



УКРАЇНСЬКИЙ  
ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-  
ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ

## **ДИПЛОМНАЯ РОБОТА**

**«КПТ гендерной дисфории/гендерного  
несоответствия и проблем гендерной  
идентификации у подростков»**

**Татьяна Василенко**

**Киев 2021**

## Содержание

Введение.....	3
Основные понятия.....	5
Пол, гендер, сексуальная ориентация.....	7
Диагностические критерии гендерной дисфории/гендерного несоответствия у подростков и взрослых согласно DSM-5.....	8
Феноменология, Эпидемиология.....	10
Этиология.....	14
Международные медицинские стандарты помощи подросткам с гендерной дисфорией (гендерным несоответствием).....	16
Унифицированный клинический протокол медицинской помощи при «Гендерной дисфории» (Украина).....	21
КПТ подростков с гендерной дисфорией/гендерным несоответствием и проблемами гендерной идентификации.....	23
Выводы.....	37
Список литературы.....	41

## **Введение**

Тема гендерной идентификации в обществе всегда вызывает резонанс, т.к. сама по себе- противоречивая и неоднозначная. За три десятка лет позиция ученых в вопросе проблем гендерной идентификации резко изменилась. Даже у психологов поднятие этого вопроса вызывает множество противоречий: кто-то сторонник традиционных взглядов и ценностей, кто-то более либеральный в своем восприятии, и это нормально.

В последнее время я все больше сталкиваюсь с такими запросами от подрастающего поколения, как проблемы гендерной идентификации. От подростков часто звучит: «Помогите мне понять кто я?», «Я себя не знаю», «Я не понимаю своей сексуальной ориентации», или «Хочу изменить пол, помогите мне на этом пути», «Я ненавижу свое тело» и т.д. От родителей запрос звучит иначе: «Помогите справиться с этим подростковым возрастом», «Донесите ей, чтобы не делала глупостей», «Можете почистить голову?». Часто позиция родителей- «испуганно-непонимающая». И это понятно. Ведь вопрос касается не только внешнего вида, но функционирования в жизни и обществе.

Еще недавно проблемы гендерной идентификации в обществе было табуированными, ведь ПОЛ- это «судьба»- было для многих истинным со времен Фрейда.

### ***Из истории***

Только в начале 80-х годов советская психиатрия присоединилась к ВОЗ и приняла Международную классификацию болезней, которую адаптировала для своего использования. Сначала транссексуализм характеризовался как «Половые извращения» и «Транссексуализм», и имела следующее описание: "Половое извращение, основанное на убеждении субъекта в том, что имеющиеся у него половые признаки ему не соответствуют. В результате поведение направлено на изменение половых органов путем операции, либо на стремление скрыть свою половую принадлежность с помощью переодевания в одежду противоположного пола". Как правило, психиатрами такое состояние характеризовалось как «бредовая симптоматика» и несчастные люди получали «клеймо» на всю свою жизнь, проходя так

называемое лечение от «транссексуального бреда», и лишь немногим удавалось быть принятым и адаптированным в социальной жизни.

***Настоящее время:***

В МКБ-11, которая вступит в силу 1 января 2022 года, существенно пересмотрена классификация состояний, связанных с гендерной идентичностью. В разделе «состояния, связанные с сексуальным здоровьем» указано «гендерное несоответствие», которое кодируется тремя состояниями:

- Гендерное несоответствие в подростковом или взрослом возрасте (HA60): заменяет F64.0.
- Гендерное несоответствие в детстве (HA61): заменяет F64.2.
- Гендерное несоответствие, неуточнённое (HA6Z): заменяет F64.9.

Кроме того, из МКБ-11 убраны диагнозы «расстройство сексуального созревания» и трансвестизм двойной роли. МКБ-11 определяет гендерное несоответствие как «выраженное и стойкое несоответствие между переживаемым индивидом гендером и приписанным полом», с аналогичными DSM-5 определениями, но при этом не требует для постановки диагноза значительного дистресса или нарушения психического состояния.

***По сути за 3 десятка лет позиция ученых кардинально изменилась – от психического расстройства с бредовой симптоматикой до «гендерного несоответствия».***

На сегодня изучение психосексуального развития и связанных с ним проблем требует серьезного междисциплинарного подхода. Положительные результаты в этой области возможны только благодаря множеству дисциплин на базе биологических и социальных наук.

## **Основные понятия**

**Биологический пол** человека-это совокупность анатомических, физиологических, биохимических и генетических характеристик, отличающих мужской организм от женского. Включает в себя: гены, определяющие пол, половые хромосомы XY/XX, гормоны, половые железы, внутреннюю репродуктивную систему и внешние половые органы.

**Гендер**- В психологии — социально-биологическая характеристика, с помощью которой люди дают определение понятиям «мужчина» и «женщина». Поскольку пол является биологической категорией, социальные психологи часто ссылаются на те гендерные различия, которые обоснованы биологически, как на «половые».

**Гендерная идентичность**- внутреннее самоощущение человека как представителя того или иного гендера.

**Гендерная роль**-Набор ожидаемых образцов поведения (норм) для мужчин и женщин.

**Стереотип** -Мнение о личностных качествах группы людей. Стереотипы могут быть чрезмерно обобщенными, неточными и резистентными к новой информации.

**Конформность** -Тенденция изменять свое поведение или убеждения в результате реального или воображаемого давления группы.

**Дискриминация** -Неоправданно негативное поведение по отношению к определенной группе и отдельным ее членам.

**Трансгендерность**- это несовпадение гендерной идентичности или гендерного выражения человека с биологическим полом.

**Сексуальная ориентация**- устойчивый паттерн романтического или сексуального влечения к людям противоположного пола или гендера, либо к обоим полам или более чем к одному гендеру. Разделяют на гетеросексуальность, гомосексуальность, бисексуальность.

**Сексизм** - Индивидуальные предвзятые установки и дискриминирующее поведение по отношению к представителям того или иного пола;

*институциональная практика (даже если она не мотивирована предрассудком), выражающаяся в том, что представителям того или иного пола навязывается подчиненное положение.*

**Трансвестизм (кроссдрессинг)** -ношение одежды или аксессуаров, которые в обществе ассоциируются с противоположным полом.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

**Феминность** – совокупность поведенческих и психических черт, свойств и особенностей, объективно присущих женщинам, в отличие от мужчин

**Маскулинность** – совокупность поведенческих и психических черт, свойств и особенностей, объективно присущих мужчинам, в отличие от женщин (Кон).

**Андрогиния** – совмещение в индивиде маскулинных и фемининных черт .На андрогинность ориентировано современное адекватное гендерное воспитание. Один из примеров: мальчикам можно плакать («мужчины не плачут» – токсичная установка), девочкам можно доминировать и настаивать на своем («женщина должна быть мягкой, уступать» – токсичная установка).

**Гендерная роль** понимается как «нормативные предписания и ожидания, которые соответствующая культура предъявляет к «правильному» мужскому или женскому поведению и которые служат критерием оценки маскулинности или феминности ребенка или взрослого»

<b>Пол</b>	<b>Гендер</b>	<b>Сексуальная ориентация</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Муж.</li> <li>• Жен.</li> </ul>	<p><b>Основные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Цисгендер (гендер и пол совпадают)</li> <li>• Трансгендер (гендер и пол не совпадают)</li> <li>• Третий пол</li> </ul>	<p><b>Основная:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гетеросексуал (привлекают люди противоположного пола)</li> <li>• Гомосексуал (привлекают люди того же пола)</li> <li>• Бисексуал (влечение к людям обоих полов).</li> </ul>
	<p><b>Дополнительные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Бигендер (между двумя гендерами)</li> <li>• Андрогин (нет гендера)</li> <li>• Пангендер (и муж и жен)</li> <li>• Гендер-флюид (нет постоянства)</li> <li>• Гендер-квир (небинарный гендер, за пределами бинарной системы).</li> <li>• Демигендер (преимущественно муж., но немного жен.)</li> </ul>	<p><b>Дополнительная:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антисексуал (против идеи сексуальности)</li> <li>• Полисексуал (привлекают многое гендеры, но не все)</li> <li>• Пансексуал (привлекают все гендеры)</li> <li>• Асексуал (никто не привлекает)</li> <li>• Аутосексуал (привлекает «Я сам»)</li> </ul>

**Пол, гендер, сексуальная ориентация**

Гендер и сексуальную ориентацию, как правило, разделяют на основные и дополнительные.

### **Диагностические критерии гендерной дисфории/гендерного несоответствия у подростков и взрослых согласно DSM-5**

А. Выраженное несоответствие между гендерным самоощущением/гендерной экспрессией и гендером рождения на протяжении не менее 6 месяцев, проявляющееся в виде как минимум двух из нижеперечисленных признаков:

- Выраженное несоответствие между гендерным самоощущением/гендерной экспрессией и первичными и/или вторичными половыми признаками (или, в начале пубертатного периода, ожидаемым появлением вторичных половых признаков)
  - Сильное желание избавиться от первичных и/или вторичных половых признаков по причине их выраженного несоответствия гендерному самоощущению/гендерной экспрессии (или, в начале пубертатного периода, желание предотвратить развитие ожидаемых вторичных половых признаков)
  - Сильное желание приобрести первичные и/или вторичные половые признаки другого гендера
  - Сильное желание принадлежать к другому гендеру (или иному гендеру, отличному от приписанного)
  - Сильное желание восприниматься как представитель другого гендера (или иного гендера, отличного от приписанного)
  - Сильная убежденность в обладании типичными ощущениями и реакциями другого гендера (или иного гендера, отличного от приписанного)

Б. Это состояние связано с клинически значимыми страданиями или ухудшением качества жизни в социальной, профессиональной или иных областях.

*Уточнить в случае, если:*

1. Состоянию сопутствует нарушение формирования пола.
2. Состояние присутствует после совершения трансгендерного перехода, то есть, пациент в настоящее время постоянно живет в соответствии с желаемым гендером (который был или не был изменен юридически), и прошел (или планирует пройти) как минимум одно медицинское вмешательство или терапевтический курс, связанные с половой принадлежностью, такие как регулярная терапия половыми гормонами или хирургическая операция по подтверждению желаемого гендера (например, пенэктомия, вагинопластика у рожденных мужского пола; мастэктомия или фаллопластика у лиц, рожденных женского пола).

Ссылка: Американская Психиатрическая Ассоциация (14).\_\_



**Транссексуализм (F64.0) имеет три критерия:**

1. Желание жить и приниматься обществом как человек противоположного пола, часто сопровождаемое стремлением привести свое тело в максимальное соответствие с желаемым полом путем хирургической операции и гормонотерапии;
2. Идентификация с полом, противоположным биологическому, сохраняется в течение как минимум 2 лет;
3. Данное состояние не является симптомом какого-либо ментального расстройства или генетической, интерсексуальной либо хромосомной аномалии.

## **Феноменология, Эпидемиология**

(Из материалов «Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков»)

Американская психиатрическая ассоциация выявляет целый ряд поведенческих особенностей детей, указывающих на то, что они относят себя к противоположному полу. Эти особенности включают в себя:

- 1. Заявление о своей половой принадлежности.**
- 2. Костюмированные игры, переодевание.**
- 3. Выбор игрушек.**
- 4. Ролевые игры.**
- 5. Выбор товарищей по играм.**
- 6. Особенности моторики и речи.**
- 7. Заявление о половой анатомии.**
- 8. Вовлеченность в игры, похожие на драку.**

В целом наблюдается устойчивое предпочтение форм поведения, типичных для противоположного пола и отказ от поведения, более характерного для своего пола, либо избегание такого поведения.

Большинство поведенческих черт начинают проявляться до статочного рано, в возрасте 2-4 года. Многие, кто имеет ребенка, мог заметить особенности поведения, например у мальчиков, когда они начинают примерять мамину одежду или обувь, залазить в ее косметичку. Вскоре у многих детей эта «одержимость» материнскими вещами проходит, но у некоторых остается.

Как раз в этом возрасте, когда у ребенка активно формируется речь и мышление, активно начинается процесс идентификации, поиск себя через игру, взаимодействие. Эта начало первой стадии гендерной идентификации и понимания «Кто Я?». Ребенок оказывается «вброшен» в социум, где все предопределено- гендер, гендерные роли, социальные стереотипы и ребенок начинается понемногу «себя осознавать».

### ***Заявление о половой принадлежности***

Некоторые дети еще до наступления школьного возраста начинают решительно заявлять, что на самом деле принадлежат к противоположному полу и упрямо придерживаются этого мнения. Попытки их переубедить не увенчиваются успехом.

В моей практике только 1 маленькая 5-летняя девочка, Вера, заявляла о том, что она хочет быть мальчиком. Она выбирала активные подвижные игры с мальчиками, куклы не признавала.

У детей младшего школьного возраста явное желание стать представителем противоположного пола довольно часто исчезает само собой, однако остается небольшой процент детей, у которых это желание остается и они начинают всерьез размышлять о том, как сменить пол.

### ***Переодевание***

Переодевание (трансвестизм) является одним из наиболее ярких признаков того, что человек отождествляет себя с противоположным полом. Очень распространено явление, при котором мальчики носят материнскую одежду, каблуки, красятся помадой. Согласно исследованию Ричарда Грина (1976), наиболее вероятный возраст между 2 и 3 годами. Обычно вскоре такое поведение проходит, но у тех, у кого сохраняется, это может вызывать сильное беспокойство родителей. Так, например, мальчик младшего школьного возраста, по возвращению домой после уроков, он буквально одержим желанием переодеться в одежду матери. При попытках ограничения его такого поведения, он ухитрялся прятаться, чтобы переодеться.

Что касается девочек, то их подчеркнутый отказ от типично женских платьев происходит в основном из-за конфликта с матерью, в таком случае девочки предпочитают мужской вид одежды, и если родители все-таки настаивают на своем, это вызывает вспышку гнева.

### ***Выбор игрушек и ролевые игры***

Многие мальчики, затеявая ролевые игры, изображают женщин, своих матерей, сестер, а также персонажей из фильмов и книг. Так же часто дети идентифицируют себя с персонажами противоположного пола. Так, например, мальчик может идентифицировать себя с доброй феей из мультфильма.

Девочки, как правило, выбирают мужские роли, изображают отцов и братьев, либо персонажей из книг и фильмов. Они проявляют интерес к типичным мальчишеским занятиям и играм. В таких играх девочки выбирают роль защитника, предпочитают бои и сражения.

### ***Выбор товарищей по играм***

В выборе товарищей по играм большинство мальчиков весьма охотно присоединяются для игр к группам девочек. Такое предпочтение сохраняется и у мальчиков старшего возраста, но при этом, они все чаще оказываются в одиночестве, и их социальная изоляция усиливается, поскольку у старших детей все сильнее развивается «половое разграничение», группы мальчиков часто отдельно играют от групп девочек. Некоторые мальчики чаще находятся в одиночестве, не имея товарищей по играм, но у некоторых может завязаться искренняя дружба с девочками. Среди мальчиков наблюдается стойкое стремление избегать мальчиков как товарищей по играм, некоторые из них очень опасаются повреждений, которые могут получить в играх, похожих на драку.

Касательно девочек, значительное их большинство успешно присоединяются к группе мальчиков. У некоторых девочек отношения со сверстниками крайне бедны, нет друзей \ни своего, ни противоположного пола., но у некоторых возникает искренняя дружба с мальчиками, выросшая из общих интересов. В младшем школьном возрасте у многих девочек присутствует сильный соревновательный аспект, что усиливает их отвержение.

### ***Манера поведения и голос***

Некоторые мальчики демонстративно делают «женоподобные движения», например, аккуратно убирают волосы с лица, или нарочито говорят тонким голосом, который похож на девчачий.

Точно так же девочки совершают типично мужские телодвижения, например, намеренно изменяют походку, идут широкими шагами, пытаются говорить низким мальчишеским голосом.

### ***Патологическое недовольство своей анатомией***

По этому вопросу нет стойких исследований, но некоторые наблюдения: некоторые мальчики предпочитают мочиться сидя, вероятно, что это может поддерживать фантазию про их женские половые органы. Некоторые пытаются спрятать пенис.

У девочек с патологическим недовольством своей анатомией выражается в стремлении «отрастить» себе пенис. Девочки более старшего возраста бывают охвачены дистрессом, когда узнают о предстоящих изменениях своего тела, связанных с половым созреванием. Некоторые скрывают грудь, не ходят на пляж, надевают свободную одежду.

### ***Участие в играх, похожих на драку***

Мальчикам подобного рода не нравятся игры, похожие на драку, а также состязательные командные виды спорта, как и вообще агрессия в широком смысле, все это вызывает в них тревогу. Некоторые из них пугаются, услышав агрессивную речь.

В противоположность им, некоторые девочки с удовольствием участвуют в играх, похожих на драку и часто переживают агрессивные фантазии.

Распространенность гендерной дисфории/гендерного несоответствия у детей и подростков недостаточно изучена. Тем не менее, это достаточно редкое явление.

По критериям 2013 года диагноз «гендерная дисфория» имеют от 0,005% до 0,014%. Но это неточные цифры.

Порядка 85% детей, заявлявших когда-то о своем гендерном несоответствии, со временем принимают свой пол, данный при рождении.

Существенное отличие гендерной дисфории (ГД) у детей и подростков заключается в том, что ГД у детей часто проходит самостоятельно в раннем возрасте и к пубертату не проявляется, а если сохраняется в подростковом возрасте, то вероятность ее присутствия во взрослом возрасте увеличивается. У подростков часто при появлении вторичных половых признаков отвращение к своему телу, усиливается.

Подростки с гендерной дисфорией достаточно часто имеют коморбидные расстройства, например, тревожность и депрессию и оппозиционно-вызывающее поведение.[de Vries et al., 2010], А так же расстройства аутистического спектра тоже в разы повышают риск развития дисфории. Особое внимание следует обратить на возможное формирование ПРЛ в подростковом возрасте.

## Этиология

*(из материалов Кеннет Дж, Цукер, Сьюзен. Дж. Бредли) «Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков»)*

### Биологические исследования

Что касается детей с расстройством гендерной идентичности в следующих сферах: когнитивные способности; численное соотношение родных братьев и сестер; очередность рождения; темперамент; внешняя привлекательность - не найдено доказательств влияния этих факторов на формирование гендерной идентичности.

Так же были рассмотрены доказательства влияний различных факторов, как - генетика поведения, молекулярная генетика, пренатальные половые гормоны, предродовый материнский стресс, нейропсихология, нейроанатомия, физическая антропометрия. Некоторые исследования в этой сфере только начинаются, но прямых доказательств влияния биологических факторов, наука пока не нашла. Единственное, что можно сказать с уверенностью, дети с расстройством гендерной идентичности являются детьми с уязвимым характером, легко подвергающимся сильной тревоге.

Природа, например, гомосексуальности до сих пор не определена. Согласно исследованиям, единого гена, который отвечает за сексуальную ориентацию нет, но есть генетические маркеры, которые косвенно указывают на возможность формирования гомосексуальности.

### Психологические исследования

Исходя из психологических исследований в таких сферах: предродовое предпочтение пола ребенка, социальное поощрение, психосексуальное развитие матери, материнское эмоциональное функционирование, отношение отцов к сыновьям, отсутствие отца, отцовское эмоциональное функционирование, авторы пришли к следующим выводам: родительское предпочтение пола будущего ребенка во время беременности матери никак не связано с расстройством гендерной идентичности у детей, в то же время есть весомые доказательства влияния других психологических факторов, таких как **социальное поощрение**. Роль семейной психопатологии также представляется важной для дальнейшего изучения, поскольку существуют доказательства наличия большей психопатологии в тех семьях, где растут дети с расстройством гендерной идентичности, чем в семьях с обычными детьми. Эта тема для будущих исследований.

На данный момент медленно продвигается эмпирическое подтверждение теории о социальной поощрении, объясняющем поведение, характерное для определенного пола. Родители проявляют положительное внимание к формам поведения, соответствующим гендерной принадлежности ребенка значительно чаще, чем отрицательное внимание к межгендерному поведению детей.

**Международные медицинские стандарты помощи подросткам с гендерной дисфорией (гендерным несоответствием) (взято из материалов Standarts-of-Care-2018)**

Гендерная дисфория/гендерное несоответствие могут сопровождаться психологическими или психиатрическими проблемами. Поэтому, необходимо, чтобы врачи, выдающие рецепты на гормональные препараты и участвующие в диагностике и психосоциальной оценке, удовлетворяли следующим критериям:

- компетенция в использовании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM) и/или Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в диагностических целях,
- способность поставить диагноз «гендерная дисфория/гендерное несоответствие» и провести дифференциальный диагноз с иными состояниями, имеющими сходные симптомы (например, дисморфофобией),
- подготовка в области диагностики психиатрических заболеваний,
- способность оказать помощь или направить пациентов для оказания помощи,
- способность с психосоциальной точки зрения оценить уровень понимания и психического здоровья человека, а также социальных условий, способных повлиять на проведение гендерно-аффирмативной гормональной терапии,
- регулярное участие в профессиональных конференциях по данной области.

Учитывая психосоциальную уязвимость многих людей с гендерной дисфорией/гендерным несоответствием, важно обеспечить доступность психологического консультирования и психотерапии до начала и на протяжении трансгендерного перехода, а также иногда после его завершения. Диагностика детей и подростков должна выполняться специалистом, имеющим подготовку/профессиональный опыт в области детского и подросткового полового развития (а также детской и подростковой психопатологии), поскольку оценка гендерной дисфории/гендерного несоответствия у детей и подростков зачастую представляют собой крайне сложную задачу.

В процессе диагностики врач собирает информацию от человека, обратившегося за гендерно-аффирмативной терапией. При диагностике подростков, врач также собирает информацию от родителей или опекунов касательно различных аспектов общего и психосексуального развития ребенка и его текущего состояния. Основываясь на полученной информации, врач:

- определяет, удовлетворяет ли пациент критериям для назначе-



ния терапии (см. Таблицы 2 и 3) по поводу гендерной дисфории/ гендерного несоответствия (DSM-5) или транссексуализма (DSM-5 и/или МКБ-10);

- информирует пациента о возможностях и ограничениях различных видов терапии (гормональной/хирургической и негормональной) и, в случае готовности пациента к терапии, предоставляет достоверную информацию для предотвращения завышенных ожиданий;
- оценивает возможность неблагоприятного психологического и социального исхода медицинских вмешательств для пациента.

В случае, если серьезная психопатология, сопутствующие обстоятельства, либо оба фактора осложняют постановку диагноза или снижают вероятность успеха терапии, врачу следует оказать пациенту помощь в разрешении этих вопросов. По описанным в литературе случаям разочарований после операции можно заключить, что помимо низкого качества выполнения хирургических вмешательств, сопутствующие серьезные психиатрические заболевания и отсутствие поддержки способны препятствовать удачному исходу .

Помимо этого, диагностический этап должен включать в себя оценку стрессоустойчивости членов семьи пациента, а также их готовности предоставлять поддержку и участвовать в разрешении трудностей, сопутствующих ситуации пациента.

### **Социальный трансгендерный переход**

Изменение гендерной экспрессии и роли (в соответствии со своей гендерной идентичностью) может стать серьезным испытанием для решимости человека и его способности функционировать в соответствии с утверждаемым гендером, а также для прочности его социальных, экономических и психологических опор. Этот опыт помогает пациенту и его лечащему врачу принять решение о дальнейших действиях.

На протяжении социального перехода ощущения человека в связи с изменениями в его социальной жизни (включая реакции окружающих на эти изменения) должны находиться в фокусе психологического консультирования. Оптимальное время для начала социального перехода зависит от конкретного человека. Некоторые люди ожидают начала гендерно-аффирмативной гормональной терапии, чтобы упростить процесс социального трансгендерного перехода, но все чаще социальный переход начинается задолго до начала прохождения гендерно-аффирмативной гормональной терапии под медицинским наблюдением.

## Критерии

Подростки и взрослые, обращающиеся для прохождения гендерно-аффирмативной гормональной терапии и хирургических вмешательств, должны удовлетворять определенным условиям.

Условия для назначения гендерно-аффирмативной гормональной терапии у взрослых представлены в таблице 1, для подростков – в таблице 2.

Долгосрочные исследования среди взрослых, соответствующих этим критериям, показали высокую степень удовлетворенности результатами. Однако, качество доказательств, как правило, низко. Несколько долгосрочных исследований среди подростков также показали хорошие результаты терапии.

*Таблица 1. Условия для назначения гендерно-аффирмативной гормональной терапии у взрослых*

1. Устойчивые задокументированные гендерная дисфория/гендерное несоответствие
2. Способность принять полностью информированное решение и дать согласие на медицинские процедуры
3. Совершеннолетие в данной стране (если пациент несовершеннолетний, следует использовать критерии для подростков)
4. Состояния, связанные с психическим здоровьем, при наличии, должны быть под надлежащим контролем

*Взято из материалов Всемирной профессиональной ассоциации трансгендерного здоровья.*

*Таблица 2. Условия для назначения гендерно-аффирмативной гормональной терапии у подростков*

<b>Подросток может проходить терапию ГнРГ аналогами если:</b>
1. Квалифицированный специалист по психическому здоровью подтвердил, что: подросток демонстрировал выраженную тенденцию к гендерной неконформности или гендерной дисфории (подавляемой или явной) на протяжении долгого времени, гендерная дисфория усугубилась с началом полового созревания, меры были приняты по поводу всех сопутствующих психологических, медицинских или социальных проблем, способных помешать терапевтическому процессу (к примеру, препятствуя соблюдению режима лечения), таким образом, что жизненная ситуация

и состояние подростка достаточно стабильны для того, чтобы начать лечение, подросток также обладает достаточной психической дееспособностью для дачи информированного согласия на этот (обратимый) вид лечения,

2. И подросток: был проинформирован в отношении прямых и побочных эффектов терапии (включая возможную потерю фертильности в случае, если он/а в дальнейшем пройдет терапию половыми гормонами) и возможностей сохранения репродуктивного потенциала, и дал информированное согласие и (в особенности, если подросток не достиг возраста юридического медицинского согласия, в зависимости от действующего законодательства) его родители или иные опекуны дали согласие на терапию и готовы оказывать поддержку подростку на протяжении терапевтического процесса,

3. И детский эндокринолог или иной врач, имеющий опыт в оценке стадий полового созревания: согласен с назначением терапии ГнРГ аналогами, подтвердил, что половое созревание у данного подростка началось (стадия 2 по шкале Таннера), и подтвердил, что медицинские противопоказания к терапии ГнРГ аналогами отсутствуют.

**Подросток может проходить терапию половыми гормонами, если:**

1. Квалифицированный специалист по психическому здоровью подтвердил: устойчивость гендерной дисфории, что меры были приняты в отношении всех сопутствующих психологических, медицинских или социальных проблем, могущих помешать терапевтическому процессу (к примеру, препятствуя соблюдению режима лечения), таким образом что жизненная ситуация и состояние подростка достаточно стабильны для того, чтобы начать терапию половыми гормонами, что подросток обладает достаточной психической дееспособностью (которой большинство подростков достигают к 16 годам) для того, чтобы оценить последствия этого (частично) необратимого вида лечения,

2. И подросток: был проинформирован в отношении (необратимых) прямых и побочных эффектов терапии (включая возможную потерю фертильности и возможности сохранения репродуктивного потенциала), и дал информированное согласие и (в особенности, если подросток не достиг возраста юридического медицинского согласия, в зависимости от действующего законодательства) его родители или иные опекуны дали согласие на терапию и готовы оказывать поддержку подростку на протяжении терапевтического процесса,

3. И детский эндокринолог или иной врач, имеющий опыт в стимулировании полового созревания: согласен с назначением терапии половыми гормонами, и подтвердил, что медицинские противопоказания к терапии половыми гормонами отсутствуют.

*Взято из материалов Всемирной профессиональной ассоциации трансгендерного здоровья.*

## **Унифицированный клинический протокол медицинской помощи при «Гендерной дисфории» (Украина)**

В 2016 году в Украине изменилась процедура изменения (коррекции) половой принадлежности трансгендерным лицам - в частности, Министерством здравоохранения Украины было принято:

- Приказ № 972 от 15.09.2016 «Об утверждении и внедрение медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при гендерной дисфории» 2 (далее по тексту - Приказ МЗ № 972).
- Приказ № 1041 от 05.10.2016 «Об установлении медико-биологических и социально-психологических показаний для изменения (коррекции) половой принадлежности и утверждении формы первичной учетной документации и инструкции по ее заполнению».

### **Критериями для начала лечения является**

- наличие желания пациента начать лечение;
- стойкая гендерная дисфория;
- возраст 14 лет и старше;
- способность пациента принимать обоснованные решения и давать согласие на лечение;
- подписано осознанное согласие на лечение.

### **Первичная медицинская помощь оказывается семейными врачами:**

- проводят скрининг пациента / ки;
- направляют его / ее к врачам-специалистам;
- осуществляют мониторинг побочных эффектов медикаментозного лечения;
- наблюдают пациента / ку с учетом хирургической и гормональной трансформации;
- по желанию пациента / ки, выдают медицинское свидетельство;
- диагностируют и лечат соматические заболевания согласно положению соответствующих медико-технологических документов.

Медицинское свидетельство заполняется семейными врачами в центрах первичной медико-санитарной помощи. Семейный врач, который не находится в составе центра первичной медико-санитарной помощи, выдать медицинское свидетельство не может, но он может направить человека в такой центр (предоставив необходимые выписки и копии документов при необходимости) для получения этого документа.

Предоставление **вторичной медицинской помощи** можно разделить на несколько отдельных блоков: это психиатрическая, эндокринологическая, психотерапевтическая, хирургическая помощь.

Изменение юридической пола, осуществляется на основании медицинского свидетельства, определен как одна из мер лечения гендерной дисфории. При этом хирургическая коррекция не является обязательным условием получения медицинского свидетельства.

**Психиатрическая помощь** оказывается врачом-психиатром лицам в возрасте после 18 лет. Лицам до этого возраста помощь оказывается детским врачом-психиатром. Оценка и диагностика гендерной дисфории у детей является исключительно компетенцией детского врача-психиатра. Детям при наличии в них гендерной дисфории устанавливается диагноз «расстройство половой идентификации в детском возрасте», который после достижения совершеннолетия может быть пересмотрен соответственно к диагностическим категориям у взрослых.

Клиническим протоколом предусмотрена необходимость наблюдения врачом-психиатром за пациентом / кой в амбулаторных условиях не менее двух лет.

Этот срок сокращается в случае наличия у пациента стойкого ощущения гендерной дисфории, и есть данные, свидетельствующие о самолечении с использованием гормональной терапии, косметические вмешательства со феминизации или маскулинизации.

Затягивание обследования может привести к обострению гендерной дисфории и ее негативного влияния на состояние здоровья пациента в связи со своевременным неполучением медицинских услуг, предусмотренном действующим протоколом.

**Психотерапевтическая помощь** оказывается психотерапевтом и направляется за помощью для осознания гендерных проблем, поиск вариантов облегчения гендерной дисфории, социальную адаптацию в выбранной гендерной роли. Используются меры личной, семейной и групповой терапии. Психотерапия может быть самостоятельным этапом лечения. Количество консультаций зависит от учета выявленных потребностей. Основная цель этих сессий - облегчение процесса социализации пациента.

## **КПТ подростков с гендерной дисфорией/гендерным несоответствием и проблемами гендерной идентификации**

Подростки с ГД испытывают сильное внутреннее напряжение, часто страдают от депрессии и очень плохо переносят тревогу. Семьи таких подростков сами нуждаются в поддержке, т.к. испытывают эмоциональные трудности в общении и не принимают желаний подростка быть другого пола. Часто приходится слышать: «Это все подростковое, перерастет». Мы не знаем, и никто не знает как будет, мы можем лишь наблюдать и оказывать поддержку.

Подробно освещены возможности психотерапии для трансгендерных людей в **Стандартах WPATH 7**. Основной мишенью является гендерная дисфория и выделены следующие ключевые направления: исследование/познание гендерной идентичности, гендерной роли и ее выражения;

- Работа с негативными влияниями гендерной дисфории и стигматизации на психическое здоровье;
- Снижение уровня интернализованной/внутренней трансфобии;
- Достижение и укрепление социальной поддержки;
- Улучшение образа тела;
- Освоение способов укрепления и восстановления душевных сил.

В **Стандартах** отмечают важность оказания поддержки на всех этапах становления гендерной идентичности, гендерного выражения и перехода в желаемый гендер. Целью психотерапии **Стандарты** обозначают общее улучшение психологического благополучия и качества жизни:

**"Психотерапия не должна быть направлена на изменение гендерной идентичности индивидов**, но, напротив, может помочь им в решении проблем, касающихся гендера, и облегчении гендерной дисфории.

Долгосрочной целью психотерапии является помощь трансгендерам, транссексуалам и гендерно-неконформным индивидам в достижении комфортного выражения своей гендерной идентичности с реальными шансами на успех в формировании отношений, сфере образования и трудовой деятельности на протяжении длительного времени".

Таким образом, **Стандарты** предлагают более подробную и многообразную схему применения психотерапии, отмечая такие важные направления как внутренняя трансфобия, адаптация в выбранной гендерной роли и возможность проб в гендерном самовыражении.

В конце 2015 года Американская психологическая ассоциация опубликовала **"Рекомендации по психологической практике с трансгендерными и гендерно неконформными людьми"**, целью которых

является помощь психологам в проведении "культурально компетентной, соответствующей стадии жизненного развития и транс-аффирмативной психологической практики для трансгендерных и гендерно неконформных людей".

Также указывается, что "Транс-аффирмативная практика – вид помощи, в котором сочетаются уважение, принятие и поддержка идентичностей и жизненного опыта трансгендерных и гендерно - неконформных людей".

**В Стандартах помощи** подросткам с такого рода сложностями рекомендуют блокировать половое созревание на определенном его этапе. Это обратимый процесс и дает возможность на какое-то время отсрочить появление вторичных половых признаков и исследовать гендерную идентичность.

Подростки с проблемами гендерной идентификации часто не имеют целостной идентичности, целостного представления о себе, поэтому терапия должна заключаться не только в прояснении их гендерной идентификации, а вообще знакомстве с собой.

#### **Случай из практики:**

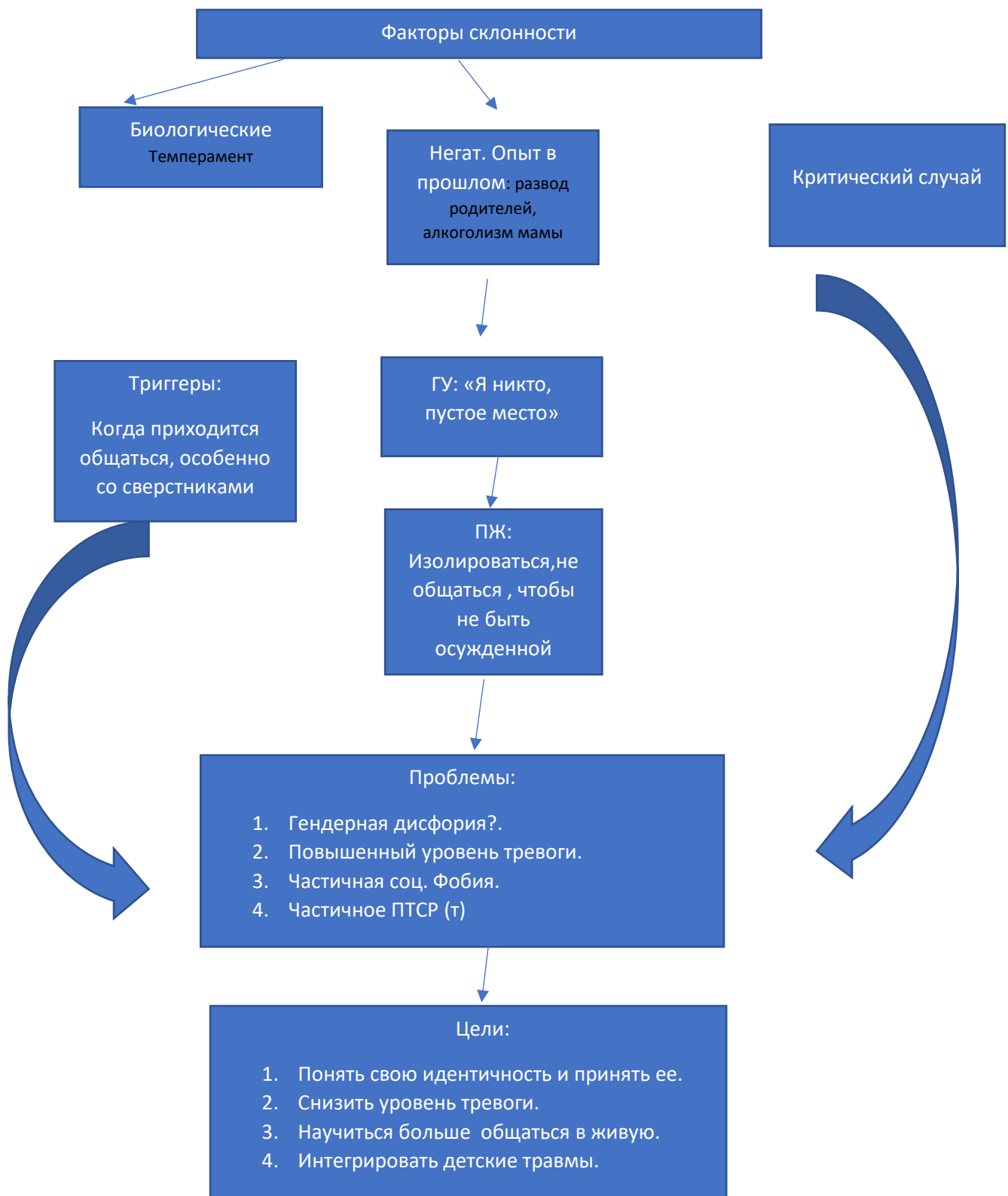
*За помощью обратилась 15-летняя девушка с бабушкой, назовем Александра. Живет вдвоем с мамой, папа отдельно, есть старшая сестра, с которой не общаются. Проблема, с которой обратилась – «ощущает, что живет не в своем теле», понимать это начала в возрасте 13 лет. Внешний вид и одежда соответствуют больше мужскому стилю. Близких друзей нет, самый близкий человек-бабушка. Называет себя в женском роде.*

*Отношения в семье сложные, больше всего контакт имеет с отцом, ездит с ним на рыбалку в выходные дни. С матерью отношения сложные. Мама имеет алкозависимость (запой). Из истории жизни: в 2014 году переехали из Донецка в Киев с мамой, вдвоем снимали квартиру. Были неоднократно ситуации, когда мама сутками спала, а Саша была сама, и однажды она обратилась к соседям, те вызвали скорую и полицию. У мамы была алкогольная кома. В детстве больше общалась с мальчиками, любила подвижные игры, в куклы практически не играла. В 3 года, со слов бабушки, отказалась от платьев, предпочитала шорты, футболки. Саша имеет интерес к точным наукам, природа вещей ее привлекает. В будущем себя видит исследователем, ученым. Среди сопутствующих расстройств-повышенный уровень тревоги, частично социальная фобия. Физическое здоровье в норме. Цель обращения (со слов девушки)-1. понять*



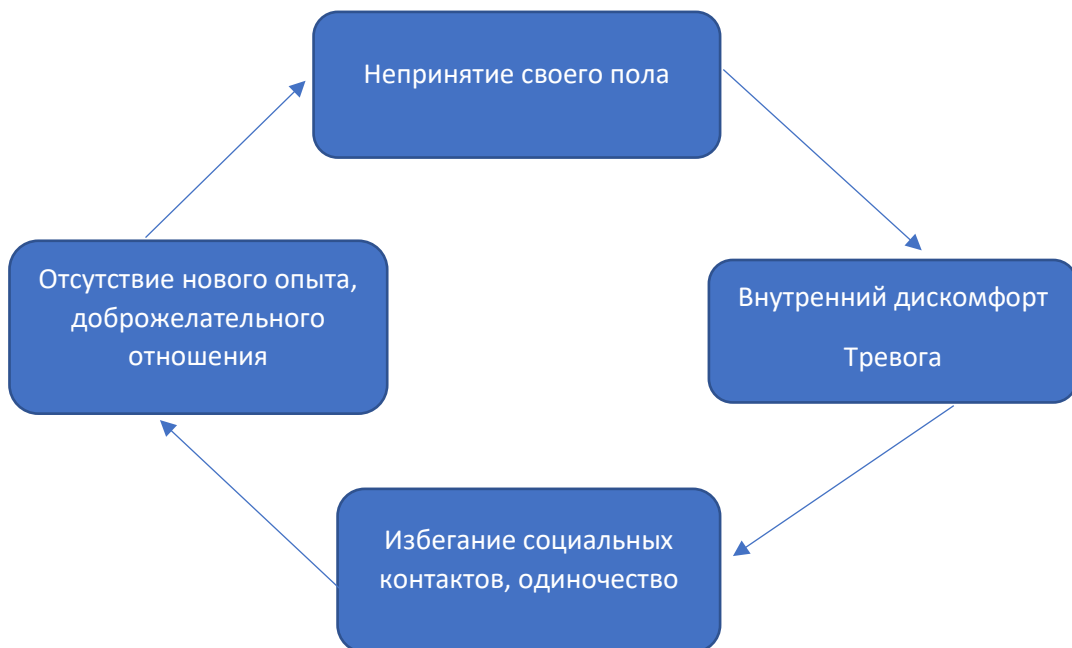
кто она и что с ней происходит, возможно, впоследствии изменить пол.  
2. Снизить тревогу и внутренний дискомфорт.. 3. Найти себя в социуме.

## Формулирование



## Поддерживающие циклы:

### Цикл 1



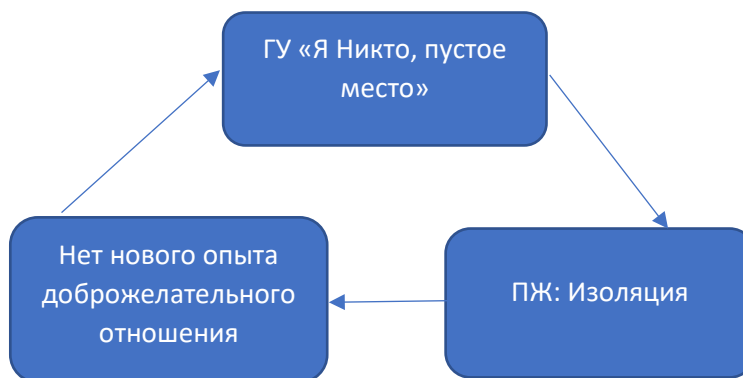
### Цикл 2 Непереносимость неопределенности



### Цикл 3 Цикл социальной тревоги



### Цикл ГУ «Я Никто, пустое место»



## План работы:

1. **Формирование представления о себе, понимания себя, своей личности, своей идентичности.**
2. **Блок работы с тревогой и внутренним дискомфортом.**
3. **Блок работы с социальной тревогой.**
4. **Интегрирование травматического опыта.**
5. **Работа с ГУ и ПЖ.**
6. **Блок работы с родителями.**
7. **Поддерживающие сессии.**

Терапия подростков со сложностями гендерной идентификации заключается в длительном психотерапевтическом сопровождении, более 1-2 лет. Задача психолога/психотерапевта - быть исследователем, поддержкой и опорой на данном пути, ни в коем случае не толкать насильно в гендерное самоопределение, это должно произойти природно, без усилий. И какой бы гендер ни был принят, мы лишь принимаем, помогаем социально адаптироваться.

### 1. Блок «Формирование представление о себе».

Один из самых важных этапов работы не только с подростками, а со всеми людьми. Формирование целостного образа себя-важнейшая задача психотерапии. Важно исследовать историю становления личности. Понимание себя, своих ценностей и целей, этого мира и людей - одна из основных психотерапевтических задач, поэтому важно помочь сформировать зрелое осознанное отношение к себе, миру, людям.

Основные методы работы:

- Отзеркаливание.
- Сократовские диалоги.
- Терапевтические истории.

Пример вопросов, помогающие осознать себя:

- Какой (какая) я в отношениях с друзьями?
- Какой (какая) я в семье?
- Какими качествами я обладаю?
- Есть ли люди, персонажи, герои, которыми восхищаешься?
- Какие качества человека привлекают?
- Есть ли близкий человек, который может поддержать?
- Что такое дружба, любовь?

- Если бы была возможность осуществить 3 желания, что загадал бы?
- Если бы была возможность что-то изменить в себе (или мире), что изменил?
- Что для меня ценно в жизни, работе, дружбе, семье, образовании, отдыхе?
- Какое отношение к религии?
- Как понимаешь мужественность, женственность? Какие эталоны? И многие другие.

Особое внимание уделяем истории жизни и истории гендерного становления. Для этого можем использовать технику: **«История моей жизни»**, для этого необходимо найти 5-10 фотографий из разного периода жизни и составить правдоподобный рассказ. Если есть сложности с воспоминаниями, просим помощи близких, которые находились рядом в тот момент. Это необходимо для формирования целостного представления о себе. Особое внимание уделяем: какие были любимые игры? С кем предпочитал играть? Какие вещи любил носить? Что говорил о себе? Какой был круг общения?

Техника **«Отзеркаливание»** заключается в фактическом отображении происходящего без оценки и критики.

*Пример из сессии:*

Клиентка позиционировала себя как не эмпатийного человека, которому сложно проявлять сочувствие к другому. Но на неделе случилась ситуация, когда ее знакомая столкнулась с серьезными трудностями и клиентка первая вызвалась ей помочь.

Т: «Получается так, что знакомая столкнулась с большими трудностями и ты решила ей помочь, верно?»

К: Да.

Т: «И Какие же чувства ты испытывала?»

К: «Так не должно происходить. Длительная пауза.. Мне стало жаль.»

Т: «Получается, что знакомая столкнулась большими трудностями и тебе стало ее жалко. (отзеркаливание). Но ты совсем недавно говорила о том, что ты не способна к сочувствию. Но эта ситуация показывает совершенно обратное. Что из этого соответствует действительности? (Сократовский вопрос).

К: Пауза.

Этот момент заставил ее задуматься и на следующую сессию она пришла с ответом. Со слов клиентки: «Вы знаете, я думала о том, что вы меня спросили, я наверное все-таки могу испытывать сочувствие, только к определенным людям...» И далее, вопросы, исследования, какие это люди, какими качествами обладают? и т.д.

Очень важно находиться, присутствовать «здесь и сейчас», чтобы понимать как функционирует человек и разворачивать это в такой форме, чтобы было услышано.

Особое внимание необходимо уделять происходящим реальным событиям в клиента, в связи с этим проводим STEP-анализ.

Ситуация	Мысли	Чувства	Поведение
----------	-------	---------	-----------

Т.е какое значение придает происходящим событиям? Что думает? Что чувствует? Как себя ведет? Из этой ценной информации анализируем как функционирует личность и отзеркаливаем это. Пример из сессии:

Клиентка познакомилась с новым онлайн-знакомым, с которым ей было интересно и началась активная переписка, но спустя некоторое время он вышел из сети и не появлялся 2 дня.

*К: «Я подумала, что это логично, что он не захотел со мной продолжать общение, я просто неинтересная, я пустое место.»*

*Т: «Когда ты об этом подумала, какие чувства у тебя возникли?»*

*К: « Пустота.. Грусть»*

*Т: «И как ты начала себя вести?»*

*К: Я удалилась из чата.*

*Но потом выяснилось, что у нового знакомого были непредвиденные обстоятельства и он вынужден был временно выйти из сети. Вскоре он появился и написал ей, переписка продолжилась.*

*Т: «Выходит, Саша, так, что в реальности у знакомого возникли сложности и он был вынужден выйти из сети, а ты придала этому значение как «Я просто неинтересная» и удалилась из чата (отображение ситуации, «отзеркаливание»). На сколько твое представление об этой ситуации совпадало с реальной ситуацией? (сократовский вопрос).*

*К: Не совпало.*

*Т: «Часто ли такое бывает, когда ты оцениваешь ситуацию не исходя из реальных событий, а из своего негативного отношения к себе?»*

*К: Получается, да.*

Так же в течение дальнейших сессий выяснилось, что Саша очень мнительная и восприимчивая и ей сложно быть в таком общении, когда ей делают замечания, она все принимает на свой счет. Гиперчувствительность и восприимчивость – оказались ее характерологическими чертами.

Касательно формирования гендерной идентичности, вначале проводим **психоэдукацию**, например:

*«Наш физиологический пол дается нам при рождении, а гендер формируется позднее. Начиная с 2-3 лет дети потихоньку начинают осознавать себя, формируется и представление о своем гендере. Это начальный этап формирования гендерной идентичности. В подростковом возрасте, либо в юности, как правило, происходит окончательное формирование гендера. В большинстве случаев, близко 85% детей, заявляющих о гендерной дисфории, «перерастают» этот этап, в подростковом возрасте гендерное самоопределение формируется сложнее. Если в подростковом возрасте сохраняется гендерное несоответствие, то вероятнее всего, что ко взрослому возрасту, сохранится. Но не факт. Доказательств никаких нет. И причин почему происходит так, что пол с гендером не совпадает- нет. Есть неподтвержденная теория биологического фактора и социально-психологического. Никто еще не доказал этот феномен. Но наша терапевтическая задача состоит в следующем: помочь тебе понять себя, свой гендер, сделать самостоятельно выбор природно, без давления и социально адаптироваться к нему.»*

Терапевтические истории для взрослых и подростков рекомендую применять в случае, когда сложно происходит самораскрытие и проективно, через истории, мы можем «окольными» путями помогать клиентам формировать представление об отношениях, о жизни, о людях и о себе. К в конце истории обязательно задаем вопросы: «Чем откликнулась эта история?», «Почему герой так поступил, что им двигало?», «Как относитесь к его поступку?», «Были ли в вашей жизни истории, похожие на эту?» и т.д.

Особое место в КПТ занимают сократовские диалоги, эти вопросы направлены на прояснение, уточнение, проверку убеждений, позитивные и негативные последствия и в конце концов- альтернативное понимание,

расширение осознанности. Но чтобы диалоги не превратились в «допросы» необходимо их задавать уместно, без давления, сочетая с принятием и эмпатийной поддержкой.

## **2. Блок работы с тревогой и внутренним дискомфортом.**

Основные мишени на этом этапе работы:

- Непереносимость неопределенности.
- Внутренний дискомфорт.

Основные терапевтические задачи:

1. Повышение толерантности к неопределенности.
2. Снижение внутреннего дискомфорта из-за трансфобии.

Особое место занимает «Майндфулнес», формирование навыков «присутствия тут и теперь».

## **3. Блок работы с социальной тревогой**

1. Когнитивная работа, направленная на изменение ключевых когниций, поддерживающих социальную фобию.
2. Блок экспозиций.
3. Тренировка социальных навыков на сессии и в жизни.

На данном этапе работы важно не заикливаться на гендере и его проявлении в обществе (хотя это очень важно), а развивать себя как личность в целом. У Саши была очень большая потребность в живом общении и принятии сверстников, и она очень боялась их отвержения, выбрав стратегию-избегания. В результате – изоляция, одиночество. Так же у нее всегда был интерес к конструированию и программированию. В процессе работы мы нашли способ удовлетворения ее потребностей и интересов, через некоторое время она записалась на кружок «Конструирования при КПИ,» куда в основном, ходят мальчики, редко девочки. Там она познакомилась в парнями и девушкой, с которыми началось живое общение. Это было очень важно!

Так же она выбрала для себя форму гендерного самовыражения-позиционировала себя в женском роде, называя свое имя, данное при рождении, но транслировала внешним видом и поведением мускулинные черты. Это, бывало, вызывало у некоторых вопросы. Например, ее спрашивали: «Ты девушка или парень?», она научилась отвечать, отшучиваясь с малознакомыми людьми, а со знакомыми позиционировала себя как небинарную личность. Многими сверстниками это нормально



воспринималось. На сегодня среди молодежи чаще присутствует толерантность к разным гендерам.

#### **4. Интегрирование травматического опыта.**

На данном этапе работы провели серию рескрипций. В основном, это травматические воспоминания из детства, когда она ощущала себя брошенной в полном одиночестве, когда мама напивалась и спала по двое суток. Саше было очень сложно в воображении проявить к себе маленькой заботу и тепло, поэтому часто были интервенции с моей стороны, я была той взрослой частью, которая ее защищала. Пока ей сложно такое отношение проявлять к себе.

#### **5. Работа с ГУ и ПЖ.**

- Когнитивная реструктуризация ГУ «Я пустое место» на «Я- подросток, испытывающий трудности в гендерном самоопределении». (заслуживаю на уважение)
- Модифицируем старое ПЖ «Избегание общения» в «Общение важно для меня» и находим такой вариант общения, который удовлетворял ее интересы и был толерантен к гендерно-неконформным людям. (это был кружок при КПИ))

#### **6. Блок работы с родителями.**

Родители детей, которые испытывают трудности в гендерном самоопределении, как правило, находятся на стадии отрицания данной ситуации и объясняют это «подростковыми штуками» и в своих мыслях не допускают иного развития событий. Запрос, который нередко звучит от родителей: «Помогите поставить ей мозги на место», не может быть реализован в терапевтическом процессе, поскольку позиция психотерапевта- нейтральная, изучающая и поддерживающая. Родители детей с такого рода проблемами, проживают самую настоящую утрату, только не физическую, а эмоциональную, поскольку «теряют представление о своем подростке/ребенке» в своей душевной жизни. Поэтому одна из важнейших задач терапии- помочь прожить утрату (в случае, например, гендерного перехода и пройти несколько этапов- от отрицания до принятия.

### План работы:

1. Эмоциональная поддержка в проживании утраты своего представления о ребенке (в случае гендерного несоответствия)
2. Принятие неопределенности как части нашей жизни.

### Методы работы:

- Психоэдукация.
- Эмоциональное присоединение.
- Эмпатическая конфронтация.

**Психоэдукация** родителей заключается в том, чтобы дать достоверную информацию по поводу данной проблемы и выстроить четкую позицию психотерапевта. Приблизительно это может звучать так: *«Процесс гендерной идентификации у многих детей происходит природно, без усилий, само собой. И если мы раньше думали, что пол и гендер – это одно и то же, то сейчас мы все знаем, что физиологический пол дается ребенку при рождении, а его «психологическое Я», рождается позже, а это значит, что представление о себе, о мире, о людях, ценности, убеждения, формируются позже. Так и гендерная идентификация формируется позднее. Есть дети, у которых это происходит трудно, как и у всех нас, кто-то появляется на свет природно, без сложностей, другим необходимо помощь, например, кесарева сечения. Сказать точно, что является определяющим фактором в формировании гендерной идентификации, невозможно, поскольку нет достоверных исследования в этой области. Единственное, что можно сказать точно, что большинство детей, которые заявляли о своем гендерном несоответствии, пройдут этот период и в подростковом возрасте их пол будет совпадать с гендером, но останутся и те, у которых это гендерное несоответствие сохранится и перейдет в подростковый и молодой возраст.»*

**Эмоциональное присоединение** важно и значимо для работы с родителями, ведь для многих быть услышанным и принятым- очень важная эмоциональная потребность. Удовлетворение этой важнейшей потребности позволит человеку приблизиться к принятию ситуации. Эмоциональное присоединение важно транслировать через слова, т.е. вербально ( «Я вижу»,

«Я слышу», «Я чувствую..») и невербально (мимика, тон голоса, жесты), показывающие ваше присутствие и принятие. Очень важно на этом этапе много не говорить, не искать решений, а дать возможность человеку «выплеснуть» все свои чувства, создавая как бы пространство для этого.

Отрывок из сессии:

*К: Вы себе не можете представить, что творится у меня в душе! Ведь я так люблю свою Сашу! Что она себе надумала?! Я ей говорю, что она никогда не станет настоящим парнем, это гормоны на всю жизнь! Она этого не понимает!*

*Т: Да, я могу только себе представить как вам непросто... Я вижу как Вы переживаете за судьбу своей внучки. Я слышу, какие болезненные чувства вы испытываете... Пауза.. (эмоциональное присоединение)*

В этом моменте очень важно не спешить, не торопить время, а лучше взять паузу, пока клиент сам продолжит разговор.

Только после достаточной «дозы» эмоционального присоединения, важно переходить к эмпатической конфронтации.

Техника эмпатической конфронтации заключается в поддержке и заботе клиента, чтобы помочь ему разобраться в возможных заблуждениях, т.е. это эмпатия, принятие чувств клиента и проверка на реальность.

**Пример из сессии:**

*К: «Если она себе надумает, как это называется, «переход», то что с ней будет? Покалеченное здоровье и все! А что мне делать? Как за этим всем наблюдать?»*

*Т: «Я вижу как Вы переживаете за свою внучку и хотите ей только хорошего! Эмоциональное присоединение) И это про то, что вы любящая и заботлива бабушка). Но Вы хотите видеть свою внучку прежней, к какой привыкли или счастливой? (Сократовский вопрос, эмпатическая конфронтация).*

*К: Конечно счастливой!*

*Т: Тогда Вам придется познакомиться с «новой Сашей», не той, к которой вы привыкли в детстве, а с Сашей -подростком, которая имеет трудности в гендерном самоопределении и не принимает свое женское тело. Никто не знает как она пройдет этот путь, никаких гарантий нет, к сожалению.*

*К: Да.. Вы правы.. Мне нужно это принять..*

*Вопрос, который выполняет важную функцию в эмпатической конфронтации и заставляет задуматься над своими убеждениями – это «**Вы действительно так думаете?**»*

Особое место в работе с родителями подростков с проблемами гендерной идентификации заключается в принятии неопределенности как части нашей жизни.

**Как реагировать родителям подростков, заявляющих о своем гендерном несоответствии?**

- Быть внимательным к проблемам подростка, но не «катастрофизировать» ее.
- Дать возможность подростку реализовать потребность быть услышанным.
- Без критики и осуждения попытаться понять что хочет вам донести подросток.
- Заручиться поддержкой специалистов-психологов, работающих с данной темой.
- Принять ситуацию как есть.

## **7. Блок поддерживающих сессий.**

Работа с проблемами гендерной идентификации у подростков занимает достаточно много времени и превращается в поддерживающую терапию, психологическое сопровождение на разных жизненных этапах.

**По результатам работы:** Работа с Александрой продолжается. На данном этапе – это поддерживающая терапия. По результатам работы Саша стала лучше понимать себя, нашла живое общение по интересам, кружок при КПИ и «Радуга», что придало ей много сил. С мамой контакта нет, тема мамы для нее очень болезненная и продолжается работа по интегрированию травматического опыта. С началом общения социальная тревога автоматически снизилась. Саша научилась способам саморегуляции для снятия тревожности и внутреннего дискомфорта. Свое женское тело по-прежнему не принимает, но степень отвержения снизилась. Девушка находится под наблюдением детского психиатра, который ставит ей гендерную дисфорию под вопрос. Пока на сегодняшний день вопрос хирургическом вмешательстве по смене пола не стоит, со слов Саши: «Я уже не так на этом зациклена, все равно нужно ждать до 18 лет».

## Выводы

На мой взгляд, всех подростков, заявляющих о своей трансгендерности и нетрадиционной сексуальной ориентации, можно разделить на 2 группы:

- На тех, кому предназначено «природой» быть такими.
- И тех, кто ищет себя, играя в «трансгендерность» и «гомосексуальность».

Детей и подростков, истинно трансгендерных, гомосексуальных-меньшинство и это достаточно редкое явление. В этом случае, их нужно просто принять, поддержать и помочь социально адаптироваться. Как, например, людей-левшей, которых немного.

Что касается другой категории подростков, то нам нужно помнить какая важная задача стоит перед ними. И это-сепарация от родителей через поиск себя в социуме среди себе подобных. Пробуя разные течения, неформальные группы, подростки таким способом пытаются выстроить свою идентичность, свое видение мира и себя в нем.

И еще, подростковый возраст с биологической точки зрения характеризуется началом полового созревания и возникновением сексуального влечения. И мы, люди, имеем очень большой конфликт между своим телом и сознанием, когда в период полового созревания возникает влечение, возрастает сексуальная энергия, а сознание часто не готово для такого поворота событий. Так, в 15 лет среднестатистический подросток уже половозрелый и готов «дать потомство», но еще долго находится в зависимости от взрослых и это противоречит биологической природе вещей. Даже ученые «продлили» подростковый возраст до 24 лет.

Сложности с самоидентификацией и недостаток уверенности в себе-«судьба» практически всех подростков. Основная их потребность в этом возрасте- в принятии обществом, сверстниками- «Я хочу, чтобы меня любили и принимали», это то, что часто неосознанно транслируют тинейджеры. А, как правило, ЛГБТ-сообщества очень открытые и принимающие для всех людей, поэтому эту потребность они и удовлетворяют. А если еще учесть, что сепарация с родителями – самый важный процесс этого времени, и часто проходит болезненно и агрессивно со стороны и подростков и взрослых, то отрицая свою гетеросексуальность, подросток неосознанно может таким образом, противостоять родителям, их классическим ценностям, заявляя о своей, например, бисексуальности или гомосексуальности.

## **Как вести себя родителям подростков, заявляющих о своем гендерном несоответствии или о своей нетрадиционной ориентации?**

Родителям важно понимать, что гендерное самоопределение и сексуальная ориентация- важные психические процессы, происходящие внутри душевной жизни каждого подростка и необходимо помнить, что сексуальная сфера- очень хрупкая и можно навредить. Отрицать, убеждать, что все пройдет, давить, агрессивно реагировать- это все может навредить. И более того, контакт с подростком может быть утрачен.

Никто не может точно ответить на вопрос- являются ли сложности с гендерной идентификацией подростковым бунтом? поиском своей идентичности?, станет известно лишь со временем. А родителям, в свою очередь, необходимо многое понимать и принимать. Самая зрелая позиция в этом вопросе- это отсутствие критики и давления. А лучше больше спрашивать, интересоваться, говорить честно и признавать чувства.

И еще важно не упустить одну деталь- дети и подростки растут в эпоху доступности любой информации, часто той, которую они не в состоянии «переработать».

Что касается девушек-подростков, которые достаточно часто на моей практике заявляют о своей бисексуальности, например, неосознанно выбирают «свой пол» из-за «большей безопасности», на мой взгляд, т.к. девочка девочку больше знает. И еще -непринятие своей женской идентичности может происходить из-за внутренних конфликтов, которые часто не осознаются самостоятельно. Свою «дозу» в непринятие себя у девушек играют и социальные стереотипы, десятилетиями, сложившиеся в нашем патриархальном обществе, где позиция женщины- уязвимая. Например, в народных пословицах и поговорках прослеживается не только непринятие, а и сексизм. Например: «Баба і чорт то собі рідня; Баба тоді і хвора — як на печі; Бабі дорога — од печі до порога; Бабу і чорт не змудрує; У жінки волос довгий, та ум короткий...»

Подростковый возраст в какой-то степени напоминает МЕТАМОРФОЗ - процесс превращения гусеницы в бабочку, в этом возрасте подросток должен выйти из состояния «кокона», проходя сепарацию с родителями, формируя свои ценностные ориентиры, свою целостную идентичность, понимание себя и своих желаний. И если это происходит, то «гусеница превращается в красивую бабочку, способную летать», так и человек, «интегрируя свое Я», начинает более реалистично видеть этот мир, не черно-

белый, а разноцветны, людей не плохими или хорошими, а имеющие сильные и слабые стороны одновременно, себя не «идеального» или «ужасного», а обычного со своими сильными сторонами и точками роста. Только в этом случае он будет более способен строить здоровые отношения, а не «отыгрывать в отношениях свои схемы», способный любить и проявлять эту любовь, способный творить и переживать неудачи, которые неизбежны.

## Список литературы

1. «Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков.» Кеннет Дж. Цукер, Сьюзен Дж. Брэдли. М: «Городец»2020, The Guilford press1995/New York/London)
2. Международные медицинские стандарты помощи подросткам с гендерной дисфорией (гендерным несоответствием)Standarts-of-Care-2018.
3. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи при «Гендерной дисфории» (Украина).
4. Сборник статей: «Степан Матевосян о расстройствах гендерной идентичности.». РФ, 2021.
5. Гендерная психология. Шон Бури.
6. DSM-5, Американская психиатрическая ассоциация, 2013 г.
7. Википедия.