечения, слабой приверженности лечению и плохих результатов лечения. Наличие у ЛЖВ того или иного психического нарушения часто связано с такими проблемами, как забывчивость, неорганизованность, слабая мотивация и непонимание планов лечения, что может оказать негативное влияние на соблюдение режима лечения. Социально-психологическая поддержка, консультирование, соответствующие лекарственные терапии и другие меры, такие как использование алгоритмов ведения пациентов, могут помочь улучшить показатели приверженности АРВТ и удержания пациентов в системе помощи»¹⁷, говорится в Сводном руководстве (ВОЗ, 2014).

16 Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 72-73.

17 Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 76.

**Направление 3. Усиление систем сообществ геев, бисексуалов и других МСМ, при особом внимании к вопросу поощрения развития лидерства среди геев, бисексуалов и других МСМ,
в том числе живущих с ВИЧ**

Усиление систем сообществ (УСС) является одним из ключевых элементов расширения прав и возможностей сообществ (см. Практическое руководство ЮНФПА, 2015, Раздел 1). Сводное руководство (ВОЗ, 2014) определяет расширение возможностей сообществ как «основополагающий принцип для всех программ и мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции. Расширение возможностей местных сообществ – это коллективный процесс, который позволяет ключевым группам населения прилагать конструктивные усилия для устранения структурных ограничений в отношении охраны здоровья, прав человека и благополучия, для проведения необходимых социальных, экономических и поведенческих изменений, а также для улучшения доступа к услугам здравоохранения. Расширение прав и возможностей местных сообществ может способствовать более широкому охвату и повышению эффективности услуг, предоставляемых ключевым группам населения»¹⁸.

Практическое руководство (ЮНФПА, 2015) говорит: «Сообщества с расширенными правами и возможностями могут гораздо лучше заручиться поддержкой своих членов и лоббировать правительства своих стран на предмет приведения национальных мер в ответ на ВИЧ в соответствие с нуждами ключевых групп населения. Мужчины, имеющие секс с мужчинами, наделенные расширенными правами и возможностями, могут гораздо лучше бросить вызов как гомофобии в обществе, так и внутренней интернализированной гомофобии, которая ведет к ненависти к себе, низкой самооценке, депрессии и злоупотреблению наркотическими веществами. Сообщества с расширенными правами и возможностями формируются из личностей, наделенными правами и возможностями. Личности, группы и сооб-

¹⁸ Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 101.

щества с расширенными правами и возможностями гораздо лучше могут преодолеть стигму и дискриминацию, изменив сердца и умы людей»¹⁹. При этом в данном руководстве отмечается: «Мужчины же, которые не относят себя ни к одному из указанных определений (определений через призму сексуальной ориентации или поведения, например, гей, бисексуал, МСМ), могут не ассоциировать себя с инициативами в рамках расширения прав и возможностей сообщества, или не быть готовыми принимать в них участие. Тем не менее вне зависимости от того, как они себя идентифицируют, им должны быть доступны услуги, права и защита, которые могут возникнуть в результате расширения прав и возможностей сообщества»²⁰.

Рамочная программа УСС (Глобальный Фонд, 2014) определяет УСС как «подход, способствующий укреплению информированных, дееспособных и действующих на скоординированной основе сообществ и организаций, групп и структур сообществ. Процесс УСС включает участие широкого круга субъектов сообществ, предоставляя им возможность внести в качестве равноправных партнеров, наряду с другими партнерами, свой вклад в обеспечение долгосрочной стабильности медицинских и других мероприятий, реализуемых на уровне сообществ, включая создание благоприятной и отзывчивой среды, в которой такой вклад является наиболее эффективным»²¹.

Базовые компоненты систем сообществ включают:

- благоприятная среда и информационно-разъяснительная деятельность;
- сети, связи, партнерства и координация деятельности сообществ;
- ресурсы и укрепление потенциала;
- деятельность сообществ и предоставление услуг;
- укрепление организаций и лидерства;
- мониторинг, оценка и планирование.

19 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 5.

20 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 6.

21 Рамочная программа УСС, Глобальный Фонд, 2014, с. 1

Направление 4. Преодоление правовых барьеров и расширение правовых возможностей геев, бисексуалов и других MSM

Правовые барьеры в форме дискриминационных законов или отсутствия законов о недопустимости дискриминации ключевых групп являются одним из факторов, препятствующих эффективной борьбе с эпидемией ВИЧ как среди всего населения в целом, так и в отдельных ключевых группах. «Хорошие законы, для разработки и реализации которых имеются все необходимые ресурсы, и которые впоследствии неукоснительно приводятся в исполнение, могут расширить доступ к услугам профилактики заболеваний и здравоохранения, улучшить качество лечения, усилить социальную поддержку людей, затронутых эпидемией, защитить права человека, необходимые для выживания, и сэкономить государственные средства»²², говорится в докладе «Риски, права и здоровье» Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству (2012).

Преодоление правовых барьеров – это процесс, который, в первую очередь, осуществляется на структурном уровне формирования благоприятной правовой среды. В то же время, в соответствии с Практическим пособием «Знать права, применять законы» ПРООН 2014, процесс расширения правовых возможностей работает на уровне людей и сообществ, которые осознали, что обладают правами, знают, как защитить свои права, знают, какие стратегические возможности для осуществления необходимых действий у них есть и обладают необходимыми практическими навыками для реализации этого.

Преодоление правовых барьеров и расширение правовых возможностей невозможно без целенаправленного продвижения основ прав человека. В Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека, объединённый вариант 2006 г., говорится: «(а) защита прав человека имеет существенно важное значение

²² ВИЧ и законодательство: Риски, права и здоровье, Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству, 2012, с. 13.

для обеспечения уважения человеческого достоинства в связи с ВИЧ и эффективного, основанного на соблюдении прав человека реагирования на ВИЧ/СПИД. Эффективное реагирование требует осуществления всех прав человека – гражданских и политических, экономических, социальных и культурных – и основных свобод всех людей в соответствии с существующими международными стандартами в области прав человека; (b) интересы общественного здравоохранения не вступают в конфликт с правами человека. Напротив, общепризнано, что, когда защищаются права человека, инфицируется меньшее число людей, а лица, живущие с ВИЧ, и их семьи успешнее справляются с трудностями, вызванными ВИЧ/СПИДом»²³.

Необходимым элементом защиты прав человека в условиях эпидемии является предоставление юридических услуг, связанных с ВИЧ (должно быть обеспечено их внедрение, укрепление, и расширение). В соответствии с Руководством (ЮНЭЙДС, 2009), их можно определить как «такие юридические услуги, которые предоставляются людям, живущим с ВИЧ, затронутым ВИЧ, и основным группам населения, и непосредственно связаны с правовыми проблемами, которые оказывают влияние на уязвимость этих людей к инфекции и/или усугубляют последствия ВИЧ на их жизнь»²⁴.

В этом же Руководстве юридические услуги, связанные с ВИЧ, разделяются на основные и дополнительные. К основным услугам относят:

- юридические консультации;
- правовое информирование и перенаправление;
- юридическое представительство в различных формальных и неформальных условиях, в частности в суде.

Дополнительные юридические услуги поддерживают основные юридические услуги и поддерживаются ими. Они включают в себя:

²³ Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека, объединённый вариант, 2006, с. 15-16.

²⁴ Руководство, ЮНЭЙДС, 2009, с. 15.

- правовое просвещение людей, живущих с ВИЧ, затронутых эпидемией, а также ключевых групп;
- мониторинг и документирование нарушений прав человека, исследование и анализ тенденций в судебных делах, связанных с ВИЧ;
- кампании и адвокация, направленные на совершенствование законодательства, политик и практик, или увеличение объёма ресурсов, разработка модельных законов, помощь в реализации правовой реформы;
- подготовка и правовое просвещение юристов, помощников юристов, судей, сотрудников правоохранительных органов по вопросам, связанным с ВИЧ, о правах людей, живущих с ВИЧ, затронутых ВИЧ и ключевых групп, а также обучение предоставлению эффективной юридической помощи в сфере ВИЧ;
- формирование осведомлённости о правах людей, живущих с ВИЧ, затронутых ВИЧ и ключевых групп в СМИ, работников здравоохранения, работодателей, в профсоюзах и других организациях.

Информирование о правах человека как самих геев, бисексуалов и других МСМ, независимо от ВИЧ-статуса, так и широких слоёв населения, является важным элементом продвижения основ прав человека: «Информирование населения о законах, правах человека, юридических свободах и правовой системе необходимо для того, чтобы снабдить людей знаниями как о нарушениях их прав и свобод, так и о возможностях добиться справедливости с помощью суда, альтернативного разрешения споров или неформальных процессов. Правовое просвещение общества порождает спрос на юридические услуги»²⁵ -- говорится в Руководстве (ЮНЭЙДС, 2009).

25 Руководство, ЮНЭЙДС, 2009, с. 20.

Направление 5. Создание благоприятной среды для осуществления программ профилактики, поддержки и лечения ВИЧ у геев, бисексуалов и других МСМ.

Создание благоприятной среды может рассматриваться как один из элементов в комплексе мер по расширению прав и возможностей сообществ. Создание благоприятных условий подразумевает работу во всех сферах жизни общества: социальном, политическом, экономическом, культурном, а также подразумевает изменение условий на всех уровнях социальной системы: личном, семейном, сообщества, институциональном, общества в целом, местном, национальном, региональном, глобальном. Отсутствие эффективной работы в этой области приводит к тому, что структурные барьеры оказывают негативное влияние на качество и объём услуг по профилактике и лечению ВИЧ среди геев, бисексуалов и других МСМ.

Для создания благоприятной среды недостаточно работы исключительно сектора здравоохранения, но требуется сотрудничество секторов, работающих в различных областях, таких как здравоохранение, правосудие, социальное обеспечение, трудоустройство, а также взаимодействие государственных структур, организаций гражданского общества, в том числе организаций сообщества и частного сектора.

Минимум элементов для работы по созданию благоприятной среды включает в себя:

- формирование стратегий и адвокацию;
- привлечение внимания к проблеме насилия;
- поддержку мобилизации сообществ и укрепление социальных движений;
- преодоление стигматизации и дискриминации.

Адвокация может быть направлена на:

- национальные стратегические планы в области здравоохранения,

чтобы в них признавали повышенный риск и уязвимость к ВИЧ геев, бисексуалов и других МСМ, и гарантировали, чтобы интегрированные, высококачественные услуги здравоохранения были для них безопасными, доступными и приемлемыми.

- предоставление доконтактной профилактики в качестве опции программ профилактики для геев, бисексуалов и других МСМ;
- охват ранним лечением максимального числа геев, бисексуалов и других МСМ, живущих с ВИЧ;
- специалистов здравоохранения, включая поставщиков в области ВИЧ;
- экономическую безопасность геев, бисексуалов и других МСМ;
- обеспечение доступа к услугам профилактики молодым геям, бисексуалам и другим МСМ;
- доноров, чтобы они финансировали развитие организаций сообщества;
- другие сферы.

«Угроза или фактическое применение насилия и страх оказаться жертвой насилия могут отпугнуть мужчин, имеющих секс с мужчинами, от получения доступа к информации и услугам в области ВИЧ. Это может также осложнить работу клиник и организаций сообщества в предоставлении для них информации и услуг»²⁶ -- говорится в Практическом руководстве (ЮНФПА, 2015). «Программы по профилактике и лечению ВИЧ должны включать в себя стратегии для документирования и предотвращения насилия в отношении мужчин, имеющих секс с мужчинами, и защиты их прав. Предотвращение насилия может улучшить доступ мужчин, имеющих секс с мужчинами, к информации и услугам и облегчить им выбор, относящийся к их здоровью и благополучию на долгосрочную перспективу. Создание коалиций с потенциальными союзниками, работающими в областях

26 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 34.

охраны здоровья, прав человека и расширения прав и возможностей, может способствовать снижению насилия в отношении мужчин, имеющих секс с мужчинами»²⁷ -- подчёркивается Руководстве.

Важно понимать, что насилие в отношении геев, бисексуалов и других МСМ разнообразно, поэтому и меры по его предотвращению, реагированию на него и работе по преодолению его последствий должны осуществляться на различных уровнях. Практическое руководство (ЮНФПА, 2015) выделяет следующие формы насилия в отношении геев, бисексуалов и других МСМ:

- физическое насилие;
- сексуальное насилие;
- эмоциональное или психологическое насилие;
- социально-экономическое насилие;
- структурное насилие.

В этом руководстве предлагаются следующие меры:

- повышение потенциала и самоэффективности геев, бисексуалов и других МСМ через документирование насилия, повышение осведомлённости о правах человека и правовой защите;
- принятие правовых и политических реформ, в основе которых лежит принцип нулевой терпимости к насилию в отношении геев, бисексуалов и других МСМ;
- содействие обеспечению ответственности полиции;
- создание безопасных пространств (в том числе комьюнити-центров), распространение советов по безопасности, списков и отчётов о нападавших, проведение кампаний против гомо и трансфобии;
- предоставление медицинских услуг пострадавшим от насилия;
- предоставление психосоциальных, юридических и других услуг поддержки.

²⁷ Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 34.

Отдельно выделяют меры, которые должны предприниматься образовательными учреждениями для предотвращения насилия на почве гомофобии и трансфобии в отношении молодых геев, бисексуалов и других МСМ.

Важную роль в создании благоприятной среды играет мобилизация сообществ и укрепление социальных движений. Практическое руководство (ЮНФПА, 2015) определяет мобилизацию сообщества как «процесс, при котором мужчины, имеющие секс с мужчинами, используют свои знания, сильные стороны и профессиональные навыки, чтобы обратить внимание на общие проблемы путем коллективных действий»²⁸.

Мобилизация сообщества включает в себя:

- повышение осведомленности среди геев, бисексуалов и других МСМ, о своих правах и стратегиях их защиты и реализации;
- проведение адвокации с заинтересованными сторонами, включая законодателей и доноров;
- определение барьеров, препятствующих доступу к услугам ВИЧ и факторов, оказывающих влияние на их предоставление (например, доступность презервативов, лубрикантов, антиретровирусной терапии);
- снижение рисков для здоровья, включая сексуальное здоровье и продвижение здорового образа жизни;
- предоставление взаимной помощи по принципу равный-равному для преодоления стигмы, дискриминации и насилия;
- реагирование на нарушения прав человека и случаи насилия и действия по предотвращению проявления будущих инцидентов;
- развитие лидерства с акцентом на привлечение молодых геев, бисексуалов и других МСМ, которые впоследствии могли бы занять управленческие позиции в организациях сообществ геев, бисексуалов и других МСМ;

28 Практическое руководство, ЮНФПА, 2015, с. 21.

- мониторинг и обучение средств массовой информации в освещении вопросов, связанных с ВИЧ и СОГИ;
- оказание содействия деятельности по расширению партнерских связей и обмену информацией;
- мониторинг тенденций в области финансирования и принятия стратегий.

В Сводном руководстве (ВОЗ, 2014) говорится: «Люди из ключевых групп населения особенно часто подвергаются стигматизации, дискриминации и негативному отношению, связанному с их поведением, со стороны родственников, общин и работников здравоохранения (в двойной степени, если они также являются ВИЧ-инфицированными). Такие явления широко распространены во многих медицинских учреждениях и правоохранительных органах. Ввиду отсутствия национальных законов и политики по противодействию дискриминации, эта практика является как бы молчаливо одобренной. Последствия такой стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения применительно к ВИЧ-инфекции включают следующие: задержки с тестированием на ВИЧ, сокрытие положительного ВИЧ-статуса и низкий уровень использования услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Это может подорвать усилия национальных программ здравоохранения, направленных на охват людей услугами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и на то, чтобы удерживать их в системе медицинской помощи как можно дольше»²⁹.

Меры по преодолению стигматизации и дискриминации в отношении геев, бисексуалов и других МСМ, во многом пересекаются с мерами по другим элементам, необходимыми для создания благоприятной среды. Однако отдельное место в этих мерах отводится работе в секторе здравоохранения. «Медицинские услуги должны иметься в наличии и быть доступными и приемлемыми для ключевых групп населения, а при их оказании нужно руководствоваться

²⁹ Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 96.

принципами медицинской этики, предотвращения стигматизации и дискриминации и уважительного отношения к правам всех людей на здоровье»³⁰, говорится в Сводном руководстве (ВОЗ, 2014). В качестве Рекомендации в этом Руководстве предлагается: «Медицинские работники должны регулярно проходить курсы переподготовки, в том числе с целью повышения их чувствительности к потребностям ключевых групп населения, для того, чтобы они обладали навыками и знаниями, необходимыми для эффективного оказания услуг взрослым и подросткам из ключевых групп населения на основе таких принципов, как право всех людей на здоровье, конфиденциальность и недискриминацию»³¹.

Для дополнительного изучения:

Политическая декларация (Генеральной Ассамблеи ООН) по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 г. (принята 7 июня 2016 г.)

30 Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 99.

31 Сводное руководство, ВОЗ, 2014, с. 99.

Антон Макинтош, Т-Действие, Санкт-Петербург

Транс-люди и ВИЧ в России

Трансгендерные люди — одна из ключевых групп с точки зрения уязвимости перед ВИЧ-инфекцией, но при этом в России практически отсутствуют профилактические программы, направленные на эту аудиторию, а хоть какое-то упоминание трансгендерных людей даже в МСМ-ВИЧ-сервисах появилось буквально последние год-два. С чем связано такое положение вещей, и что можно и нужно делать в сложившейся ситуации?

Почему трансгендерные люди — уязвимая группа для ВИЧ?

В Аналитической справке «Трансгендеры и ВИЧ-инфекция», выпущенной в 2015 г. Всемирной Организацией Здравоохранения, говорится: «В «Сводном руководстве по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход», опубликованном ВОЗ в 2014 г., отмечается, что «высокая уязвимость и особые медицинские потребности трансгендеров требуют придания им независимого и четко обозначенного статуса в рамках глобальной борьбы с ВИЧ-инфекцией», а сами трансгендеры рассматриваются в качестве отдельной ключевой группы населения»¹.

Говоря о высокой уязвимости трансгендерных людей для ВИЧ-инфекции, мы имеем в виду в первую очередь влияние на здоровье этой группы, которое оказывает стигма и дискриминация. Трансгендерность до сих пор остается порицаемым явлением в социуме, особенно если мы говорим про Россию. Открыть себя как трансгендерного человека часто означает подвергнуться насилию — физическому, эмоциональному, сексуальному, экономическому. Делая трансгендерный камин-аут, человек рискует потерять семью,

¹ Трансгендеры и ВИЧ-инфекция, ВОЗ, 2015. с. 6.

социальный круг и статус, работу, место жительства. При этом найти другую работу и даже жилье может быть сложной задачей, так как на определенном этапе трансгендерного перехода у человека начинаются проблемы с документами — внешность меняется, а паспортное имя и пол остаются прежними. В итоге, попытка взаимодействовать с различными инстанциями с такими документами (устроиться на работу, снять жилье) часто приводит к отказам, иногда в грубой форме. При этом процесс смены документов в России происходит сложно и долго. Даже при наличии всех необходимых справок он может затянуться на год-полтора. Необходимые справки еще нужно получить, а для этого совершить медицинские изменения тела, которые трансгендерные люди в России осуществляют исключительно за свой счет. Получается замкнутый круг: нет документов – нет работы — нет денег на врачей, сопровождающих трансгендерный переход — нет документов, поэтому трансгендерные люди часто вынуждены находить себе источники дохода, не требующие официального трудоустройства. В некоторых случаях таким источником дохода становится сфера интим-услуг.

Помимо всего прочего, проблемы с документами затрудняют обращения трансгендерных людей за медицинскими услугами. По данным Проекта правовой помощи трансгендерным людям, 41% респондентов из числа транс-людей приходилось добровольно отказываться от получения медицинской помощи и обращения к врачам. 17% заявили о случаях фактического отказа в медицинской помощи из-за несоответствия внешности и идентичности паспортному полу. Даже в том случае, если документы уже изменены, трансгендерные люди часто добровольно отказываются от медицинской помощи из опасения раскрытия своего транс-статуса.

Таким образом, высокая социальная уязвимость трансгендерных людей приводит к их высокой уязвимости пере ВИЧ-инфекцией.

Что касается особых медицинских потребностей, то, по данным того

же опроса, 73% трансгендерных людей находятся на гормональной терапии, то есть имеют постоянную потребность в медицинской поддержке. При этом в России крайне мало врачей, которые могут оказать квалифицированную транс-специфическую медицинскую помощь. Ситуация осложняется тем, что доступ к гормональным препаратам для транс-людей затруднен по экономическим показателям, а в случае препаратов тестостерона еще и из-за того, что препараты рецептурные, и их приобретение жестко регламентировано государством. Некоторые эффекты гормональной терапии, хирургические изменения тела, особый телесный статус и связанные с этим сексуальные практики также позволяют отнести трансгендерных людей к уязвимой группе.

Нехватка достоверных данных

Для того, чтобы планировать профилактическую работу, необходимо иметь достоверные данные о целевой группе. Как правило, данные о здоровье трансгендерных людей, в том числе о распространенности ВИЧ-инфекции, менее надежны, чем для населения в целом, что связано с такими факторами, как сложность формирования репрезентативной выборки, отсутствие оценок численности этой группы и проблемы, обусловленные стигмой и дискриминацией. Научно-исследовательские и эпидемиологические данные, которые включают сведения о трансгендерных людях, часто не разбиты по гендерной идентичности и относятся к выборкам, размеры которых слишком малы, чтобы сделать достоверные выводы.

Однако те данные по трансгендерным людям и ВИЧ, которые на данный момент собраны в мире, касаются в основном трансженщин, и свидетельствуют о тяжелом бремени ВИЧ-инфекции среди трансгендерных женщин, особенно среди трансгендерных женщин, имеющих секс с мужчинами. Объединенный показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди трансгендерных женщин составил 19% в 15 странах, имеющих лабораторно подтвержденные данные.

Вероятность заражения ВИЧ-инфекцией у трансгендерных женщин была в 49 раз выше, чем среди населения в целом. Показатель распространённости ВИЧ-инфекции среди трансгендерных секс-работниц в 9 раз выше, чем среди нетрансгендерных секс-работниц и в 3 раза выше, чем среди секс-работников мужского пола.

По трансгендерным мужчинам почти нет данных, есть лишь несколько исследований, проведенных в Северной Америке.

Тем более нет данных по тем трансгендерным людям, которые не относят себя однозначно к мужчинам или женщинам (небинарным транс-людям).

Если говорить о ситуации в России, то у нас нет достоверных данных не только о распространённости ВИЧ среди трансгендерных людей, но даже о численности популяции в целом.

Но при этом мы можем приблизительно представить количество транс-людей в России на основании тех данных, которые есть по другим странам. Например, в США, в зависимости от штата и населенного пункта, процентное количество транс-людей колеблется от 2,77% (Вашингтон, округ Колумбия) до 0,3% (Южная и Северная Дакота, Вайоминг, Монтана, Айова). Аналогичные подсчеты в других странах дают в среднем цифру от 0,5 до 1 процента. По данным Росстата, население России на 2016 г. составило 146 544 710 человек (данные на 09.03.2016). Полпроцента от этого числа составит 732 724 человека — это приблизительно количество трансгендерных людей в России. При этом понятно, что распределение по населенным пунктам будет неравномерным, как и в США — в крупных городах, особенно в Москве и Петербурге, предположительно будет больший процент трансгендерных людей, нежели в малонаселенных точках страны — из-за внутренней миграции, связанной с большей толерантностью и доступностью сервисов для транс-людей в крупных городах.

Опыт организации сервиса по профилактике ВИЧ для трансгендерных людей в России (Санкт-Петербург)

С мая 2016 г. инициативная группа «Т-Действие» начала проект по профилактике ВИЧ и сексуальному здоровью для трансгендерных людей в рамках программы «Тестирование силами сообщества». Поскольку мы непосредственно работаем с трансгендерным сообществом, в том числе проводим активно посещаемую группу поддержки для транс-людей (среднее число участников одной группы за 2016 г. — 21 человек), мы предполагали, что наши уже имеющиеся благополучатели станут основной аудиторией проекта.

Целями проекта были: создание в Санкт-Петербурге сервиса по профилактике ВИЧ, ориентированного на трансгендерных людей, разработка процедуры консультирования и тестирования на ВИЧ трансгендерных людей. Кроме того, мы ставили перед собой задачу исследования потребностей транс-людей в сфере профилактики ВИЧ и информирования о сексуальном здоровье.

На сегодняшний день не существует руководства, ориентированного на регион ВЕЦА, по проведению проектов по профилактике ВИЧ для трансгендерных людей, поэтому, несмотря на пройденное нашими консультантами обучение, нам пришлось серьезно дорабатывать существующие алгоритмы тестирования и консультирования, рассчитанные в основном на МСМ-аудиорию.

Ход проекта оказался отличным от ожидаемого: благополучатели других наших сервисов не приходили на тестирование в ожидаемом объеме. Даже посещавшие группы поддержки регулярно в течение года, в основном отказывались проходить тестирование на ВИЧ.

Поэтому мы сделали основную ставку на рекламу нашей программы по тестированию в социальных сетях, в основном в закрытых транс-пабликах. Таким образом мы привлекли ранее не охваченную аудиторию. Другая неожиданность, с которой мы столкнулись, заключалась в том, что большинство пришедших на тестирование в рамках проекта были транс-мужчины. Считается, что основное бре-

мя рисков по ВИЧ несут транс-женщины, однако более чем в 90% случаев, нашими клиентами были транс-мужчины, в особенности, транс-МСМ, то есть группа, по которой практически не существует даже мировых аналитических данных относительно рисков по ВИЧ. Чаще всего трансгендерные мужчины приходили именно тогда, когда выходили в «гей-среду» (например, в клубы) или начинали отношения с цисгендерными гомосексуальными мужчинами, и поэтому беспокоились о своем здоровье и здоровье партнера, а также нуждались в средствах защиты.

Для понимания того, почему транс-люди, которые уже получают от нас другие услуги, не приходят на тестирование, и почему все-таки пришли те, кто пришли, мы провели мини-исследование, включающее в себя очный опрос фокус-группы и интернет-опрос.

По итогам этого исследования, а также по опыту проведенных консультаций, мы поменяли позиционирование и формат услуг: от «консультаций и тестирования на ВИЧ» мы пришли к позиционированию себя как сервиса «консультирования по вопросам сексуального и общего здоровья для транс-людей». Многие транс-люди, приходившие на консультации, хотели получить не только информацию о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье, но и ответы на транс-специфичные вопросы здоровья, в том числе связанных с вопросами трансгендерного перехода и гормональной терапии. Мы обнаружили, что огромный уровень «врачфобии», существующий в трансгендерной среде, препятствует обращению в том числе и за консультациями по вопросам ВИЧ и сексуального здоровья даже в организацию, созданную самим сообществом. Кроме того, по итогам фокус-группы и интернет-опроса мы обнаружили большой уровень недоверия к ВИЧ-сервисным и активистским организациям, непонимание того, как и зачем они работают, опасение быть каким-то образом «использованными».

Несмотря на все сложности, за полгода работы проекта нам удалось провести 57 тестирований с дотестовой и послетестовой консульта-

цией, общий охват проекта составил 90 человек. Пятеро из благополучателей проекта стали постоянными посетителями мероприятий Т-Действия.

За время работы проекта мы разработали и опробовали алгоритм тестирования и консультирования для трансгендерных людей, провели оценку потребностей транс-людей в сфере профилактики ВИЧ, договорились с Петербургским СПИД-центром об алгоритме приема транс-людей и наладили связи с другими ВИЧ-сервисными организациями, и внесли транс-вопросы в повестку Российской конференции ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организаций.

Конечно, одного проекта по профилактике в Петербурге, проводимого одной организацией, недостаточно для противодействия эпидемии ВИЧ среди трансгендерных людей, но теперь у нас есть опыт, наработки, практики, которые необходимо продолжать как в Санкт-Петербурге, так и распространять на другие регионы.

Что же делать дальше?

- **Собирать данные**

Для того, чтобы эффективно проводить противодействие распространению ВИЧ среди трансгендерных людей, нам нужны достоверные данные. Поэтому необходимо провести крупномасштабное исследование, направленное на трансгендерное сообщество. Кроме того, необходимо поменять уже существующие системы учета благополучателей в ВИЧ-сервисных организациях таким образом, чтобы можно было регистрировать трансгендерных людей и собирать по ним статистику.

- **Создавать транс-ориентированные ВИЧ-сервисы.**

Опыт показал, что подходы, работающие для МСМ-сервисов, не работают для транс-людей. Текст и визуальная составляющая, которые привлекают транс-людей, сильно отличаются от тех, которые работают для цисгендерных (то есть не-трансгендерных МСМ).

Консультанты должны быть компетентны в вопросах трансгендерного здоровья и включать их в консультации по ВИЧ для трансгендерных людей.

- **Работать понятно, доступно, прозрачно**

Помимо информирования об эпидемии, способах профилактики и здоровье в целом, необходимо рассказывать людям еще и о принципах работы ВИЧ-сервисных проектов, быть понятными для своей целевой аудитории, работать над созданием доверительных отношений между сервисом и благополучателями.

- **Работать над усилением сообщества и внедрять комплексный подход к профилактике.**

Профилактическая работа среди транс-людей должна осуществляться комплексно, с учетом социального контекста и особых медицинских потребностей, с обязательным участием самих трансгендерных людей на всех этапах работы — от стратегического планирования до внедрения мероприятий на местах.

Программа по профилактике ВИЧ среди трансгендерных людей должна учитывать комплекс вопросов: обеспечение доступности базовых медицинских сервисов и услуг, работу по информированию о трансгендерности и развитие транс-тактичности среди медицинских работников, так и у сотрудников ВИЧ-сервисных НКО.

Кроме того, профлактика ВИЧ невозможна без работы с транс-сообществом по снижению стигмы, улучшению социальных условий и упрощения доступа к процедурам трансгендерного перехода, не только медицинским, но и юридическим.

Вопросы здоровья трансгендерных людей

Антон Макинтош, Т-Действие, Санкт-Петербург

Транс-здоровье в России

Одной из основных проблем трансгендерных людей в России является доступ к медицинским услугам. В первую очередь это доступ к транс-ориентированной медицине, то есть к медицинским процедурам, связанным с вопросами трансгендерного перехода: гормональным и хирургическим изменениям тела, а также получением разрешения на эти процедуры, которое в России непосредственно связано с постановкой диагноза. Но кроме того, трансгендерным людям, как и всем остальным, в течение жизни требуется медицинская помощь, не связанная напрямую с вопросами транс-статуса. И в доступе к этой помощи у трансгендерных людей возникают сложности, связанные как с документами, не соответствующими внешнему виду и идентичности человека, так и с нежеланием раскрытия перед врачом факта своей трансгендерности из опасения, что врач среагирует трансфобно или вовсе откажет в медпомощи.

Таким образом, тема трансгендерного здоровья и медицинской помощи трансгендерным людям имеет несколько различных аспектов, каждый из которых следует проанализировать отдельно.

Диагноз

На сегодняшний день диагноз, по которому официально получают медицинскую помощь — это F64.0 — транссексуализм. В Международной Классификации Болезней этот диагноз находится в разделе психиатрических заболеваний, и, соответственно, ставит

его психиатр. В России постановку такого диагноза осуществляет психиатрическая комиссия, которая должна состоять не менее чем из трех врачей. Только после получения диагноза F64.0 человек может обратиться к врачам за медицинскими изменениями тела — гормональной терапией или хирургической операцией.

Диагноз F64.0 ставится людям по двум критериям: устойчивое желание человека маскулинизировать либо феминизировать тело вместе со сменой паспортного пола и уверенность врачебной комиссии, что это желание не вызвано другими психиатрическими заболеваниями. То есть возникает парадоксальная ситуация — психиатрический диагноз ставится человеку на основании отсутствия у него других психиатрических диагнозов. И «лечение» этого психиатрического диагноза проводит эндокринолог и хирург. И то, что диагноз находится в психиатрическом разделе, создает практические проблемы при назначении, например, гормональной терапии, поскольку для эндокринолога логично было бы назначать терапию согласно эндокринологическому, а не психиатрическому диагнозу. То же самое можно сказать и о хирургах.

На практике получение подобного диагноза для трансгендерных людей в России возможно двумя путями — либо обратиться в платную, коммерческую психиатрическую комиссию, работающую с транс-людьми, либо в психо-неврологический диспансер по месту жительства. Первый вариант более быстрый и безопасный, но доступный далеко не для всех трансгендерных людей в силу высокой стоимости комиссии (выше средней месячной зарплаты в Петербурге, например). Второй вариант более непредсказуем: в зависимости от учреждения и убеждений его руководства человеку могут предложить полежать в стационаре от недели до двух месяцев. Но даже это не гарантирует получение заветной справки, вместо этого вполне реально получить какой-нибудь другой психиатрический диагноз и соответствующее «лечение».

Важно понимать, что большинству трансгендерных людей вовсе

не нужен этот диагноз, они сами прекрасно знают о своей идентичности. Люди вынуждены проходить эту довольно унижительную процедуру, причем часто за немалые деньги, чтобы иметь возможность сменить документы, получать гормональную терапию, сделать операции.

При этом психиатрический диагноз создает дополнительную стигму для трансгендерных людей, и может препятствовать осуществлению их гражданских прав.

По всем вышеперечисленным причинам одним из пунктов трансгендерной повестки является вынесение диагноза из психиатрической категории в отдельный мультидисциплинарный раздел, благодаря чему этот диагноз смогут использовать в своей работе все остальные помогающие специалисты, такие как эндокринологи, хирурги, урологи, гинекологи и тд. Кроме того, важно, чтобы трансгендерность считалась не болезнью, а состоянием, при котором может требоваться медицинская поддержка, как например, беременность или возрастные изменения.

Гормональная терапия

Можно сказать, что наиболее востребованной среди транс-людей областью медицины является эндокринология. Около 70% трансгендерных людей находятся на гормональной терапии — следовательно, испытывают необходимость в квалифицированных и транс-компетентных врачах-эндокринологах.

К сожалению, эта потребность остается одной из самых неудовлетворенных. В крупных городах России, как правило, есть один-два специалиста, способных вести гормональную терапию трансгендерных людей, но как правило, это платные специалисты, и далеко не у всех есть материальная возможность наблюдаться у них. В регионах же обычно подобные специалисты отсутствуют вовсе. В результате, как правило, транс-люди сами начинают и ведут гормональную

терапию, иногда при этом не сдавая никаких анализов ни до, ни в процессе. Такая терапия может приводить к всевозможным побочным эффектам и осложнениям — с которыми, опять же, чаще всего некуда обратиться.

Для тех, кто принимает препараты тестостерона, дополнительная сложность заключается в том, что эти препараты в России находятся на особом контроле и продаются только по рецептам, срок действия которых — десять дней, и на один рецепт можно приобрести только одну ампулу (препараты в большинстве случаев инъекционные). Таким образом, человеку, находящемуся на тестостероновой терапии, нужно раз в две-три недели являться к врачу за новым рецептом, и хорошо, если есть понимающий эндокринолог в поликлинике, который может хотя бы выписывать рецепт без очереди и записи, потому что попадать к специалисту с такой периодичностью просто технически невозможно, даже если не брать в расчет возможные сложности с документами. Необходимо также отметить, что гормональная терапия не покрывается полисом ОМС, поэтому все препараты покупаются исключительно за свой счет и, в зависимости от терапии, могут составлять существенную статью расходов для трансгендерных людей. Из-за отсутствия денег некоторые трансгендерные люди прерывают гормональную терапию, что не лучшим образом отражается на их здоровье.

Хирургия

Возможности хирургических изменений тела для транс-людей в России ограничены двумя факторами — финансовым положением и малым количеством хирургов, которые делают подобные операции. Все операции по изменению тела в рамках трансгендерного перехода делаются на коммерческой основе, исключительно за счет самих транс-людей. Выбор клиник и хирургов при этом невелик — в крупных городах, как правило, есть один-два хирурга, работающих

с трансгендерными людьми, из регионов людям приходится приезжать на операции к ним же, то есть к стоимости операции прибавляется еще и стоимость проезда и проживания в другом городе в послеоперационный период.

Из-за того, что конкуренция в этой сфере низкая, а востребованность врачей высокая, качество операций зачастую бывает весьма сомнительным. При этом у трансгендерных людей нет возможности оспаривать результаты операций, например в суде, или требовать бесплатной коррекции, так как из-за отсутствия каких-либо протоколов и стандартов оказания медицинской помощи трансгендерным людям в России, а также диагноза в психиатрическом разделе, клиники оформляют такие операции, как им удобно: нигде по документам не значится трансгендерность, и транс-люди, по сути, находятся в правовом вакууме и не могут отстаивать свои медицинские права.

Общее здоровье

Помимо вопросов перехода, для трансгендерных людей актуальны вопросы получения общей медицинской помощи. К сожалению, в этой сфере ситуация также обстоит не лучшим образом. Часто транс-люди вообще не могут попасть к врачу из-за отсутствия документов с соответствующими внешности именем и полом. Даже те, кто уже сменил документы, часто до последнего откладывают обращение к врачу, поскольку опасаются, что в процессе приема придется делать транс-камин-аут, и неизвестно, как отнесется к этому врач.

Согласно опросу, проведенному Т-Действием, почти каждый десятый врач из тех, к кому обращались трансгендерные люди, был невежлив, груб и вел себя враждебно, узнав о трансгендерности. При этом прослеживается прямая зависимость отношения врача от гендерного восприятия пациента — чем «убедительнее» кажется врачу трансгендерный человек в его гендерной репрезентации, тем вежливее и корректнее ведет себя врач. Кроме того, в большинстве

случаев, у врача есть ожидания, что транс-человек должен привести свое тело в наиболее «цисгендерный», нормативный вид, и часто врачи педалируют именно такой сценарий и высказывают осуждение, если трансгендерный пациент сообщает, что у него нет таких планов.

Большинство респондентов указали на полную некомпетентность врачей в трансгендерных вопросах. Даже в сфере общего здоровья врачу необходимо учитывать гормональную терапию и перенесенные операции пациента, но большая часть врачей, согласно опросу, ничего об этом не знали и не учитывали эти факторы при назначении лечения.

Отдельной проблемой для трансгендерных людей является посещение таких врачей как гинекологи и венерологи, то есть тех врачей, у которых есть гендерно-разделенные кабинеты.

Даже после смены документов большинству трансгендерных мужчин требуется время от времени посещать гинеколога, поскольку гормональная терапия предполагает определенные риски в этой области, которые необходимо мониторить. И, согласно той системе, которая есть сейчас, у транс-мужчины нет возможности попасть к такому врачу, кроме как записаться в платную клинику — на что, опять же, не у всех есть финансовая возможность.

То же самое с венерологами, где есть отдельные кабинеты для мужчин и женщин, в которые человека направляют по паспорту, и часто в таком кабинете нет возможности взять анализы, например, из-за отсутствия в «мужском» кабинете смотровой. Посещение подобных врачей само по себе является стрессом для трансгендерного человека, потому что неизбежно придется рассказывать об особенностях строения своего тела, но помимо этого есть еще препятствие в виде технической невозможности попасть к такому врачу.

Все эти факторы создают дополнительные риски для здоровья трансгендерных людей.

Трансгендерные люди и ВИЧ

Вопрос профилактики ВИЧ среди трансгендерных людей освещен в отдельной статье в этом сборнике.

Заключение

Как видно, ситуация с трансгендерным здоровьем в России оставляет желать лучшего. Она требует комплексного подхода для улучшения той ситуации, в которой оказались трансгендерные люди. Некоторые шаги, которые могут быть предприняты для улучшения ситуации:

1. Привести стандарты обучения медицинских работников (как врачей, так и медсестёр) по вопросам трансгендерного здоровья в соответствие с современными международными стандартами¹.
2. Включить в стандарты повышения квалификации медицинских работников (как врачей, так и медсестёр) вопросы трансгендерного здоровья и этичного обращения с трансгендерными пациентами.
3. Создать облегчённые условия получения гормональной терапии трансгендерными людьми, как пожизненно необходимой терапии.
4. Включить вопросы транс-здоровья в сферу обязательного медицинского страхования.
5. Государственным медицинским учреждениям необходимо начать рассматривать пациентские организации трансгендерных людей как партнёров и начать сотрудничать с ними.

¹ См. например, Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям / Сборник под редакцией д.м.н. Бабенко А.Ю и к.м.н. Исаева Д.Д. – СПб, ЦСИИ «Действие», 2015. – 200 с.

Вопросы здоровья ЛГБТ с особенностями развития

Спарроу Росс Джонс

Аутизм и гендерная неконформность:

есть ли причина у корреляции?*

Начиная с первых систематических исследований о возможных связях между аутизмом и гендерной дисфорией, которые были опубликованы с 2010¹ по 2016 г. (было опубликовано 25 исследовательских статей о людях с гендерной дисфорией в аутистическом спектре²), была заметна сильная корреляция между аутизмом и трансгендерностью (или гендерной неконформностью). Исследователи недавно обнаружили, что около 10 % людей, обследующихся в клиниках по гендерным вопросам, имели аутичный диагноз или могли быть диагностированы как аутисты. Это значит, что аутичные люди попадают в такие клиники в 10 раз чаще, чем неаутичные.

Стоит заметить, что согласно данным исследования, среди аутичных трансгендерных людей было одинаковое количество тех, кого при рождении посчитали мужчинами, и тех, кого при рождении посчитали женщинами. Это соотношение довольно интересное, учитывая,

* Перевод выполнен с английского языка Айманом Экфордом по изданию: Sparrow Rose Jones, Autism and Gender Variance: Is There a Cause for the Correlation? // URL: <https://bjforshaw.wordpress.com/2016/07/31/autism-and-gender-variance-is-there-a-cause-for-the-correlation/>. Русский перевод в первые опубликован 18 августа 2016 в блоге http://lgbtautistic.blogspot.ru/2016/08/blog-post_18.html Мы благодарим Аймана Экфорда за предоставление текста для публикации в сборнике.

1 De vries AL, Noens IL, Cohen-kettenis PT, Van berckelaer-onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. J Autism Dev Disord. 2010;40(8):930-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20094764>

2 Van der miesen AI, Hurley H, De vries AL. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. Int Rev Psychiatry. 2016;28(1):70-80.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26753812>

что тех, кого при рождении посчитали мужчинами, диагностируют в четыре раза чаще, чем тех, кого при рождении посчитали женщинами. Наблюдается и обратная корреляция – то есть, обращая внимание на признаки трансгендерности у молодых аутистов, было замечено, что у аутистов эти признаки проявляются в 7 раз чаще, чем у населения в целом³.

Что является причиной данной связи между аутизмом и гендерным разнообразием? Исследователи не могут дать точного ответа на этот вопрос, точно так же, как они не могут дать точного ответа на вопросы о причинах возникновения аутизма и о причинах возникновения гендерной неконформности. Исследования аутизма, как и исследования гендерного выражения и гендерной идентичности, все еще находятся в зачаточном состоянии, и поиск ответов, в основном, заключается в построении домыслов на данные темы.

Я гендерно-неконформный аутичный человек, и поэтому мои домыслы, основанные на исследованиях аутизма и гендерной неконформности, вероятнее всего, будут более достоверны, чем домыслы тех, кого эта тема не касается. Обдумывая эту тему, я пришла к выводу, что наиболее правдивыми теориями являются: теория о корреляции без прямой причинно-следственной связи; биологическая/генетическая связь; аутичное восприятие общественных норм; нейрологические отличия, влияющие на восприятие мира; и борьба за принятие и самопринятие, которую ведут многие аутичные люди в инвалидирующем их мире.

Если в этих гипотезах есть доля истины, то, вероятно, корреляция между аутизмом и гендерной неконформностью обусловлена комбинацией всех этих фактов. Вероятнее всего, аутизм, гендерное выражение и гендерная идентичность имеют гетерогенный характер. Сами причины пересечения также могут различаться в каждом конкретном случае.

³ Strang JF, Kenworthy L, Dominska A, et al. Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. Arch Sex Behav. 2014;43(8):1525-33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24619651>

Корреляция без причинно-следственной связи

Возможно, существует еще третий, невыявленный фактор. Аутичность может быть связана с этим третьим фактором, точно так же, как и гендерная неконформность, и при этом причины корреляции с третьим фактором могут быть разными. Если это так, то для того, чтобы выявить этот третий фактор и тем самым выявить истинную причину корреляции между аутизмом и гендерной неконформностью, понадобятся годы исследований.

Биологическая/генетическая связь

Несмотря на то, что «ген аутизма» еще не найден, и не существует единого мнения по поводу генетической природы аутизма, изучение аутичности у близнецов указывает на явную генетическую предрасположенность⁴. Точно так же не существует точного ответа на вопрос о возможной генетической причине транссексуальности, но изучение транссексуальности у близнецов указывает на явную генетическую предрасположенность⁵. На данный момент мало что известно об аутичном геноме, и еще меньше – о геноме транссексуальности. Это оставляет возможность для открытия потенциальной генетической взаимосвязи, либо, опять-таки, для открытия третьего фактора, который обуславливает генетическую корреляцию между аутизмом и гендерной неконформностью.

Аутичное восприятие общественных установок

Джон Стренг, детский нейрофизиолог, который работает с гендернонеконформными детьми, рассказывал в интервью⁶, что аутичным

4 Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(11):1095-102.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727249>

5 Diamond, M. Transsexuality among twins: Identity concordance, transition, rearing, and orientation. Int J Transgenderism. 2013;14(1):24-38.<http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2013-transsexuality.html>

6 Rudacille, D. Living between genders. Spectrum. <https://spectrumnews.org/features/deep-dive/living-between-genders/> April 13, 2016. Accessed July 30, 2016.

детям легче распознать собственную трансгендерность, потому что они обращают меньше внимания на социальный статус, репутацию, авторитетов, социальные нормы и чужое мнение. То, что над аутистами часто издеваются, то, что они часто являются изгоями, и что они, по многим другим причинам, могут оказаться «за бортом нормальности», помогает им переосмыслить социальные конструкты вроде гендера и гендерных ролей, и воспринимать их как что-то, что можно исследовать, а не как устоявшуюся и неизменную данность.

Восприятие, обусловленное нейроразличиями

Аутисты зачастую являются любознательными, и они склонны к адаптивному изучению (что, как заметил Келли, часто патологизируется как «одержимость» и «крайне ограниченные и фиксированные интересы»)⁷. Любознательность и склонность подвергать сомнению общепринятые нормы приводят к тому, что аутичные дети рано ставят под сомнение гендерные роли, и формируют свое собственное восприятие гендера. Склонность аутичных детей к адаптивному обучению может приводить к ранним гендерным экспериментам, а также к «полевым экспериментам», то есть к изучению различных проявлений гендера.

Гендерная неконформность может проявиться благодаря подобным исследованиям и интересам.

Опыт самопринятия

И, наконец, умение справляться с психическими сложностями, связанными с тем, что аутисты вынуждены жить в мире, созданном для нейротипиков, приводит к тому, что они раньше и быстрее принимают другие маргинализирующие аспекты своей идентичности. Аутичная жизнь способствует принятию трансгендерности, и наоборот.

⁷ Kelley, L. The pathologization of interest and curiosity. Thirty Days of Autism. <https://30daysofautism.wordpress.com/2015/05/21/the-pathologization-of-interest-and-curiosity/> May 21, 2015. Accessed July 30, 2016.

Исследуя глухих подростков⁸, ученые определяли «идентичность» как пересечение «личностного и общественного», и обратили внимание на то, что подростковый возраст является временем формирования идентичностей. Изучая идентичности глухих подростков, надо учитывать опыт, через который проходят глухие подростки, живя в мире, в котором их отличиям уделяется повышенное внимание. У людей, которые могут слышать, нет подобных проблем с формированием идентичности. Точно так же маргинализация, с которой сталкиваются аутисты, заставляет их бороться за свое место в нейротипичном мире. Те, кто не является нейроразличным, не имеют подобного опыта.

Упражнения по формированию идентичности в одной области, безусловно, приводят к формированию идентичностей в других областях, включая гендерную идентичность и идентичность на основании сексуальной ориентации. Однако, вопросы самопринятия и практики в формировании идентичности не могут объяснить корреляцию между аутизмом и гендерной неконформностью, во всяком случае ни одно исследование не показало подобной корреляции между глухотой и гендерной неконформностью или глухотой и нетипичной сексуальной ориентацией. Это не может считаться отсутствием доказательств, потому что это можно рассматривать и как недостаточное количество исследований возможной корреляции между гендерным и сексуальным разнообразием и глухотой.

В заключение стоит отметить, что аутичность, как и гендерная неконформность, является сложным явлением. Корреляция между этими двумя явлениями не вызывает сомнений. Еще только предстоит узнать сложное пересечение факторов, вызывающих подобную корреляцию, но комбинация генетической предрасположенности, аутичных социальных и когнитивных особенностей и опыт самопринятия, скорее всего, объясняют эту корреляцию, если, конечно,

8 Brice PJ, Strauss G. Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolesc Health Med Ther.* 2016;7:67-76.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847601/>

аутизм и гендерная неконформность имеют прямую связь. Но такая сильная корреляция, вероятно, не является простым совпадением. Аутизм и гендерная неконформность связаны, но настоящую природу этой связи еще только предстоит выяснить.

Приложение

Региональный форум «Здоровье ЛГБТ-сообщества»

Санкт-Петербург, 8-10 июля 2016 г.

Отчёт о Форуме

Во время Второго форума ЛГБТ-движения Санкт-Петербурга, который проходил 5-6 марта 2016 г., участники Форума подчеркнули важность темы здоровья и закрепили в Резолюции Форума следующее положение: «В связи со значимостью темы здоровья ЛГБТ-сообщества предлагается провести в 2016 г. форум ЛГБТ-движения Петербурга “Здоровье ЛГБТ-сообщества”». Ответственность за проведение Форума на себя взял Совет ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга¹.

Для проведения Форума было привлечено финансирование в рамках Программы по расширению доступа уязвимых групп населения к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе в России.

В мае 2016 г. был сформирован оргкомитет Петербургского Форума «Здоровье ЛГБТ-сообщества», в который вошли представители ЦСИИ «Действие», ИГ «Т-Действие», МРОО «Позитивный диалог», ИГ «Альянс гетеросексуалов и ЛГБТ за равноправие», РОО по борьбе со СПИД «Феникс Плюс», ИГ «Аутичная инициатива за гражданские

¹ Совет ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга был создан 12 мая 2016 г., во исполнение решения Второго форума ЛГБТ-движения Санкт-Петербурга, как консультационный орган, работающий в качестве независимой площадки ЛГБТ- и ВИЧ-сервисных организаций, инициативных групп и независимых активистов/ок с целью консолидации усилий и повышения эффективности их работы для улучшения положения ЛГБТ-сообщества города. В настоящее время участниками Совета являются следующие инициативные группы: “Действие”, “ЛюБИ”, “Радужное будущее”, “Нунтиаре эт Рекреаре”, “Т*-Действие”, “Альянс гетеросексуалов и ЛГБТ за равноправие”, а также независимые активисты Дмитрий Мусолин, Макс Оленичев, Даниил Теодори и Пётр Воскресенский. Совет открыт для присоединения других инициатив, организаций и активистов. Подробнее о Совете и о том, как присоединиться к его работе на сайте: <https://sovetlgbtspb.wordpress.com/>

права» и независимый активист Макс Оленичев. О формировании оргкомитета Форума, по решению Совета, было опубликовано открытое объявление: любая инициатива или независимый активист могли присоединиться к оргкомитету и повлиять на формирование программы Форума и его повестки. Различные участники оргкомитета вносили различный вклад по привлечению других значимых участников к его работе. Оргкомитет был открыт для присоединения к нему всё время его работы. В оргкомитет могли входить инициативы, организации и независимые активисты, которые не входили в Совет ЛГБТ-инициатив Петербурга.

Несмотря на объективную значимость вопросов здоровья сообщества до данного Форума они целенаправленно не обсуждались ЛГБТ-активистами. Исключение составляли вопросы, связанные с профилактикой ВИЧ среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). Однако исторически в России и в Петербурге ситуация сложилась таким образом, что ВИЧ-сервисные организации, работающие для и с сообществом, дистанцировались от ЛГБТ-движения, ЛГБТ-организаций и активистов. Поэтому одной из задач данного Форума было целенаправленное сближение ВИЧ-сервисных организаций и ЛГБТ-движения, разъяснение ВИЧ-сервису, что ЛГБТ-движение является основным партнёром в доступе к группе и в мобилизации группы для противостояния эпидемии и разъяснение ЛГБТ-движению актуального эпидемиологического состояния в городе и формирование у него воли для противодействия эпидемии. Иными словами, Форум должен был стать той площадкой, которая могла бы помочь сформировать волю у городского ЛГБТ-движения в работе по противодействию эпидемии ВИЧ в сообществе.

Однако обсуждение ситуации вокруг эпидемии ВИЧ было лишь одной из задач Форума. На данном Форуме планировалось обсудить более широкий круг вопросов здоровья ЛГБТ-сообщества Санкт-Петербурга: физического, психологического, сексуального и ре-

продуктивного. Другая задача Форума – стать пространством для диалога между ВИЧ-сервисом, ЛГБТ-движением и экспертным медицинским сообществом, работающим по разным аспектам, которые затрагивают вопросы здоровья ЛГБТ-сообщества. В результате работы Форума должна была быть разработана и принята городская Стратегия «Здоровье ЛГБТ-сообщества» по таким значимым темам как эпидемия ВИЧ в сообществе и противодействие ей; поддержка представителей сообщества, живущих с ВИЧ; вопросы здоровья трансгендерного сообщества; самодеструктивное поведение представителей ЛГБТ-сообщества, его профилактика; психологическая помощь ЛГБТ-сообществу и другие.

Таким образом, основной целью данного Форума являлось укрепление и усиление систем ЛГБТ-сообщества через актуализацию вопросов его здоровья, опыт взаимодействия при подготовке и проведении Форума, разработки общей городской Стратегии и дальнейшую совместную работу по реализации этой Стратегии.

Форум состоялся 8-10 июля. За 3 недели до Форума была запущена Интернет-кампания, направленная на представителей ЛГБТ-сообщества, с целью привлечения внимания к Форуму – в социальных сетях публиковались фотографии с цитатами членов оргкомитета Форума о том, почему тема здоровья является значимой. Непосредственно во время Форума была организована фото-трансляция в формате твиттер-сообщений в социальных сетях Вконтакте и Facebook (в группах организации Действие²). В социальных сетях Вконтакте и Facebook был создан хеш-тег форума: #LGBThealthforum. На форуме было записано 10 пленарных выступлений и работа одной секции, все видео размещены на ютуб-канале³. Информация о них распространена по сетям сообщества и активистов, что позволило их посмотреть не только активистам, проживающим в Санкт-Петербурге, но и из других регионов.

2 Вк: https://vk.com/center_action; FB: <https://www.facebook.com/csiiaction>

3 <https://www.youtube.com/channel/UCt6qhqJywItr1Hio9LFJGSg>

В результате работы Оргкомитета, для достижения перечисленных выше задач, была сформирована программа Форума:

День 1 (8 июля).

Была задана концептуальная рамка для работы Форума к здоровью как к одному из основных прав человека (юрист Анна Крюкова)⁴, была представлена основная информация об эпидемиологической ситуации распространения ВИЧ-инфекции среди геев, бисексуалов и других МСМ города (зам.гл.вр. городского центра СПИД Татьяна Виноградова)⁵, представлен опыт мобилизации пациентского сообщества инициативами «Пациентский контроль» и ИТРСги (Андрей Скворцов)⁶, рассказано о возможностях получения государственного финансирования на программы по профилактике ВИЧ в уязвимых группах (Мария Годлевская, НП «ЕВА»)⁷.

День 2 (9 июля).

Во второй день прозвучало шесть пленарных докладов: Почему здоровье является важной темой для ЛГБТ-активистов? (Евгений Писемский, Валерий Созаев)⁸; Индивидуализированный подход к работе с транс-людьми: мировые и российские практики (к.м.н. Дмитрий Исаев)⁹; Транс-здоровье в Петербурге: ситуация глазами

4 Видео-запись: Анна Крюкова. Право на здоровье: <http://center-action.org/anna-kryukova-pravo-na-zdorove-video/>

5 Видео-запись: Татьяна Виноградова. Эпидемиологическая ситуация в Петербурге: эпидемия ВИЧ среди МСМ? <http://center-action.org/tatyana-vinogradova-epidemiologicheskaya-situatsiya-v-peterburge-epidemiya-vich-sredi-msm-video>

6 Видео-запись: Андрей Скворцов. Доступ к лечению силами Пациентского сообщества на примере ИТРСги и Пациентского контроля. <http://center-action.org/andrej-skvortsov-dostup-k-lecheniyu-silami-patsientskogo-soobshhestva-video/>

7 Видео-запись: Мария Годлевская. Финансирование работы с уязвимыми группами НКО из государственных средств: продуктивная работа Санкт-Петербурга. <http://center-action.org/mariya-godlevskaya-finansirovanie-raboty-s-uyazvimymi-gruppami-nko-iz-gos-sredstv-video/>

8 Видео-запись: Евгений Писемский, Валерий Созаев. Почему здоровье является важной темой для ЛГБТ-активистов? <http://center-action.org/evgenij-pisemskij-valerij-sozaev-pochemu-zdorove-yavlyaetsya-vazhnoj-temoj-dlya-lgbt-aktivistov-video/>

9 Видео-запись: Дмитрий Исаев. Индивидуализированный подход к работе с транс-людьми: мировые и российские практики. <http://center-action.org/dmitrij-isaev-individualizirovannyj-podhod-k-rabote-s-trans-lyudmi-video/>

транс-людей (Антон Макинтош, ИГ «Т-Действие»)¹⁰; Подходы UNAIDS к вопросам профилактики ВИЧ среди сообщества, право на здоровье и укрепление систем сообществ (д-р Мария Болтаева, региональный Советник UNAIDS по вопросам прав человека)¹¹; Укрепление систем сообществ в контексте программы Глобального фонда (Рената Олейник, программный специалист, Глобальный фонд)¹²; Основные международные рекомендации в контексте профилактики и лечения ВИЧ и ИППП среди МСМ и трансгендеров (к.м.н Денис Камалдинов, «Гуманитарный проект», Новосибирск)¹³. Также в этот день прошло семь параллельных секций по следующим темам: профилактика ВИЧ в ЛГБТ-сообществе; аутичные люди в ЛГБТ-сообществе; ЛГБТ, живущие с ВИЧ; вопросы психологического здоровья ЛГБТ-сообщества; сексуальное здоровье; возможности медицинской помощи для транс-людей в Петербурге¹⁴; нарративная практика и забота о здоровье. В этот же день началась секционная работа в разработке Стратегии по основным пяти блокам: психологическое здоровье ЛГБТ; профилактика ВИЧ среди МСМ/ЛГБТ/ТГ; ЛГБТ, живущие с ВИЧ; здоровье транс-людей; ЛГБТ с инвалидностью.

День 3 (10 июля).

В третий день продолжилась работа по секциям сексуальное здоровье; ЛГБТ с инвалидностью; физкультура и спорт как средства борьбы с внутренней гомофобией. Состоялись две пленарные дискуссии, посвящённых разработке Стратегии. На первом пленарном обсуж-

10 Видео-запись: Антон Макинтош. Транс-здоровье в Петербурге: ситуация глазами транс-людей. <http://center-action.org/anton-makintosh-trans-zdorove-v-peterburge-video/>

11 Видео-запись: Мария Болтаева. Подходы UNAIDS к вопросам профилактики ВИЧ среди сообщества, право на здоровье и укрепление систем сообществ. <http://center-action.org/mariya-boltaeva-podhody-unaids-k-voprosam-profilaktiki-vich-sredi-soobshhestva-video>

12 Видео-запись: Рената Олейник, программный специалист, Глобальный фонд) Укрепление систем сообществ в контексте программы Глобального фонда. <http://center-action.org/renata-olejnik-ukreplenie-sistem-soobshhestv-video/>

13 Видео-запись: Денис Камалдинов. Основные международные рекомендации в контексте профилактики и лечения ВИЧ и ИППП среди МСМ и трансгендеров. <http://center-action.org/denis-kamaldinov-mezhdunarodnye-rekomendatsii-v-kontekste-profilaktiki-i-lecheniya-vich-sredi-msm-i-tg-video/>

14 Видео-запись: <http://center-action.org/sektsiya-zdorove-trans-lyudej-video/>

дении были представлены предложения к Стратегии, которые были разработаны на различных секциях. На основании этих предложений продолжилась работа и во время пленарной дискуссии. Активная дискуссия при обсуждении общей Стратегии продемонстрировала, что в целом представители сообщества готовы брать на себя ответственность по различным вопросам здоровья сообщества. В то же время, эта дискуссия выявила слабый лидерский потенциал представителей ЛГБТ-сообщества, живущих с ВИЧ. Итогом работы пленарных секций стало принятие за основу текста Дракта Стратегии и формирование пяти рабочих групп (по тематическим блокам), которые взяли на себя ответственность доработать текст Стратегии и представить его Совету ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга для окончательного утверждения.

В общей сложности на Форум зарегистрировалось свыше 90 человек, а посетило его свыше 60 участников, как независимых активистов, так и представителей следующих организаций и инициатив: Открытый Институт Здоровья, Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ITPCru), Пациентский контроль, НП «Е.В.А.», БФ «Гуманитарное действие», Петербургское отделение Федерации ЛГБТ-спорта России, Серебряная роза, Правовой сервис-центр «Спартак», ЛГБТ-служение «Nuntiare et Recreare», инициативная группа «Новичок», ЛГБТ-кинофестиваль «Бок о Бок», Проект правовой помощи трансгендерным людям, «Гуманитарный проект» (Новосибирск), Бутик исключений «Фетиш», АБЦ «Попперс», Центр интуитивного питания IntuEat, РИГ «Максимум» (Мурманск), Экспертный совет по противодействию эпидемии ВИЧ среди МСМ/ЛГБТ в России. Информационными партнёрами Форума выступили сайты OutLoudMag.eu и panniplus.com.

С приветственным словом к участникам Форума обратились Д.А. Гусев, заведующий СПбГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», начальник аналитическо-

го отдела аппарата Уполномоченного по Правам человека Санкт-Петербурга О.Л. Покровская, представительница Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулёзом и малярией Р. Олейник. Также на форуме присутствовали представители ГКУЗ Ленинградской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», СПбГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина», Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИД (UNAIDS). Приглашения участвовать в Форуме высылались в Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, однако от них ответа не поступило.

Основными результатами работы Форума являются:

- определение участниками Форума основных тематических направлений в рамках общей темы «Здоровье ЛГБТ-сообщества», предложение целей и задач для работы по этим тематическим направлениям;
- соглашение о том, что ответственность за мониторинг достижения целей и задач Стратегии берёт на себя Совет ЛГБТ-инициатив Петербурга;
- подготовка и распространение расширенного тематического сборника по результатам работы Форума.

После завершения Форума 5 тематических рабочих групп работали не равномерно: не все из них представили результаты своей работы, поэтому для финального утверждения текста Стратегии Советом ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга были взяты разделы, непосредственно разработанные на Форуме.

Стратегия «Здоровье ЛГБТ-сообщества»

Принята на Санкт-Петербургском Форуме
«Здоровье ЛГБТ-сообщества», 8-10 июля 2016 г.

Преамбула

Вопросы здоровья ЛГБТ-сообщества долгое время оставались за границей внимания ЛГБТ-движения. Тем не менее вопросы здоровья ЛГБТ-сообщества включают в себя, помимо вопросов эпидемии ВИЧ, такие темы как психологическое и психическое здоровье, в частности депрессии и самоубийства, рак груди, рак шейки матки, злоупотребление алкоголем и ПАВ, гепатит, доступ к медицинской помощи для трансгендерных людей, попытки «лечения» (в том числе насильственного) гомо/бисексуальности и неконформного гендерного поведения, отказ в предоставлении медицинской помощи по признаку СОГИ и многие-многие иные аспекты. Исследования показывают, что значительная часть ЛГБТ не получает должной медицинской помощи, поддержки и лечения¹. Основными барьерами для этого могут быть с одной стороны отсутствие обращения за медицинской помощью со стороны ЛГБТ, которые могут опасаться гомо/би/трансфобной реакции со стороны медицинских работников, либо случаи реального столкновения стигматизирующего и дискриминационного отношения по признаку СОГИ со стороны медиков и медицинских учреждений². Отмечается, что ещё одним существенным барьером для доступа ЛГБТ к адекватной медицинской помощи является гетеросексизм самой системы

1 «Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients». Gay and Lesbian Medical Association. Archived from the original on August 26, 2006. Retrieved 2008-12-28.

2 Gochman, David S. (31 August 1997). «Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants». Springer – via Google Books.

здравоохранения³. При этом важно понимать, что различные группы ЛГБТ-сообщества и субпопуляции в нём имеют свои специфические потребности, проблемы и барьеры в сфере здоровья⁴. Усугубляет ситуацию неравенства ЛГБТ-сообщества в сфере доступа к услугам здравоохранения недостаточная исследованность этой темы⁵.

Совет ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга при участии ЦСИИ «Действие», ИГ «Т-Действие», МРОО «Позитивный диалог», ИГ «Альянс гетеросексуалов и ЛГБТ за равноправие», РОО по борьбе со СПИДом «Феникс Плюс», ИГ «Аутичная инициатива за гражданские права» при ресурсной поддержке «Открытым Институтом Здоровья» в рамках Программы по расширению доступа уязвимых групп населения к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе в России, финансирующей Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, в ответ на сложившуюся ситуацию организовали и провели Санкт-Петербургский форум «Здоровье ЛГБТ-сообщества».

Форум проходил 8-10 июля 2016 г. В нём приняли участие более 60 человек, представители более чем 30 различных организаций гражданского общества и инициативных групп, а также представители медицинского сообщества, международных организаций и Аппарата уполномоченного по правам человека Санкт-Петербурга. Форум стал площадкой для диалога, обмена опытом, пространством для обсуждения потребностей, проблем и возможностей в сфере здоровья ЛГБТ-сообщества.

По результатам работы Форума участники подготовили городскую Стратегию «Здоровье ЛГБТ-сообщества», в которой определены

3 Heterosexism in Health and Social Care, Julie Fish, 2006; S. Trettin; E. L. Moses-Kolko & K. L. Wisner. «Lesbian perinatal depression and the heterosexism that affects knowledge about this minority population»; Gochman, David S. (31 August 1997). «Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants». Springer – via Google Books.

4 The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People: Building a Foundation for a Better Understanding. Institute of Medicine, 2011.

5 На английском языке есть ресурс, позволяющий увидеть спектр исследований по вопросам здоровья ЛГБТ-сообщества на сайте Американской психологической ассоциации: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/lgbt-health.aspx>

приоритеты в преодолении барьеров на пути уменьшения неравенства представителей ЛГБТ-сообщества в сфере здравоохранения и получения ими квалифицированной медицинской помощи, ухода и лечения. Стратегия структурирована по пяти основным сферам, которые были определены на Форуме: психологическое здоровье ЛГБТ; профилактика ВИЧ среди МСМ/ЛГБ/ТГ; вопросы здоровья МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ; здоровье трансгендерных людей; вопросы здоровья ЛГБТ с инвалидностью. В каждом из разделов представлено краткое обоснование его актуальности, перечислены основные барьеры, сформулированы цель, задачи и индикаторы достижения цели. Стратегия предназначена для ЛГБТ-организаций и инициативных групп города, для ВИЧ-сервисных организаций как государственных, так и организаций сообщества, для чиновников городской администрации, ответственных за разработку городской стратегии в сфере здравоохранения населения города.

Цель стратегии

Формирование ответственного отношения к здоровью у ЛГБТ-сообщества, среды и условий, способствующих доступности и качества сервисов, направленных на сохранение здоровья ЛГБТ.

Психологическое здоровье ЛГБТ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) «определяет психическое здоровье как состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может справляться с обычными стрессами жизни, может работать продуктивно и плодотворно, и способен внести вклад в свое сообщество»⁶. «Было убедительно доказано, что ЛГБТ обнаруживают более высокую, чем ожидалось, распространенность психических расстройств, и как только их права и равен-

⁶ Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий, ЮНФПА, 2015, с. 132.

ство признаются, ее уровень начинает падать»⁷. «Предрассудки и дискриминация влияют как на общество в целом, так и на отдельных людей. На социальном уровне, предрассудки и дискриминация в отношении лесбиянок, геев и бисексуалов принимают форму повседневных стереотипов о представителях этих групп... На индивидуальном уровне такие предрассудки и дискриминация также могут иметь негативные последствия, особенно если лесбиянки, геи и бисексуалы пытаются скрыть или отрицать свою сексуальную ориентацию. Хотя многие лесбиянки и геи вырабатывают навыки, позволяющие им справляться с давлением социальной стигмы в отношении гомосексуальности, эта форма предубеждения может иметь серьезные негативные последствия для их здоровья и благополучия. Влияние стигмы на отдельных лиц и группы может уменьшаться или усугубляться из-за других особенностей – расы, национальности, религии или инвалидности. Некоторые лесбиянки, геи и бисексуалы могут быть подвержены стигме в меньшей степени, а для других раса, пол, религия, инвалидность или иные особенности могут усугубить негативное влияние предрассудков и дискриминации... Предрассудки, дискриминация по признаку сексуальной ориентации и насилие являются значительными источниками стресса для лесбиянок, геев и бисексуалов. В борьбе со стрессом решающее значение имеет социальная поддержка, но из-за дискриминации и враждебности им весьма сложно найти такую поддержку»⁸. То же в равной степени относится и к трансгендерным людям.

7 Позиционный документ Всемирной Психиатрической Ассоциации по гендерной идентичности и однополой ориентации, влечению и поведению.

8 Американская психологическая ассоциация (American Psychological Association). (2008). Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. (Ответы на ваши вопросы: Для лучшего понимания сексуальной ориентации и гомосексуальности.) URL: <http://www.apa.org/topics/lgbt/sexual-orientation-russian.pdf>

Основные проблемы и барьеры для улучшения психологического благополучия и психического здоровья ЛГБТ:

- Стресс меньшинства, внутренняя стигма (внутренняя гомо/би/трансфобия), гетеро/циссексизм, гетеро/циснормативность, гомо/би/трансфобия, в том числе внутри ЛГБТ-сообщества.
- Психологи и медики обучаются по стандартам не соответствующим лучшим научным стандартам работы с ЛГБТ.
- Отсутствие или низкая психологическая культура, грамотность, рефлексивность как в обществе в целом, так и у самих ЛГБТ.

Цель: повышение психологического благополучия ЛГБТ (под психологическим благополучием мы понимаем: а) принятие себя; б) знание о разнообразных психологических услугах и умение обратиться за помощью, если потребуется; в) интегрированность в социум и наличие позитивных и удовлетворяющих отношений).

Задачи:

- Уменьшить последствия стресса меньшинства, внутренней стигмы (внутренняя гомо/би/трансфобия), гетеро/циссексизма, гетеро/циснормативности, гомо/би/трансфобии, в том числе внутри ЛГБТ-сообщества.
- Психологи и медики обучаются по стандартам соответствующим лучшим научным стандартам работы с ЛГБТ.
- Формировать психологическую культуру, грамотность, рефлексивность как в различных сегментах общества в целом, так и у самих ЛГБТ.
- Вести работу по профилактике выгорания у активистов и

специалистов помогающих профессий.

Индикаторы для цели:

- Проведено комплексное исследование уровня психологического благополучия ЛГБТ города.
- Проведено исследование доступности, охвата и удовлетворённостью ЛГБТ-сообщества города психологической помощью.
- Проведено исследование образовательных стандартов в сфере медицины и психологии в учебных учреждениях города на предмет их соответствия лучшим научным стандартам работы с ЛГБТ.

Профилактика ВИЧ среди МСМ/ЛГБТ/ТГ

Общая эпидемиологическая ситуация в Санкт-Петербурге является крайне неблагоприятной для МСМ. По данным Городского центра по профилактике и борьбе со СПИД, в 2013 г. на высоком уровне оставалась выявляемость ВИЧ-инфекции среди МСМ — 4,6%, в 2012 г. — 6,9%, в 2011 г. — 7,1%, 2010 г. — 5,8%, 2009 г. — 9,0%, 2008 г. — 2,3%⁹. При этом «по данным СПб Центра СПИД, выявляемость ВИЧ в группе МСМ превышает общегородской показатель по общей популяции жителей в 9,1 раз (46,5 и 5,1 на 1000 обследованных соответственно)»¹⁰. При этом каких-либо активных шагов как со стороны городской администрации, так и со стороны представителей сообщества не предпринимается для того, чтобы как-то влиять на

9 См.: ВИЧ-инфекция в Северо-Западном Федеральном округе Российской Федерации. Аналитический обзор Выпуск 7. — СПб, Северо-Западный Окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2014. — с. 23.

10 Виноградова Т.Н. и др. О ВИЧ инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, в российском мегаполисе. Три подхода в изучении проблемы (обобщение собственных исследований) // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2014 г., ТОМ 6, № 3. — с. 96.

эпидемию в данной группе. В целом Петербургское ЛГБТ-движение до последнего времени работало в иной плоскости и вопросы противодействия эпидемии ВИЧ для него не являлись актуальными. В то же время, по опыту других стран, очевидно, что только тогда, когда представители уязвимого сообщества начинают активно привлекать внимание к проблеме, люди принимающие решения начинают о проблеме задумываться и предпринимать какие-либо действия по преодолению проблемы. Только само сообщество может дать адекватный ответ на вызовы эпидемии, но для этого у сообщества должна появиться воля к этому.

Основные проблемы и барьеры для повышения эффективности профилактики ВИЧ среди МСМ/ЛГБ/ТГ:

- Низкая мотивация представителей сообщества для применения знаний по профилактике на практике.
- Высокая распространённость поведенческих факторов риска (злоупотребление алкоголем и ПАВ, сексуализированность, сексоголизм, сексуально компульсивное поведение).
- Отсутствие программ профилактики и информационных кампаний для различных сегментов ЛГБТ (в том числе слабая (недостаточная) включённость Т в программы профилактики).
- Социальная стигма и неблагоприятный социальный климат в отношении МСМ/ЛГБ/ТГ, а также существование негативного правового режима.
- Недостаточная заинтересованность ЛГБТ-движения города в работе для остановки эпидемии среди МСМ/ЛГБ/ТГ.
- Отсутствие политической воли на уровне администрации города для остановки эпидемии среди МСМ/ЛГБ/ТГ.

Цель: повышение уровня ответственного поведения МСМ/ЛГБ/ТГ в сфере профилактики ВИЧ.

Задачи:

- Знания о профилактике применяются сообществом на практике.
- Влияние на формирование политической воли для остановки эпидемии среди МСМ/ЛГБ/ТГ на уровне города.
- Создание комбинированных программ профилактики и информационных кампаний для различных сегментов МСМ/ЛГБ/ТГ (в том числе включённость трансгендерных людей в программы профилактики).
- Развитие тестирования силами сообщества.
- Включить вопросы профилактики ВИЧ в повестку ЛГБТ-организаций города.

Индикаторы для цели:

- Проведено изучение (таргетирование) различных сегментов МСМ/ЛГБ/ТГ, в особенности тех, которые не вовлечены в клубную субкультуру и не охватываются активистскими/профилактическими мероприятиями.
- Проведено исследование про усталость от профилактики, про тестирование, про уровень знаний и сексуальное поведение.
- Выход с профилактическими кампаниями на те сегменты МСМ/ЛГБ/ТГ, которые ранее не охватывались.
- Повышение уровня тестирования среди МСМ/ЛГБ/ТГ в ЛГБТ-организациях и через ВИЧ-сервисные организации

сообщества.

- Повышение уровня тестирования МСМ/ЛГБ/ТГ в СПИД-центре.
- Выделение ресурсов на профилактические мероприятия среди МСМ/ЛГБ/ТГ из городского бюджета.

Вопросы здоровья МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ

МСМ/ЛГБ/ТГ, живущие с ВИЧ имеют ряд специфических потребностей в сфере здравоохранения. Их можно разбить по следующим аспектам:

- вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции;
- антиретровирусное лечение и помощь;
- профилактика и лечение коинфекций и других сопутствующих заболеваний, в том числе вирусного гепатита и туберкулеза;
- меры, направленные на охрану психического здоровья.

Однако «помощь, поддержка и ведение случаев со стороны сообщества предполагают больше, чем просто предоставление услуг по профилактике и лечению... Должны быть предприняты усилия, чтобы выйти за рамки ориентирования на клинические потребности и предоставлять комплексное лечение человека»¹¹. Очень важным фактором для улучшения здоровья МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ является снижение спидофобии в ЛГБТ-сообществе, а также развитие сообщества МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ. Одним из важнейших факторов для этого является появление открытых лидеров МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ – для этого необходимо создавать соответствующие условия со стороны ЛГБТ-движения.

¹¹ Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: практическое руководство для совместных мероприятий, ЮНФПА, 2015, с. 130.

Основные проблемы и барьеры в вопросах здоровья МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ:

- Высокий уровень спидофобии внутри сообщества.
- Низкий уровень доступности психоэмоциональной поддержки в связи с ВИЧ.
- Недостаточный уровень видимых лидеров среди МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ.
- Низкий уровень доступности лечения в связи с миграцией.

Цель: Создание эффективных программ по развитию сообщества и лидерства среди МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ.

Задачи:

- Снижение уровня спидофобии внутри сообщества.
- Повышение уровня доступности психоэмоциональной поддержки в связи с ВИЧ.
- Повышение лидерского потенциала МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ.

Индикаторы для цели:

- На городском уровне есть открытые публичные МСМ/ЛГБ/ТГ, живущие с ВИЧ.
- Расширение пула психологов работающих с ЛЖВ.
- Доступность психологической поддержки в стационарных условиях (на ранних стадиях и при паллиативной помощи).
- Исследование уровня спидофобии в сообществе.
- Исследование потребностей и уровня удовлетворённости сервисами МСМ/ЛГБ/ТГ

- Увеличение числа МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ, клиентов в ЛГБТ-организациях и в ВИЧ-сервисных организациях сообщества.
- Видимость сервисов для МСМ/ЛГБ/ТГ, живущих с ВИЧ, среди ЛГБТ

Здоровье трансгендерных людей

Трансгендерные люди имеют ряд специфичных потребностей в сфере здравоохранения. Одной из основных проблем трансгендерных людей в Санкт-Петербурге является доступ к медицинским услугам. В первую очередь это доступ к транс-ориентированной медицине, то есть к медицинским процедурам, связанным с вопросами трансгендерного перехода: гормональным и хирургическим изменениям тела, а также получением разрешения на эти процедуры, которое в России непосредственно связано с постановкой диагноза. Но кроме того, трансгендерным людям, как и всем остальным, в течение жизни требуется медицинская помощь, не связанная напрямую с вопросами транс-статуса. И в доступе к этой помощи у трансгендерных людей возникают сложности, связанные как с документами, не соответствующими внешнему виду и идентичности человека, так и с нежеланием раскрытия перед врачом факта своей трансгендерности из опасения, что врач среагирует трансфобно или вовсе откажет в медпомощи.

Основные проблемы и барьеры в сфере доступа трансгендерных людей к медицинской помощи:

- Недостаточная доступность к процедурам перехода.
- Затруднённый доступ к гормональной терапии.
- Неравноправие в области доступа к гендерномаркированным медицинским услугам транс- и цисгендерных людей.

Цель: Формирование среды и условий, способствующих доступности и качеству сервисов, направленных на сохранение здоровья транс-людей.

Задачи:

- Достаточная доступность к процедурам трансгендерного перехода.
- Облегчение доступа к гормональной терапии.
- Создание условий для получения транслюдьми гендерно-маркированных медицинских услуг наравне с цисгендерными людьми.
- Повышение квалификации и информирование медперсонала в вопросах трансгендерности.

Индикаторы для цели:

- Стандарты обучения медицинских работников (как врачей, так и медсестёр) по вопросам трансгендерного здоровья приведены в соответствие с современными международными стандартами¹².
- В стандарты повышения квалификации медицинских работников (как врачей, так и медсестёр) включены вопросы трансгендерного здоровья и этичного обращения с трансгендерными пациентами.
- Созданы облегчённые условия получения гормональной терапии трансгендерными людьми, как пожизненно необходимой терапии;
- Вопросы транс-здоровья частично включены в сферу обяза-

¹² См. например, Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям / Сборник под редакцией д.м.н. Бабенко А.Ю и к.м.н. Исаева Д.Д. – СПб, ЦСИИ «Действие», 2015. – 200 с.

тельного медицинского страхования.

- Установлено партнёрство между государственными медицинскими учреждениями и пациентскими организациями трансгендерных людей.

Вопросы здоровья ЛГБТ с инвалидностью

Основные проблемы и барьеры:

- Двойная стигматизация и невидимость.
- Отсутствие доступа ЛГБТ-инвалидов к ресурсам ЛГБТ-сообщества и ЛГБТ-инфраструктуре.
- Отсутствие лидерства и сформированного сообщества.

Цель: интеграция в ЛГБТ-сообщество и формирование сообщества ЛГБТ-инвалидов.

Задачи:

- Снизить двойную стигматизацию и невидимость.
- Обеспечить доступ ЛГБТ-инвалидов к ресурсам ЛГБТ-сообщества и ЛГБТ-инфраструктуре.
- Повышение лидерства и формирование сообщества.

Следующие шаги

Для эффективной реализации настоящей Стратегии, всем заинтересованным сторонам в первую очередь необходимо:

- обеспечить тесное сотрудничество и партнёрство в планиро-

вании и реализации программ по каждой сфере Стратегии, в том числе в вопросах ресурсной поддержки программ;

- обеспечить адресное распространение данной Стратегии на региональном уровне, в первую очередь основным заинтересованным сторонам, а также сторонам, без вовлечения которых реализация данной стратегии может быть осложнена;
- способствовать развитию Совета ЛГБТ-инициатив Санкт-Петербурга как механизму координации усилий в области здоровья ЛГБТ-сообщества на городском уровне;
- проводить регулярные городские консультации по вопросам реализации данной Стратегии, внося своевременные коррективы в неё, и иные мероприятия по вопросам улучшения здоровья и благополучия ЛГБТ-сообщества города.

В Петербурге прошел Второй форум Петербургского ЛГБТ-движения

В работе Форума, прошедшем в Санкт-Петербурге 5-6 марта 2016 г., приняли участие более 50 человек: представители петербургских ЛГБТ-организаций, инициатив и проектов, а также независимые активисты и представители союзников ЛГБТ-движения, гости из организаций Москвы.

Целью мероприятия стало обсуждение актуальных вопросов ЛГБТ-движения Петербурга. Активисты старались найти ответы на вопросы о дальнейшей деятельности петербургского ЛГБТ-движения в форме докладов, дискуссий и воркшопов.

Какие первоочередные вопросы стоят перед ЛГБТ-движением Петербурга? Может ли участие ЛГБТ в деятельности профсоюзов защитить права гомосексуальных работников? Есть ли у ЛГБТ союзники, и какие формы сотрудничества с ними возможны? Какова повестка для Т*-людей, и как тактично вести себя с ними? Какие потребности существуют у ЛГБТ-семей, имеющих детей? Это и многое другое обсуждалось на встрече активистов.

Форум стал удобной площадкой для знакомств, обмена информацией и опытом, генерации новых идей. Среди его участников – родители ЛГБТ и ЛГБТ-родители, ЛГБТ с инвалидностью и особыми потребностями, Т*-люди, ЛГБТ-верующие, би-активисты и другие группы. Поэтому участникам удалось обсудить как темы повышения доступности для людей с особыми потребностями мероприятий, проводящихся ЛГБТ; так и вопросы би- и трансфобии; эффективности публичных акций; языка информирования общества о ЛГБТ-проблематике.

По итогам работы Форума активисты приняли Резолюцию об актуальных проблемах, на которых может сосредоточиться петербургское ЛГБТ-движение, а также о способах их решения. Большинство участников встречи пришли к мнению о том, что в городе необхо-

димо создать Совет ЛГБТ-инициатив, который мог бы стать площадкой для обмена мнениями, информацией и консолидации усилий для достижения целей Движения. Кроме того, участники мероприятия обратили внимание на необходимость проведения в 2016 г. в Петербурге специального форума ЛГБТ-движения, посвященного вопросам здоровья сообщества.

Форум показал способность Движения к самоорганизации снизу и готовность к взаимодействию участников друг с другом. В его оргкомитет входили представители инициатив и независимые активисты. Бюджет форума состоял исключительно из регистрационных взносов участников и добровольных пожертвований инициативных групп и активистов.

Можно сказать, что неформальным девизом этого Форума стал слоган «Ничего для нас без нас», что свидетельствует о росте самосознания Петербургского ЛГБТ-движения.

По итогам Форума можно констатировать, что несмотря на ослабевающее давление со стороны властей и угрозы со стороны ксенофобных организаций и граждан, работа по отстаиванию равных прав, защите от ксенофобии и дискриминации всех людей вне зависимости от их сексуальной ориентации и гендерной идентичности продолжается, а ЛГБТ-движение живет и развивается.

Резолюция Второго форума петербургского ЛГБТ-движения

5–6 марта 2016 г.

1. Мы, активисты, собравшиеся на Втором форуме петербургского ЛГБТ-движения, обсудив положение ЛГБТ-сообщества в Санкт-Петербурге, пришли к необходимости сосредоточить усилия Движения на следующих ниже принципах.
2. Один из основных принципов активизма — «Ничего для нас без нас», поэтому любая деятельность активистов должна включать представителей различных групп ЛГБТ-сообщества на всех этапах работы, включая планирование, реализацию, мониторинг и оценку эффективности.
3. Консолидация усилий различных групп, организаций и активистов и оптимизация обмена информацией между ними — ключевые факторы для повышения эффективности решения вопросов, стоящих перед ЛГБТ-движением.
4. ЛГБТ-сообщество разнообразно и включает в себя различные группы, в том числе людей с инвалидностью и особыми потребностями, поэтому создание инклюзивной (доступной) среды в работе ЛГБТ-организаций, инициативных групп и проектов, является ответственностью активистов.
5. Трансгендерный переход — личный выбор человека и личная ответственность, юридическое признание гендера должно быть основано на самоопределении субъекта, необходимость физической коррекции тела и ее степень определяются человеком самостоятельно.
6. Депсихопатологизация трансгендерности — отказ от устаревшей схемы категоризации транслюдей в зависимости от

степени выраженности гендерной дисфории и объема медицинских вмешательств. Трансгендерность — не болезнь, а состояние.

7. Развитие сотрудничества с различными группами, организациями и др., не относящимися к ЛГБТ, является необходимым условием для достижения целей ЛГБТ-движения.

8. Разнообразие методов активизма необходимо для достижения целей ЛГБТ-движения. Необходимо анализировать эффективность методов для достижения конкретных целей.

9. Повышение видимости ЛГБТ, в частности уличные акции, — метод, а не цель. Необходимо анализировать эффективность этого метода для достижения конкретных целей.

Участники Форума считают, что:

10. Для повышения эффективности участия представителей различных групп ЛГБТ-сообщества активистам необходимо сосредоточиться на усилении потенциала и обретении силы самими этими группами.

11. Создание безопасных пространств для различных групп ЛГБТ-сообщества, в особенности наиболее уязвимых, необходимо как для роста самосознания представителей этих групп, так и для усиления Движения в целом.

12. Личные истории представителей различных групп ЛГБТ-сообщества и непосредственное взаимодействие с потенциальными союзниками — эффективные методы для приобретения сторонников и снижения уровня ксенофобии в обществе.

13. Популяризация достоверных иностранных научных данных о различных группах ЛГБТ-сообщества необходима

различным российским группам ЛГБТ-сообщества.

14. Проведение и распространение информации о достоверных отечественных научных исследованиях по вопросам ЛГБТ является необходимым элементом достижения целей Движения.

15. Предоставлять сервисы различным группам ЛГБТ-сообщества следует исходя из их потребностей, выявленных в коммуникации с ними. Прежде чем что-либо делать, необходимо исследовать потребности групп.

16. Для включения в программы политических партий вопросов продвижения интересов ЛГБТ-сообщества нужно выстраивать диалог с ними и содействовать участию представителей ЛГБТ-сообщества в деятельности политических партий, движений и организаций.

17. Активистам необходимо использовать доступный и корректный язык при обсуждении проблем ЛГБТ.

Би-сообщество и бифобия:

18. Повышать видимость бисексуальных людей в ЛГБТ-движении и признать бифобию и невидимость бисексуальности проблемой, которая должна решаться.

ЛГБТ-родители:

19. Признать особые потребности ЛГБТ-родителей. Создать сеть дружественных специалистов, повышать доступность существующих сервисов.

Родители ЛГБТ:

20. Стимулировать общение ЛГБТ со своими родителями, так как информация, полученная от детей, является для родителей значимой.
21. Не сразу вовлекать родителей в уличный активизм, а организовывать их общение (просмотр фильмов, чаепития, мастер-классы, группы взаимной поддержки), которое может перерасти в активизм.
22. Оказывать помощь группам родителей ЛГБТ в организации их работы как особой категории групп поддержки и активистов (видеоролики, Интернет, информация о подобных инициативах).
23. Распространять информацию о группах родителей ЛГБТ на акциях, в гей-клубах и т.д.

ЛГБТ и религия:

24. Признать религиофобию, стигматизацию и маргинализацию верующих существующей проблемой в ЛГБТ-движении и начать с ней работать.
25. Признать право любого человека, включая ЛГБТ, исповедовать любую религию или не исповедовать никакой.
26. Предоставлять пространство на мероприятиях и в информационном поле ЛГБТ-движения для выражения потребностей и позиции ЛГБТ-верующих.
27. Стремиться выстраивать конструктивный диалог с верующими и находить точки соприкосновения ЛГБТ-движения и религиозных организаций.

Т*-сообщество:

28. Признать необходимость снижения уровня трансфобии, повышения информированности о транс-вопросах и развития транс-тактичности как в ЛГБТ-среде, так и в целом в обществе, поскольку Т* — часть ЛГБТ-сообщества, имеют общую стигму, являются частью Движения, среди Т* есть ЛГБ.

29. Признать приоритетной задачей обеспечение условий доступа к квалифицированной и дружественной медицинской помощи для транслюдей.

30. Поддерживать транс-проекты, вносить транс-повестку в работу ЛГБТ-организаций и включать транс-активистов в команду, отвечающую за принятие стратегических решений, предоставлять приоритет для транс-активистов в принятии решений по транс-вопросам в ЛГБТ-организациях.

31. Лоббировать медицинские интересы Т*-людей через policy makers, предоставлять медицинским работникам адекватную информацию о медицинской помощи Т*-людям, в том числе через включение транс-вопросов в программу медицинских образовательных учреждений. Способствовать установлению контактов транс-людьми с медицинскими работниками по месту жительства и формированию пула дружественных врачей.

32. Просвещение Т*-сообщества по вопросам физического, психологического и сексуального здоровья, в том числе по профилактике ВИЧ и ИППП.

Профсоюзы:

33. Признать необходимость тесной работы с профсоюзами для просвещения профсоюзного актива по теме СОГИ

и создания в профсоюзах безопасной среды для ЛГБТ.

Заключительные положения:

34. Большинство участников Форума считают, что для консолидации ЛГБТ-движения Санкт-Петербурга необходимо создать добровольный постоянно действующий Совет ЛГБТ-инициатив города как консультационную площадку.

35. В связи со значимостью темы здоровья ЛГБТ-сообщества предлагается провести в 2016 г. форум ЛГБТ-движения Петербурга «Здоровье ЛГБТ-сообщества».

Инициативные группы, принявшие участие в работе Форума:

Инициативная группа **ЛюБИ**

Альянс гетеросексуалов и ЛГБТ за равноправие

ЛГБТ-инициативная группа **«Выход»**

ЛГБТ-служение Nuntiare et Recreare

Инициативная группа **«Родительский Клуб»**

Инициативная группа **Queer-Peace**

Инициативная группа **«Радужное будущее»**

Проект **vse.lgbt**

Радужная ассоциация (г. Москва)

Инициативная группа **«Действие»**

Инициативная группа **«Т-Действие»**

Проект правовой помощи трансгендерным людям

Глоссарий

(составитель В. Созаев)

Также как и любая другая специальная, научная тема, тема сексуального и гендерного разнообразия имеет свой язык: язык таких наук, как сексология, психология, социология и антропология. В этом разделе представлены основные термины и понятия по нескольким тематическим блокам, чтобы проще было в них ориентироваться. Приведены также понятия, которых следует избегать, поскольку они некорректны либо оскорбительны. В дополнение к настоящему глоссарию рекомендуем ознакомиться с пособием «Руководство ЮНЭЙДС по терминологии 2015 г.»*

Предпочтительная терминология

Не использовать	Справочная информация	Предпочтительный термин
гомосексуализм	Суффикс -изм придает слову оскорбительный характер, поскольку термин «гомосексуализм» долгое время использовался в качестве медицинского диагноза. В настоящее время гомосексуальность перестала считаться заболеванием, поэтому необходимо использовать слово «гомосексуальность».	гомосексуальность, гомосексуальная ориентация
нетрадиционная сексуальная ориентация, нетрадиционная ориентация	Гомосексуальность и бисексуальность существовали во все времена и во всех культурах, а значит, они такие же традиционные, как и гетеросексуальность. Поэтому необходимо использовать выражения «гомосексуальная ориентация», «бисексуальная ориентация» или слова «гомосексуальность» и «бисексуальность».	гомосексуальность, гомосексуальная ориентация, бисексуальность, бисексуальная ориентация

* Руководство ЮНЭЙДС по терминологии 2015 г. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_ru.pdf

Не использовать	Справочная информация	Предпочтительный термин
гомосексуалисты, голубые, розовые, секс-меньшинства, нетрадиционалы, лицо нетрадиционной сексуальной ориентации	Пожалуйста, используйте слова «геи» и «лесбиянки» либо «гомосексуалы». Так будет корректно и не оскорбительно. Другие слова используются в гомофобной риторике.	гомосексуалы, геи, лесбиянки
нетрадиционные сексуальные отношения, нетрадиционные пары, нетрадиционные семьи	В тех случаях, когда это возможно, не стоит выделять гомосексуальность пар или семей, как это не делается в отношении гетеросексуальных пар или семей. Ваша аудитория сможет различить пол и сексуальную ориентацию людей, хотя бы по используемым местоимениям.	гомосексуальные отношения / отношения, гомосексуальные пары / пары, однополые семьи / семьи
сексуальные предпочтения	Термин «сексуальные предпочтения» обычно употребляется с целью продемонстрировать, что гомо- или бисексуальность есть результат свободного выбора, а значит, может быть «вылечена» или «изменена» волевым решением. Корректный и точный термин — «сексуальная ориентация».	сексуальная ориентация, ориентация
гомосексуальный образ жизни	Не существует какого-то «гомосексуального образа жизни». Геи, лесбиянки и бисексуалы — разные, и каждый проживает собственную жизнь.оборот «гомосексуальный образ жизни» используется с целью очернить лесбиянок и геев и подразумевает, что их ориентация — результат свободного выбора, а значит, может быть «вылечена» или добровольно изменена.	жизни геев и лесбиянок

Не использовать	Справочная информация	Предпочтительный термин
<p>пидор, педик, гомик, педераст, содомит, больной, извращенец, вырожденцы, недочеловек, девиант, перверт и т. п.</p>	<p>Эти слова, как и оскорбительная лексика в отношении других групп, не может быть использована.</p> <p>Гомосексуальность не является болезнью, поэтому эти слова не должны использоваться.</p> <p>Недопустимо: ассоциирование ЛГБТ с педофилией, жестоким обращением с детьми, сексуальным насилием, зоофилией, инцестом, промискуитетом.</p> <p>Гомо- и бисексуальность или трансгендерность сами по себе никак не связаны с педофилией, жестоким обращением с детьми, сексуальным насилием, зоофилией, инцестом или промискуитетом. Подобные обобщения часто используют гомофобные экстремисты с целью очернить ЛГБТ и показать, что они представляют угрозу для общества, семьи и детей.</p>	
<p>трансгендеры, трансгендер</p>	<p>Не говорите: «Николай, трансгендер,...», или «на встрече было много трансгендеров». Лучше так: «Николай, трансгендерный мужчина,...» или «На встрече было много трансгендерных людей».</p> <p>При описании историй трансгендерных людей, пожалуйста, используйте правильные термин или термины, чтобы описать их гендерную идентичность. Например, о человеке, который родился мужчиной и совершает переход, чтобы стать женщиной, правильно писать трансгендерная женщина,</p>	<p>трансгендерные люди, трансгендерный человек</p>

Не использовать	Справочная информация	Предпочтительный термин
	а о человеке, который родился женщиной и совершает переход, чтобы стать мужчиной, — трансгендерный мужчина.	
смена пола, дооперационный, послеоперационный	Ссылка на операцию по коррекции пола, или с использованием таких терминов, как до- или послеоперационной, неточно показывает, что необходимо делать операцию в целях перехода. Там где обратное не оправданно темой, избегайте чрезмерного подчеркивания хирургических вопросов при обсуждении трансгендерных людей или обсуждении процесса перехода.	переход
он-она, она-он, мужженщина, это, оно	<p>Эти слова дегуманизируют трансгендерных людей. Их использование категорически неприемлемо.</p> <p>Когда это возможно, спросите трансгендерных людей, какое местоимение они хотели бы чтобы вы использовали по отношению к ним. Если по какой-то причине невозможно задать вопрос трансгендерному человеку о предпочитаемом местоимении, то используйте местоимение, которое согласуется с гендерным выражением. Например, если человек носит платья и использует имя Анна, то правильным будет местоимение женского рода.</p> <p>Избегайте путаницы в местоимениях при описании истории трансгендерных людей до их перехода. Лучше рассказывать об истории трансгендерных людей с позиции сегодняшнего дня, что позволит избежать</p>	<p>Абсолютно всегда необходимо использовать то имя, которое выбрал себе трансгендерный человек.</p> <p>Совершенно неуместно писать в кавычках имя или местоимение трансгендерного человека, которое соответствует его гендерному выражению и гендерной идентичности.</p>

Не использовать	Справочная информация	Предпочтительный термин
	путаницы и, возможно, неуважительного использования неправильных местоимений.	
гей-брак, однополый брак	<p>Отношения партнёров одного пола регулируются общим брачным законодательством. С точки зрения закона какого-то отдельного «однополого брака» не существует. Поэтому корректно говорить о «браке» или «партнерстве» между представителями одного пола.</p> <p>В материалах об однополых семьях никогда не заключайте в кавычки слова «брак», «семья», «родители», «матери», «отцы».</p>	брак, партнерство, брак для однополых пар, брак для пар геев и лесбиянок, брак между представителями одного пола
особые права	Гомофобные экстремисты часто говорят, что «сексуальные меньшинства требуют для себя особых прав», хотя на самом деле речь идет о том, что по закону ЛГБТ не должны подвергаться дискриминации, т. е. они имеют и должны иметь точно такие же права, как и все остальные, включая, к примеру, право на брак.	равные права, равная защита
лидер ЛГБТ-сообщества	У ЛГБТ-сообщества нет ни лидера, ни директора, ни «главного гея», в отличие от ЛГБТ-организаций. Не надо путать первое со вторыми.	директор организации, представитель организации, активист и т.д.

Сексуальность и гендер: общая терминология

Андроцентризм – социальная фиксация (акцентирование) на мужественности, мужском опыте и игнорирование женщин и женского опыта, когда мужские жизненные модели и мужской тип мышления устанавливаются в культуре в качестве универсальных, в то время как женские рассматриваются в качестве отклонения.

Андрофобия – социальная фобия, которая заключается в боязни мужчин. Противоположна мизогинии.

Асексуалы, асексуальные люди — определение или самоопределение людей, которые не испытывают или испытывают слабое сексуальное влечение. Относительно асексуальности было мало исследований, однако те из них, что были проведены, утверждают, что она как минимум не менее распространена, чем, к примеру, гомосексуальность. Асексуалы могут страдать от постоянного общественного давления, побуждающего их вступать в брак, завести детей, соответствовать гетеронормативным ролям.

Биологический пол — набор биологических характеристик, на основании которых человека приписывают мужскому и женскому полу или определяют как интерсекс-человека. Биологические уровни пола: генетический пол, гонадный пол, морфологический пол, церебральный пол. «Пол, как правило, приписывается при рождении. Выбор классификации и определения тела, как мужского или женского, базируется на социальных ожиданиях и социальных потребностях общества. В большей части мира господствует медицинская точка зрения о том, что представляет собой «нормальный» мужчина или «нормальная» женщина. Пол является континуумом, а не дихотомией. Отсутствие понимания этой реальности приводит к отрицанию

культурного разнообразия.

Гендерная вариативность (гендерная неконформность) – поведение, гендерное выражение, гендерная идентичность или гендерные роли, которые не соответствуют общепринятым ожиданиям к отдельному человеку на основании его или ее пола, приписанного по рождению. Гендерная вариативность может быть признаком трансгендерности. В то же время, гендерная вариативность может не быть признаком трансгендерности, а свидетельствовать о более широком выборе гендерного сценария нетрансгендерным человеком.



мужественность
(аскулинность)

гендерная вариативность/
неконформность

женственность
(фемининность)

Гендерная идентичность — самоощущение индивидом внутренних особенностей гендерной принадлежности, которая может как совпадать, так и не совпадать с полом по рождению, включая ощущение своего тела и другие проявления, такие как одежда, речь, особенности поведения. Люди, чья гендерная идентичность не совпадает с полом, приписанным при рождении, называются трансгендерными людьми. Людей, чья гендерная идентичность совпадает с полом, приписанным при рождении, называют цисгендерными людьми, таких людей большинство.

Гендерная роль — набор социальных и поведенческих норм, которые обычно считаются подходящими для людей в соответствии с их приписанным по рождению полом в социальных или межличностных отношениях в рамках конкретных обществ.

Гендерная система – многоуровневый феномен, объединяющий в себе социальные, институциональные и символические практики, через посредство которых мужчины и женщины разделяются по

половому признаку и оказываются в асимметричных отношениях с обществом и друг другом.

Гендерная схема – структура знаний, организованная на основе категории гендера.

Гендерная схематизация – это усвоение (интернализация) личностью гендерной поляризации, которая существует в культуре, это усвоенная готовность видеть реальность как естественно поделённую на поляризованные половые и гендерные категории и в то же время воспринимать реальность единой и неделимой (естественно или неестественно) в отношении какого-либо другого набора категорий. Гендерная схематизация – это наложение основанной на гендере классификации на социальную реальность, группы людей, черт личности, типов поведения и другого на основе поляризованных дефиниций маскулинности и фемининности, преобладающих в культуре.

Гендерная поляризация – одна из гендерных линз культуры, формирующая социокультурную реальность, сущность которой заключается в вере в то, что психологическая и половая природа мужчин и женщин в корне различна.

Гендерная цензура – игнорирование в публичном пространстве (особенно в пространстве СМИ) голосов гендерных групп, чей стиль жизни, интимные привязанности или иные формы самоидентификации или самовыражения рассматриваются как отклонение от гетеронормативной модели общественного устройства.

Гендерное выражение (англ. Gender expression) — внешнее проявление и демонстрация своей гендерной идентичности как соответствующей «женской» или «мужской» роли с помощью поведения, одежды, причёски, голоса, а также соответствия культурно обусловленным характеристикам женских и мужских черт. Трансгендерные

люди через гендерное выражение проявляют свою гендерную идентичность, а не пол, приписанный по рождению. Сексуальная ориентация и гендерное выражение – не связаны: гетеро, гомо и бисексуальные люди могут выражать в своём поведении любой гендер.

Гендерный порядок – исторически сконструированный паттерн (шаблон, система) властных отношений между мужчинами и женщинами (либо, если в обществе признаются иные гендеры, то и они также включаются) охватывающий все аспекты социальной жизни и соответствующие ему определения фемининности (женственности) и маскулинности (мужественности).

Гетеронормативность (нормативно-гетеросексуальная модель) — модель общественного устройства, при котором брачные отношения возможны исключительно в формате «мужчина — женщина», при этом прочие гражданские взаимоотношения также учитывают гендерную нормативность субъектов, и все гендерно-ненормативные лица в той или иной степени поражаются в гражданских правах; предписываемый обществом и государством обязательный гетеросексуальный образ жизни для всех людей.

Гетеросексизм — идеология, основанная на предубеждении против сексуального и гендерного разнообразия, утверждающая в качестве единственной естественной и приемлемой для всех людей сексуальной ориентацией, моделью поведения и идентичностью гетеросексуальность.

Гетеросексистская культурная матрица — исторически сконструированная система властных отношений и практик, устанавливающая, утверждающая и воспроизводящая доминирование гетеросексуальности над всеми иными формами сексуальности во всех сферах бытия человека.

Гетероцентризм — (часто бессознательное) предположение или допущение, что каждый из людей, с которым индивид имеет дело, — гетеросексуал (если его/ее ориентация заранее не известна), и вытекающие из этого предположения формы общения.

Геттоизация - создание локальных замкнутых, изолированных поселений или полная изоляция от окружающей культурной среды. Может быть как в форме самогеттоизации, когда какая-либо группа людей изолируется в силу разных причин от других (например, в силу существующей стигмы и дискриминации). Либо может быть в форме внешней, по отношению к группе, политики, когда, например, по указу администрации города в городе выделяется какое-либо место в которое переселяются представители определённой группы. Геттоизация влечет многочисленные негативные последствия, наиболее важным из которых является усиление межгрупповой вражды в обществе, падение доверия и способности граждан к сотрудничеству.

Деконструкция — стиль критического мышления, направленный на поиск противоречий и предрассудков через разбор формальных элементов. Цель деконструкции — разоблачение догматизма во всех видах.

Дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности — любое различие, исключение, ограничение или предпочтение, основанное на сексуальной ориентации или гендерной идентичности, имеющее целью или следствием унижение или умаление права на равенство перед законом или равную защиту со стороны закона, либо признания, использования или осуществления на равных началах всех прав человека и основных свобод.

Идеология — совокупность системно упорядоченных взглядов, выражающая интересы различных социальных классов и других

социальных групп, на основе которой осознаются и оцениваются отношения людей и их общностей к социальной действительности в целом и друг к другу и либо признаются установленные формы господства и власти (консервативные идеологии), либо обосновывается необходимость их преобразования и преодоления (прогрессивные идеологии).

Инкультурация – процесс приобщения индивида (или группы) к культуре, усвоения существующих привычек, норм и ценностей, паттернов поведения, свойственных данной культуре, в том числе в сфере гендера и сексуальности.

Интерсекс-люди – это обобщающий термин, используемый для описания людей, которые родились с генетическими, гормональными, генитальными или другими половыми характеристиками, которые не совпадают со стереотипными представлениями о мужском или женском теле. Человек может обладать биологическими чертами, которые считаются относящимся к обоим полам, или отсутствие одной из характеристик часто считалось как основа для определения одной из заданных категорий. Существует множество интерсекс-вариаций, возможно, более чем 40. За исключением очень небольшого количества интерсекс-вариаций, которые действительно могут представлять медицинские проблемы, большинство интерсекс-людей не имеют врожденных проблем со здоровьем, которые связанные с их статусом интерсекс. Интерсекс-характеристики являются естественным выражением телесного разнообразия человеческого тела. Интерсекс-состояние – это не трансгендерность: интерсекс-люди могут быть как цисгендерными, так и трансгендерными.

Ключевые группы — это группы населения, которые из-за особых форм поведения подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования независимо от типа эпидемии или местного контекста. Кроме того, часто имеются правовые и социальные аспекты,

связанные с их формами поведения, которые усиливают незащищенность этих групп от ВИЧ. Выделяют 5 ключевых групп: мужчины, имеющих секс с мужчинами; люди, находящиеся в местах лишения свободы; люди, употребляющие наркотики; секс-работники; трансгендерные люди.

Криминализация – 1. Процесс закрепления криминалистических «ярлыков» (стигм) (например, «преступник») за теми типами поведения, которые считаются социально или нравственно нежелательными; 2. Включение поведения, которое не вписывается в стандарты гетеросексизма, в классификацию преступных деяний, подлежащих наказанию и принятие легитимирующих это соответствующих гетеронормативных законов.

Конструктивизм - теоретическое направление, утверждающее, в противоположность эссенциализму, роль индивидов в создании воспринимаемой ими социальнокультурной реальности.

Ксенофобия – ненависть, нетерпимость или неприязнь к кому-либо или чему-либо чужому, незнакомому, непривычному. Восприятие чужого как непонятого, непостижимого, а поэтому опасного и враждебного. Гомо, би, трансфобия – частные формы ксенофобии.

Линзы гендера (гендерные линзы) – получившие распространение в культуре представления в отношении женщин и мужчин. В истории западной культуры Сандра Бем выделяет три линзы гендера: 1. Линзу гендерной поляризации (психологическая и половая природа мужчин и женщин в корне различна), 2. Линзу андроцентризма (мужчины по своей природе представляют господствующий, или лучший пол) и 3. Линзу биологического эссенциализма (различия между мужчинами и женщинами, как и мужское превосходство, являются врождёнными, а потому и естественными).

Линзы культуры – это разработанная в культуре система познания,

находящаяся между реальным миром и индивидуальным сознанием.

Маргинализация (от лат. *Marginalis* — находящийся на краю) — процесс, в ходе которого отдельные индивиды или группы вытесняются на периферию основного общества, а иногда и исключаются из него.

Медикализация — процесс закрепления медицинских «ярлыков» (стигм) (например, «психическая ненормальность», «девиация», «перверсия», «отклонение от нормы») за теми типами поведения, которые считаются социально или нравственно нежелательными; 2. Включение поведения, которое не вписывается в стандарты гетеросексизма, в классификацию болезней и расстройств, устанавливающих соответствующие диагнозы.

Мизогиния (от греч. *Misos* — отвращение и *gynē* — женщина) — ненависть по отношению к женщинам, женоненавистничество. Характерный для некоторых мужчин психологический комплекс, выражающийся в презрении и ненависти ко всему женскому полу. Женщины обвиняются в легкомысленности, косности, отсутствии духовных интересов, хитрости, коварстве, жадности и тому подобном. Мизогиния является прямым следствием патриархата и мужского сексизма. Противоположна андрофобии.

МКБ-10 — международная классификация болезней 10 пересмотр, принята воз в 1990 году, россия на неё перешла в 1999 г. В МКБ-10 говорится, что «сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство».

Моногамия — форма семейных отношений, в которых находятся два человека. Противопоставляется полигамии, в рамках которой один человек одновременно состоит в семенных отношениях с более чем одним человеком.

Моногамный центризм — идеология, провозглашающая, что естественной, «нормальной», «высокоморальной» формой взаимоотношений является моногамия. Это убеждение так часто воспринимается как само собой разумеющееся, что обычно его никто не замечает и не ставит под сомнение. С точки зрения моногамного центризма жизнь тех людей, кто не вступил в стабильные, длительные (лучше «на всю жизнь»), освященные браком парные отношения, не удалась, исключение составляют священники и монахи.

Парный центризм — убеждение в том, что пара — это «естественная ячейка общества» и цель любого человека — создание подобной пары, иначе, без «второй половины», человек неполноценен.

Патриархат — господство мужчин над женщинами; строй и идеология при которой существует дискриминация людей по признаку пола.

Патриархатный — имеющий отношение к патриархату. Важно отличать от «патриархальный»

Принудительная гетеросексуальность — политический институт в патриархатной системе; то, что постоянно навязывают, регулируют, организуют, пропагандируют и сохраняют насильно. Термин введён Адриенн Рич в 1980 г.

Промискуитет (от лат. Promiscuus — смешанный, общий) — беспорядочные, ничем не ограниченные сексуальные связи со многими партнёрами. Данный тип поведения могут практиковать люди любых сексуальных и гендерных идентичностей. Тот или иной тип СОГИ никак не связан с участием в данной практике.

Полиамория — система этических взглядов на любовь, допускающая возможность существования множественных любовных отношений у одного человека с несколькими людьми (а также между

несколькими людьми) одновременно, с согласия и одобрения всех участников этих отношений. Полиамория не является полигамией (многоженство) или полиандрией (многомужество).

Решетка сексуальной ориентации Клейна — методика изучения сексуальной ориентации, модифицированная в 1980-е годах Ф. Клейном на основе существовавшей до того, шкалы Альфреда Кинси. Клейн модифицировал методику, включив в нее переменную времени (прошлое, настоящее, будущее), а также дополнительные подшкалы: сексуальные влечение, поведение, фантазии, социальные и эмоциональные предпочтения и самоидентификацию.

Сегрегация – разделение людей в обществе на категории по признаку различия социальных статусов, требующее ограничения сферы жизнедеятельности, при котором контакты между группами воспрещены частично или полностью.

Секс-негативизм — негативное отношение к любым проявлениям сексуальности, кроме сексуальности в гетеросексуальном браке (желательно с целью репродукции). Сексуальность воспринимается как разрушительная сила, которую необходимо подчинять и укрощать. Секс-негативизм является неотъемлемой частью социального консерватизма, который выступает за жесткий контроль сексуальной сферы со стороны государства.

Секс-позитивность — отношение к любым формам добровольных сексуальных отношений как здоровым, приятным и приемлемым, благотворно влияющим на людей. Секс-позитивизм основывается на признании сексуальной свободы и принятии выражения сексуальной индивидуальности людей.

Сексизм (от лат. *Sexus* — пол) — дискриминация человека по полу, в обществе может быть представлен в виде системы стереотипов или даже идеологии. Может проявляться как в отношении женщин, так и

в отношении мужчин.

Сексуальная идентичность — самоидентификация индивида с людьми, имеющими ту или иную сексуальную ориентацию, самоощущение в качестве индивида с данной сексуальной ориентацией.

Сексуальная индивидуальность — развивающиеся у каждого человека индивидуальные особенности сексуальных потребностей, ориентаций, фантазий, чувств и активности.

Сексуальная ориентация — один из компонентов сексуальности человека, определяемый как относительно устойчивое эмоциональное, романтическое, сексуальное или эротическое (чувственное) влечение индивида к другим индивидам определенного пола. Всемирная организация здравоохранения выделяет три типа сексуальных ориентаций, которые признаются вариантами нормы: а) гомосексуальность — влечение к лицам своего пола; б) бисексуальность — влечение к лицам своего и другого пола; в) гетеросексуальность — влечение к лицам другого пола. Некоторые учёные выделяют в качестве отдельной сексуальной ориентации асексуальность, т.е. отсутствие у человека эмоционального, романтического, сексуального или эротического (чувственного) влечения к другим индивидам (при этом важно отличать асексуальность от целибата, т.е. выбора человека не вступать в сексуальные отношения с другими людьми). Сексуальная ориентация, как минимум, включает в себя такие компоненты как сексуальное влечение, романтическое влечение, сексуальное поведение, сексуальную идентичность. Все эти компоненты сексуальной ориентации не тождественны и даже у одного человека могут в разное время быть направлены по-разному и иметь большую, либо меньшую интенсивность. При этом люди не всегда выражают свою сексуальную ориентацию в поведении. Сексуальная ориентация не является выбором, она определяется сложным взаимодействием биологических, генетических, гормо-

нальных, психологических, социальных и экологических факторов. Сексуальная ориентация является континуумом, а не дихотомией. Отсутствие понимания этой реальности приводит к отрицанию существования разнообразия сексуальностей.



гетеросексуальность

бисексуальность

гомосексуальность

Сексуальное влечение — влечение, вызванное сексуальным желанием или интересом.

Сексуальное здоровье — состояние физического, эмоционального, умственного и социального благополучия, связанного с сексуальностью; это не просто отсутствие заболеваний, физических отклонений или недомогания. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного отношения к сексуальности и половым отношениям, а также наличие возможности безопасно вести половую жизнь, приносящую удовлетворение, свободную от принуждения, дискриминации и насилия. Достижение и поддержание сексуального здоровья неразрывно связано с уважением, защитой и соблюдением присущих людям сексуальных прав.

Сексуальное поведение — способ, с помощью которого люди выражают свою сексуальность.

Сексуально-репрессивные культуры — культуры, в которых сексуальность подавляется различными способами. Подобные культуры существуют во всех уголках мира. Сексуальная репрессивность, как правило, оправдывается ссылками на религиозные и моральные принципы. Сексуальность оправдывается исключительно в целях репродукции. В наиболее радикальных вариантах сексуальная репрессивность проявляется в запрете любых бесед о сексуальности, наготы, физиологических процессах. Брачные отношения, как пра-

вило, регулируются старшим поколением. В обществах с сексуально-репрессивной культурой увеличивается уровень невротизации и психотизации населения.

Сексуальность — один из центральных аспектов бытия человека на протяжении всей его жизни. Включает в себя пол, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, половой инстинкт, удовольствие, эротизм, близость и репродукцию (размножение). Сексуальность проявляется и выражается в мыслях, желаниях, фантазиях, убеждениях, установках, ценностях, поступках, поведении, гендерных ролях и отношениях. Несмотря на то что сексуальность может включать в себя все эти аспекты, не всегда все они ощущаются и проявляются. На сексуальность влияет совокупность биологических, психологических, социальных, экономических, политических, этических, правовых, исторических, религиозных и духовных факторов.

Сексуальные права — права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, в международных документах по правам человека и других общепринятых документах. Как компонент фундаментальных прав человека они являются неотчуждаемыми и всеобщими. Они включают право каждого человека в свободе от принуждения, дискриминации и насилия на:

- Наивысший достижимый уровень сексуального здоровья, включая доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья;
- Решать все вопросы относительно своей сексуальности, включая проблемы сексуального и репродуктивного здоровья;
- Равноправные, доверительные, основанные на взаимном уважении и взаимной ответственности сексуальные отношения;

- Поиск, получение и передачу информации, относящуюся к сексуальности;
- Сексуальное образование;
- Уважение физической неприкосновенности;
- Свободу в выборе партнера;
- Самостоятельное принятие решения быть сексуально активным или нет;
- Вступление в половую связь по обоюдному согласию;
- Самостоятельное принятие решения иметь детей или нет и когда иметь;
- Ведение приятной, безопасной и позволяющей достичь удовлетворения половой жизни.

Социальный контроль - система способов воздействия общества и социальных групп на личность с целью регуляции ее поведения и приведения его в соответствие с общепринятыми в данной общности нормами.

Социокультурная идентичность – принадлежность человека к некоторой социальной общности, определяемой конкретной исторической данностью (коллективная идентичность).

Стигма - сильный социальный стереотип, который полностью меняет отношение к другим людям и к самому себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества.

Стигматизация – процесс закрепления «ярлыков» (стигм) за теми типами поведения, которые считаются социально или нравственно нежелательными.

Стратификация - термин, применяемый для обозначения структурированного социального неравенства, условий, при которых социальные группы имеют неравный доступ к таким социальным благам, как деньги, власть, престиж, образование, информация, профессия.

ональная карьера, самореализация и т.п. Социальное неравенство может проявляться как неравные возможности (или неравное вознаграждение за одни и те же усилия или достижения) не только для социальных групп, но и для отдельных людей внутри группы.

Транс-паника — оправдание аналогичное гей-панике, применяемое в тех случаях, когда жертвы — транссексуальные или интерсексуальные люди.

Трансгенерационные отношения — отношения между представителями разных поколений.

Феминизм — в широком смысле: общественное движение за равноправие женщин и мужчин.

Цисгендерное допущение — это мнение, что по умолчанию все люди являются цисгендерами: таким образом, существование трансгендерных людей стирается.

Эгалитарный (фр. Эгалитаре - уравнивательный) — основанный на равенстве.

Эссенциализм (эссенция - сущность) - теоретическая концепция, в основе которой лежит идея о некоем данном (природой или богом), существующем вечно и неизменно.

Термины и понятия, относящиеся к лесбиянкам, геем, бисексуалам

Аутинг (англ. Outing) — публичное разглашение личной информации об ориентации или гендерной идентичности человека против его желания и согласия, не является добровольным камин-аутом.

Бисексуал/ка (мн. Бисексуалы, бисексуальные люди) — человек, которого физически, романтически и/или эмоционально привлекают мужчины и женщины.

Бисексуальная невидимость (англ. Bisexual erasure, bisexual invisibility) — форма бифобии, тенденция игнорировать, удалять, фальсифицировать или интерпретировать факты присутствия бисексуальных людей в истории, научных кругах, политике, СМИ или других первичных источниках. В крайней форме бисексуальная невидимость проявляется как отрицание существования бисексуальности и бисексуальных людей. Бисексуальная невидимость достаточно часто встречается в СМИ. В частности, в материалах посвященных бисексуальному поведению в древних и не западных культурах, говорится о распространенности гомосексуальности, хотя в равной степени можно говорить о распространенности и принятия бисексуальности. Или игнорирование бисексуальной идентичности публичных персон. Например, когда пишут о леди гага и ее поддержке ЛГБТ-сообщества игнорируется то, что сама она публично определяла себя как бисексуалка.

Бифобия — предвзятое отношение к бисексуальным людям, которое основано на мифах, стереотипах или отсутствии достоверной информации. Наиболее распространенным бифобным мифом является представление о том, что бисексуальные люди сексуально распущенны, аморальны и служат главными распространителями венерических заболеваний.

Внутренняя гомофобия (интернализированная гомофобия)

– осознанное или неосознаваемое отвращение и/или страх гомосексуалов и бисексуалов к гомосексуальности, к себе; страх перед собственным возможным гомосексуальным поведением или неприятие себя в качестве гомосексуальной личности.

Гей (мн. Геи, англ. Gay) — гомосексуальный мужчина, признающий свою сексуальную ориентацию. В английском языке прилагательное gay или gay women может иногда использоваться и в отношении женщин, однако в отечественной традиции гомосексуальных женщин называют лесбиянками.

Гетерофобия – отрицательные эмоции, которые могут испытывать представители сексуальных и гендерных меньшинств по отношению гетеросексуалам. Может проявляться в нежелании любой коммуникации с гетеросексуалами, самоизоляции.

Гомонегативизм — рациональное, интеллектуальное неприятие гомосексуальности, которое может сопровождаться или не сопровождаться отрицательными эмоциями (гомофобией).

Гомосексуалы, гомосексуальные люди — собирательное понятие для обозначения геев и лесбиянок. В английском языке в настоящее время считается устаревшим и носящим уничижительный и оскорбительный характер. По стандартам associated press, new york times и washington post рекомендовано использовать слова «геи» и «лесбиянки».

Гомосексуальный образ жизни (gay life stile) — спекулятивное понятие, используемое в гомофобной пропаганде с целью очернить геев, лесбиянок и бисексуалов. Поскольку нет единого для всех «гетеросексуального образа жизни», не существует и «гомосексуального образа жизни». Геи, лесбиянки, бисексуалы различаются по полу, возрасту, образованию, профессиям, увлечениям и многим другим характеристикам, которые формируют многообразные жизненные

стили.

Гомофобия — неконтролируемые отрицательные эмоции (страх, отвращение, гнев и т. п.) По отношению к лесбиянкам и геям. В более широком значении — любые проявления негативного отношения (ненависти или неприязни, агрессии) к представителям ЛГБТ-сообщества.

ЖСЖ - женщины (гомо-, би- или гетеросексуальной ориентации), практикующие секс с женщинами, термин используемый сугубо в медицинских целях при анализе эпидемиологии ИППП.

Закрытый гей, бисексуал; закрытая лесбиянка, бисексуалка — понятие, описывающее человека, который не открыт (не совершал камин-аут) относительно своей сексуальной ориентации. Противоположность: открытый гей, бисексуал.

Камин-аут (англ. Coming out — раскрытие, выход) — дословно «выход во вне», обозначает процесс открытия человеком своей гомо-, бисексуальности, трансгендерного или интерсексного статуса окружающим людям. Данный процесс начинается с того, что человек принимает самого себя, и длится всю жизнь, поскольку камин-аут может совершаться перед каждым новым знакомым.

Коммерческая гомосексуальность — тип сексуального поведения, не связанный с сексуальной ориентацией, практикуется гетеросексуальными по своей ориентации и поведению людьми для достижения коммерческой выгоды (мужчины-секс-работники, практикующие секс с мужчинами, порно-актёры).

Квир (англ. Queer — чудной, странный, извращенный) — термин, обозначающий любую не соответствующую традиционной патриархатной модель поведения и идентичности (ЛГБТ, бдсм, чайлдфри, феминистки и феминисты и пр. эгалитарные модели). Используется многими западными активистами как самоназвание. Однако поскольку изначально это слово носит оскорбительный характер, то

далеко не все согласны с его употреблением. В английском языке его рекомендуют использовать исключительно тогда, когда именно так себя называет сам человек.

Лесбиянка (мн. Лесбиянки, англ. Lesbian) — гомосексуальная женщина, признающая свою сексуальную ориентацию.

Открытый гей, бисексуал, открытая лесбиянка, бисексуалка — человек, который открыто идентифицирует себя как соответствующим образом в личной, публичной или профессиональной жизни.

Псевдогомосексуальность — типы сексуального поведения не имеющие отношения к сексуальным предпочтениям (сексуальной ориентации) самого субъекта (человека, практикующего это поведение). Выделяют три основных типа псевдогомосексуальности: транзиторная, заместительная и коммерческая.

Транзиторная гомосексуальность — тип сексуального поведения подростков, не связанный с сексуальной ориентацией, носит игровой, экспериментальный характер, ограничена во времени и наблюдается в возрасте так называемой юношеской гиперсексуальности.

Заместительная гомосексуальность — тип сексуального поведения, не связанный с сексуальной ориентацией, носит временный характер и практикуется при недоступности половых партнёров противоположного пола, особенно в учебных заведениях закрытого типа, армии, местах лишения свободы или в иных однополых коллективах. Причиной однополых контактов в данном случае является неудовлетворённость гетеросексуального влечения и принуждение.

Коммерческая гомосексуальность — тип сексуального поведения, не связанный с сексуальной ориентацией, практикуется гетеросексуальными по своей ориентации и поведению людьми для достижения коммерческой выгоды (мужчины-секс-работники, практикующие секс с мужчинами, порно-актёры).

Термины и понятия, относящиеся к трансгендерности

Внутренняя трансфобия (интернализированная трансфобия) – осознанное или неосознаваемое отвращение и/или страх трансгендеров к трансгендерности, к себе или неприятие себя в качестве трансгендерной личности.

Камин-аут (англ. Coming out — раскрытие, выход) — дословно «выход во вне», обозначает процесс открытия человеком своего трансгендерного или интерсексного статуса окружающим людям. Данный процесс начинается с того, что человек принимает самого себя, и длится всю жизнь, поскольку камин-аут может совершаться перед каждым новым знакомым.

Кросс-дрессеры (англ. Cross-dresser — поперечный, противоположный + одевающийся; неправильно - трансвеститы) — люди предпочитающие иногда надевать одежду другого пола. Кросс-дрессеры не стремятся изменить приписанный при рождении пол. Кросс-дрессинг связан с гендерным выражением и не обязательно имеет в себе какую-то эротическую подоплеку. Кросс-дрессинг никак не связан с сексуальной ориентацией.

Переход (трансгендерный переход, транзишн) (англ. Transition) - время, в период которого человек начинает жить соответственно своей идентичности, а не приписанному при рождении полу. Часто включает в себя смену имени и внешнего вида. Может (но не обязан!) Включать в себя медицинские и юридические аспекты: гормонотерапию, хирургические изменения, смену удостоверяющих личность документов.

Сексуальная ориентация — физическое, романтическое и/или эмоциональное влечение к другому человеку. Сексуальная ориентация и гендерная идентичность не связаны. Трансгендерные люди могут быть лесбиянками, геями, бисексуалами, гетеросексуалами или по-

лиамурными. Например, персона, которая совершает переход из мужского пола в женский (МтФ) и которую привлекают женщины, будет лесбиянкой.

Трансгендерные люди (транс-люди) — собирательный термин для обозначения людей, у которых не совпадает гендерная идентичность и пол, приписанный при рождении. Этот термин может включать, но не ограничиваться: кроссдрессеров (трансвеститов), транссексуальных и других гендерно-вариативных людей. Нетрансгендерные люди называются цисгендерными. Сексуальная ориентация, гендерная идентичность и гендерная вариативность не связаны. Трансгендерные люди могут быть лесбиянками, геями, бисексуалами или гетеросексуалами.

Транссексуальные люди — трансгендерные люди, стремящиеся скорректировать свой внешний вид в соответствии с самоощущением. Если переход совершается от мужского анатомического пола к женскому (male-to-female, МтФ), то говорят о транс-женщинах; если переход совершается от женского анатомического пола к мужскому (female-to-male, ФтМ), то говорят о транс-мужчинах. Поскольку термин «транссексуализм» является медицинским диагнозом, то по-русски корректно говорить «транссексуальность» и использовать его только в медицинском контексте. В других случаях предпочтительно использовать понятие «трансгендерность», либо иное, которое предпочитают сами люди.

Трансфобия — термин, обозначающий преднамеренные и непреднамеренные реакции в виде отвращения, ненависти или неприятия по отношению к трансгендерности и/или к трансгендерным людям. Трансфобия – это форма насилия как физического (вплоть до избиений и убийств), так и психологического, например, отказ признавать право на выражение человеком своей гендерной идентичности.

Хирургическая коррекция пола (англ. Sex reassignment surgery)

— один из этапов перехода. Некорректно говорить о «смене пола» или «изменении пола», поскольку речь идет о приведении к единству гендерной идентичности и анатомической структуры пола. Только — «коррекция пола». Не все трансгендеры стремятся к хирургической коррекции пола, а исключительно транссексуальные люди. Журналистам необходимо избегать чрезмерного акцентирования внимания на хирургической коррекции пола в процессе перехода.

Термины и понятия, относящиеся к работе ЛГБТ-движения

Адвокация (англ. Advocacy) — дословно «действия в защиту общественных интересов»; стратегия, направленная на защиту и продвижение интересов ЛГБТ-сообщества, обеспечение равных прав во всех сферах жизнедеятельности и защиту от дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Активизм — это любые усилия, направленные на усиление и расширение возможностей самоопределения личности и сообщества, создание альтернативных организационных механизмов и институтов, а также усиление сообщества и увеличение количества и качества доступных им ресурсов (Нэнси Нэллс).

Антигомосексуальная пропаганда — см. Пропаганда гомофобии.

Антисексизм - позиция активного неприятия и противостояния любой дискриминации на основе пола и гендера.

Аффирмативные практики (англ. Affirmative - позитивный, положительный, утвердительный) — действия направленные на поддержание каких-либо социальных групп. Также к аффирмативным практикам может быть отнесена аффирмативная терапия — психотерапия ЛГБТ, направленная на поддержку ЛГБТ, воспринимающая гомо и бисексуальность в соответствии с критериями воз как варианты нормы, и поддерживающая трансгендерных людей в признании их гендерной идентичности. Аффирмативное богословие и аффирмативные церкви — богословие рассматривающее сексуальное и гендерное разнообразие как дар божий людям и церкви открытые для ЛГБТ как прихожан, так и служителей.

Виктимность — предрасположенность человека попадать в ситуации, связанные с опасностью для его жизни и здоровья; склонность стать жертвой преступления. Работа ЛГБТ-движения направлена, в

том числе, на снижение уровня виктимности ЛГБТ-людей.

Гей-гордость, чувство собственного достоинства геев (англ. Gay pride) — концепция, которая провозглашает ключевым аспектом гомосексуальной (и шире ЛГБТ) идентичности чувство собственного достоинства. В данном случае чувство собственного достоинства противопоставляется стигматизации и маргинализации ЛГБТ, которым они подвергаются в гомофобном, гетеросексистском обществе. «Быть геем стыдно», — провозглашают гомофобные экстремисты. В противоположность этому концепция гей-гордости утверждает, что быть ЛГБТ не стыдно, что сексуальная ориентация и гендерная идентичность не делают человека лучше или хуже, что ЛГБТ могут гордиться тем, что они выжили во враждебной гомофобной обстановке.

Гей-прайд-парад (англ. Gay pride parades) — мероприятия, посвященные ЛГБТ-культуре и провозглашению необходимости обеспечения равных прав для всех независимо от СОГИ. Дословный перевод «парад гей-гордости». Изначально гей-парады проходили в последнюю субботу июня, в память о восстании представителей ЛГБТ-сообщества в нью-йорке в 1969 году, известном как «стоун-волльские бунты». Изначально гей-парады назывались «кристофер стрит дей», «освободительный марш геев» и т. п. Как правило, непосредственно само уличное шествие проходит в выходной день и венчает собой неделю или месяц различных просветительских, культурных, спортивных, благотворительных и пр. мероприятий. Сейчас в английском языке гей-парады сокращенно называют «gay pride» или просто «pride». Это название восходит к концепции «гей-гордости».

Гендерное равенство – принцип социального устройства признающий равноценность всего многообразия гендеров.

Государственная гомофобия, гомофобия поддерживаемая го-

сударством (англ. State-sponsored homophobia) — поддержка гомофобии на государственном уровне через криминализацию гомосексуальности, поддержку законов, ограничивающих права ЛГБТ, молчаливое одобрение использование языка вражды по отношению ЛГБТ со стороны государственных чиновников.

Диффамация – распространение порочащих сведений, которые могут не носить клеветнического характера или опозорение в печати, известна уголовному законодательству как преступление, близкое к клевете, но отличающееся от неё двумя признаками: 1) диффамация есть оглашение каких-либо позорящих фактов в печати, тогда как клевета может быть совершена на словах или в письме; 2) в диффамации преступный момент заключается в самом оглашении в печати позорящих сведений, независимо от их правильности, клевета же всегда рассматривается как сообщение заведомо ложных сведений. Поэтому против обвинения в клевете можно защищаться, доказывая правильность сообщенных сведений, а против диффамации указанием на это защищаться нельзя. ЛГБТ-люди достаточно часто подвергаются диффамации, поэтому одна из задач ЛГБТ-движения – защита ЛГБТ-людей от диффамации.

Институционализируемая гомофобия (англ. Institutional homophobia) — дискриминация людей по признаку СОГИ, нормативно закреплённая на уровне государственных институтов, церковью, СМИ и т. д.

Инциденты, мотивированные ненавистью — происшествия, действия или проявления нетерпимости, совершенные с дискриминационной мотивацией, которые не рассматриваются как преступления на почве ненависти из-за недостаточности доказательств в суде совершения уголовного преступления или наличия дискриминационного мотива, или потому, что сам акт может не рассматриваться в качестве уголовного деяния в соответствии с национальным

законодательством.

ЛГБТ-движение — социально-культурное движение за права человека для сексуальных и гендерных меньшинств, которое стремится добиться изменений в правовых институтах, обществе и культуре, направленных на обеспечение прав лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров, за искоренение гетеросексизма, гетеронормативности, гомо- и трансфобии.

ЛГБТ-сообщество — размытая в своих границах группа людей (лесбиянок, геев, бисексуальных, трансгендерных людей и др.), Объединенная тем, что их поведение, образ жизни и/или сексуальная ориентация, а также гендерное самовыражение не вписываются в рамки гетеронормативной модели мира и гетеросексистской культурной матрицы.

Мобилизация сообщества — процесс развития потенциала сообщества, используя который члены сообщества, группы или организации планируют, осуществляют и оценивают деятельность на постоянной основе и с привлечением к участию для улучшения положения как всего сообщества, так и отдельных членов сообщества.

Моральная паника - преувеличенная, усиленная средствами массовой информации общественная реакция на изначально относительно малозначащее событие. Моральная паника кристаллизует популярны страхи и страсти. Чаще всего она даже не пытается искать реальные причины проблем и условия, которые они обнажают, но ограничивается поиском «ведьм» в хорошо известных социальных группах («аморальных» и «дегенеративных»). Сексуальность имеет особый статус в отношении такой паники, и сексуальные «девианты» давно стали всех устраивающими козлами отпущения. Некоторые теоретики также утверждают, что моральная паника поощряется правительствами как полезное средство мобилизации политиче-

ской поддержки путем создания общей «угрозы».

Общество выученной беспомощности – тип обществ, в которых у значительной части людей формируется покорность, приобретаемая в случае, если люди не чувствуют возможности контроля над повторяющимися неприятными событиями; после нескольких неудачных попыток воздействовать на негативные обстоятельства среды, люди не предпринимают попыток к улучшению своего состояния, хотя имеют такую возможность.

Преступления на почве ненависти (hate crime) — уголовные преступления, совершаемые по дискриминационным мотивам. Преступления на почве ненависти включают запугивание, угрозы, повреждение имущества, нападение, убийство или любое другое уголовное преступление, когда жертва, место или цель преступления выбраны по причине их реальной или приписываемой связи, привязанности, поддержки, членства или принадлежности к ЛГБТ-группе. Подозрение, что мотивом преступника является сексуальная ориентация или гендерная идентичность жертвы, должно быть обосновано.

Пропаганда гомосексуализма — оборот используется гомофобными активистами с целью создания извращенного представления о целях и задачах ЛГБТ-движения, якобы желающего чтобы все, а в особенности несовершеннолетние, стали гомосексуальными. Гомосексуальность не является идеей, учением или ценностной установкой, т. е. тем, что можно пропагандировать, это особенность психики, проявляющаяся помимо воли индивида. В СМИ данное понятие нужно заключать в кавычки либо оговаривать «так называемая».

Пропаганда гомофобии — это организованная общественно-политическая деятельность (заявления, поведение, акции, государ-

ственные мероприятия), основанная на выражении негативного и нетерпимого отношении к гомосексуальности и проводимая в целях распространения идеологии, базирующейся на антигомосексуальных установках, а также на осуждении, стигматизации или дискриминации представителей сексуальных меньшинств.

Равные возможности — практическое обеспечение равных условий для реализации прав и свобод человека и гражданина в соответствии с национальным законодательством, а также общепринятыми принципами и нормами международного права независимо от сексуальной ориентации и/или гендерной идентичности.

Равные права, права человека ЛГБТ — речь идет об универсальных правах человека, закрепленных во всеобщей декларации прав человека, таких как право на жизнь, защиту от преступлений на почве ненависти, право на брак, запрет дискриминации в сфере труда, образования, культуры, жилья и т. д.

Расширение прав и возможностей сообщества — это процесс, в котором представители маргинализованного сообщества, имеют необходимые права, возможности и поддержку, чтобы самим обращать внимание на структурные ограничения в сфере здоровья, прав человека и благополучия, с которыми они сталкиваются, и улучшать свой доступ к услугам по снижению риска инфицирования ВИЧ.

Сексуальные и гендерные меньшинства — зонтичный термин, используемый для описания людей, чьи сексуальная ориентация, сексуальная идентичность, сексуальные практики отличаются от большинства людей, и/или гендерная идентичность, гендерное выражение не совпадают с полом, приписанным этим людям при рождении, а также социальное выражение не конформно культурным нормам и ожиданиям того, как будет выражаться тот или иной гендер. Чаще всего, этот термин применяют по отношению к лесбиян-

кам, геям, бисексуальным и трансгендерным людям (ЛГБТ). Также его могут использовать в отношении интерсекс-людей.

Стресс меньшинства – это форма социального стресса, которому подвержены индивиды и сообщества вследствие их принадлежности к стигматизированным группам, в отношении которых существуют предрассудки и дискриминация. В результате жизни в стрессовой социальной среде – стрессе меньшинства – люди, принадлежащие к стигматизированным группам, испытывают больше проблем со здоровьем в отличие от тех людей, которые не относятся к группам меньшинств.

Язык вражды – мотивированные ненавистью высказывания по отношению к ЛГБТ относятся к публичным выступлениям, которые распространяют, подстрекают, стимулируют или оправдывают идеи ненависти, дискриминации или враждебности к ЛГБТ, например заявления политических и религиозных лидеров и других авторитетных лиц, распространяемые в прессе или интернете, направленные на подстрекательство к ненависти.