

Российский государственный педагогический
университет им. А. И. Герцена

М. Л. Сабунаева

ГОМОСЕКСУАЛЫ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ПАЦИЕНТАМИ

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
Издательство РГПУ им. А. И. Герцена
2009

ББК 88.5я73
С 12

Печатается по решению редакционно-издательского совета РГПУ им. А. И. Герцена

Рецензенты

доктор психологических наук, профессор *Е. П. Кораблина*
(РГПУ им. А. И. Герцена);

кандидат медицинских наук, доцент *Д. Д. Исаев*
(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия)

Сабунаева М. Л.

С 12 Гомосексуалы на приеме у врача: Психологические рекомендации по взаимодействию с пациентами: Методические рекомендации. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2009. — 32 с.

ISBN 978–5–8064–1476–3

Методические рекомендации написаны профессиональным психологом для врачей различных специальностей, сопряженных с необходимостью знания о сексуальной ориентации пациентов. В рекомендациях рассматривается современное положение гомосексуальности в поле медицины, представлены основные определения, описаны психологические трудности взаимодействия врачей с гомосексуальными пациентами и предложены пути их преодоления.

ББК 88.5я73

© Благотворительный фонд социальной
и правовой помощи населению «Радуга», 2009

© Е. Е. Агеева, дизайн обложки, 2009

© Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 2009

ISBN 978–5–8064–1476–3

Я хочу выразить свою благодарность за помощь и поддержку в создании этой разработки следующим организациям и людям:

— проекту «LaSky», занимающемуся вопросами профилактики ВИЧ и ИППП, благодаря которому мы смогли написать несколько методических разработок на столь важные темы;

— Рачинской Василине, моей бессменной читательнице и конструктивному критику, за неизменное внимание ко всем деталям и сути текста;

— Самохиной Анастасии, одной из самых толерантных врачей-дерматовенерологов и моему большому другу, за цепкий врачебный взгляд на эту работу;

— Игорю Петрову, председателю МОД «Российская ЛГБТ-Сеть», за мотивирование к написанию этого текста и постоянную поддержку.

М. Л. Сабунаева

Для кого написаны эти рекомендации

Наши научно-практические рекомендации написаны в первую очередь для врачей различных специальностей, сопряженных с необходимостью знания о сексуальной ориентации пациентов. В первую очередь это гинекологи, андрологи, урологи, проктологи, репродуктологи, инфекционисты, иммунологи, дерматовенерологи, педиатры, врачи общей практики, другие врачи, а также иные категории медицинского персонала. Мы сознательно не включаем в этот список психиатров, психотерапевтов и сексопатологов, предполагая, что врачам данных специальностей известна информация, содержащаяся в нашей разработке. С другой стороны, даже в рамках современных учебников по психиатрии содержатся противоречивые сведения о гомосексуальности, а эти рекомендации призваны прояснить некоторые вопросы.

Материал данной разработки может быть интересен также психологам и студентам медицинских и психологических специальностей.

Зачем и о чем написаны эти рекомендации

Эта разработка — не о медицине и не о болезнях. Она — о **конструктивном взаимодействии** с гомосексуальным пациентом, о психологической стороне общения «врач — пациент». На практике оказывается, что от стиля взаимодействия врача с пациентом, от степени включенности врача в индивидуальную ситуацию пациента зависит здоровье последнего. И если вы будете готовы получить знание о характеристиках сексуальности конкретного человека, вы сможете полнее представить картину его жизни и возможных медицинских проблем, четче разработать стратегию и тактику лечения. К сожалению, часто информация о гомосексуальности скрывается пациентом от лечащего врача, что приводит к затруднениям постановки диагноза в условиях искажения данных анамнеза.

Мы предлагаем вам разобраться, почему пациенты скрывают от врача такие важные данные, что можно предпринять для получения полной информации и как к этой информации относиться. Все это лежит в поле психологии, и потому в названии разработки анонсированы именно психологические рекомендации по взаимодействию с пациентами, а автор рекомендаций — профессиональный психолог-консультант. При этом мы не ставим своей целью подробно разбирать здесь физиологические аспекты феномена гомосексуальности, факторы ее формирования, медицинские критерии нормы или патологии: тем, кто захочет ближе ознакомиться с этими вопросами, мы порекомендуем максимально доступную литературу и сайты. А эта разработка — о **психологии взаимодействия** врача и пациента-гомосексуала.

О структуре методических рекомендаций

Структура этих рекомендаций определяется **задачами**, которые мы ставим перед собой:

во-первых, вкратце рассмотреть современное положение феномена гомосексуальности в поле медицины;

во-вторых, понять, как соотносятся между собой разнообразные термины и определения, связанные с гомосексуальностью, в чем особенности их содержания и употребления;

в-третьих, разобраться в причинах психологических трудностей, возникающих у врачей и пациентов-гомосексуалов при общении друг с другом;

в-четвертых, обосновать необходимость преодоления этих трудностей и наметить для этого основные пути с психологической точки зрения.

В результате эта маленькая книжка оказывается в некотором смысле разделена на теоретическую и практическую части, что определяется ее задачами. Об этом мы предупреждаем специально, чтобы отдельные «любители» теории или «практики» могли сами решить, в каком порядке осваивать предложенный материал. В то же время практическое решение задач взаимодействия всегда включает в себя понимание сути включенных в него феноменов на теоретическом уровне.

В начале разработки приведено общее оглавление, а в конце, после заключения, — **гlossарий** основных терминов и понятий, связанных с гомосексуальностью. После этого следует **список литературы**, которая была использована при написании этой брошюры, а также рекомендуемой для самостоятельного прочтения, если тематика

гомосексуальности вызывает у вас интерес. В случае, если книга является редкой, после ее названия написан адрес электронной почты, по которой возможна связь с авторами и получение книги. Далее к тексту приложен **список интернет-сайтов**, где можно найти современную научную информацию о гомосексуальности. Также в списке дана ссылка на сайт, где можно ознакомиться с **Джокьякартскими принципами** — документом, содержащим ряд принципов применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности (в том числе Джокьякартские принципы охватывают права ЛГБТ на здоровье и на защиту от нарушений медицинского характера). Завершает рекомендации **список организаций**, готовых к сотрудничеству со специалистами, заинтересованными в работе с гомосексуалами. В основном это некоммерческие организации, чья деятельность связана с оказанием разного рода помощи гомосексуалам (ЛГБТ) и с защитой их прав.

Что понимают под гомосексуальностью и кто такие гомосексуалы

Как это часто бывает в науке, термин «гомосексуальность» может иметь несколько трактовок. Так, имеет принципиальное значение различие гомосексуального поведения и гомосексуальной идентичности. Американские психотерапевты Д. Дэйвис и Ч. Нил отмечают, что важно «осознавать различие между понятиями гомосексуального поведения (т. е. сексуальных отношений с лицами того же пола) и гомосексуальной идентичности»¹ (т. е. признания себя геем или лесбиянкой). **Гомосексуальное поведение** может практиковаться в свете различных культурных практик (например, обряды инициации в некоторых культурах), быть обусловлено определенными социальными условиями (например, заключение в тюрьме или обучение в закрытом интернате для мальчиков/девочек), единично практиковаться с целью удовлетворения сексуального интереса (сексуальные «пробы»), но не приводить к самоопределению человека как лесбиянки, гея, бисексуала. Все описанные здесь формы гомосексуального поведения (и не только эти) не обуславливают гомосексуальный сценарий всей жизни.

¹ Дейвис Д., Нил Ч. Исторический обзор гомосексуальности и психотерапевтических подходов к работе с представителями сексуальных меньшинств // Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами. СПб.: Питер, 2001. С. 40.

В некоторых случаях гомосексуальное поведение оказывается временным, единичным, преходящим.

В то же время люди, причисляющие себя к гомосексуалам, могут иметь эпизодические гетеросексуальные контакты или вообще не иметь сексуальных контактов в течение длительного времени по тем или иным причинам, но при этом у них сформирована **гомосексуальная идентичность**, т. е. про себя они мыслят как про лесбиянку или гея. Отдельно также стоит аспект **гомосексуального влечения/гомосексуальных переживаний**, выражающихся во внутреннем мире личности и могущих как приводить, так и не приводить к проявлениям гомосексуального поведения и формированию гомосексуальной идентичности.

В результате **гомосексуальность** можно определить как форму сексуальности, характеризующуюся направленностью сексуально-эротического и эмоционального влечения на представителей того же пола, без желания менять собственный пол.

В последнее время стала широко употребляться аббревиатура **МСМ** — мужчины, имеющие секс с мужчинами. Аббревиатура **ЖСЖ** — женщины, имеющие секс с женщинами, — тоже существует, но используется несколько реже. Эти термины-аббревиатуры позволяют отойти от разбирательств с различием поведения и идентичности конкретного человека и вычленив из контекста отдельно взятую характеристику его сексуальной жизни. В частности, такая терминология применяется профессионалами, работающими с ВИЧ/СПИД и ИППП (врачами, социальными работниками, психологами и др.). Действительно, с медицинской точки зрения часто оказывается важнее именно физиологический факт наличия гомосексуальных контактов, поэтому аббревиатуры МСМ/ЖСЖ содержат информацию только о гомосексуальных практиках, а не об идентичности пациента. Однако иногда даже в медицинском контексте оказывается важной целостная информация о жизни пациента (где, в каких условиях, с кем он проживает, какие переживания испытывает и др.), важно понять, как он определяет себя в жизни, — в этом случае понятия ЖСЖ и МСМ могут быть узкими, так как отдельно взятые знания о сексуальных практиках пациента оказываются недостаточны.

В связи с этим мы предлагаем здесь условно обозначать термин **гомосексуалы** и тех, кто практикует гомосексуальные контакты, и тех, кто называет себя лесбиянками, геями, бисексуалами. При этом далее мы рассмотрим, с помощью каких вопросов можно уточнить детали жизни пациента, связанные с его сексуальностью и сексуальными практиками, важные для врача. Важно учесть, что гомосексуа-

лами в данном контексте называют и женщин и мужчин. Это не значит, что данный термин рекомендуется для всех дискуссий по вопросам гомосексуальности. Его адекватно употреблять в том контексте, когда речь идет об отношении к людям, практикующим однополый секс, в целом — без акцента на их пол. В других работах, исследованиях, статьях принципиальным может стать выделение конкретной сексуальной/гендерной идентичности, и тогда будут употребляться другие термины (гей, лесбиянка, бисексуал/ка и др.).

Рассматривая терминологию, употребляемую в связи с гомосексуальностью, надо остановиться также на аббревиатуре **ЛГБТ: лесбиянки-геи-бисексуалы-трансгендеры**. Исходя из разделения, описанного нами выше, термины «лесбиянка» и «гей» относятся в первую очередь к области гомосексуальной идентичности личности, которая включает в себя как подсистему определенные сексуальные практики. Таким образом, MSM не обязательно будет являться геем, а ЖСЖ — лесбиянкой. Быть лесбиянкой — это не просто иметь секс с женщинами, это значит «жить жизнью лесбиянки», что бы это ни значило в конкретных культурных условиях. Быть геем — это также не просто описание сексуальных контактов с мужчинами, это описание ряда характеристик идентичности, которые индивид присваивает себе, впитав их из социальных и культурных образцов гей-идентичности. Аббревиатура ЛГБТ также часто употребляется при назывании круга некоммерческих организаций, чья деятельность направлена на оказание разных видов помощи и защиту прав гомосексуалов, бисексуалов и трансгендеров: ЛГБТ-организации.

В разного рода литературе, а также в бытовой речи, кроме того, можно встретить ряд терминов, относящихся к **лесбиянкам**: «лесбийство», «лесбиянство» и даже «лесбианизм» — все они могут так или иначе употребляться при обозначении сексуальных практик или сексуальной идентичности гомосексуальных женщин. Однако качество этих понятий вызывает определенные сомнения: вариаций этого термина слишком много, а различия в них не всегда ясны. В то же время термин «гомосексуальность» охватывает характеристики сексуальности и мужчин и женщин; могут быть использованы термины **мужская гомосексуальность** и **женская гомосексуальность**, являющиеся значительно более четкими и понятными.

Термин **бисексуальность** является во многом неоднозначным; на его анализе мы не будем останавливаться здесь подробно, отметим только, что этим термином также могут называть как людей, практикующих секс с представителями обоих полов (вне зависимости от их

сексуальной самоидентификации), так и людей, идентифицирующих себя в качестве бисексуалов. В дальнейшем, предлагая конкретные техники взаимодействия врача с пациентами-гомосексуалами, мы в некоторых случаях отдельно обозначим особенности взаимодействия с бисексуалами.

Трансгендерность представляет собой особый феномен, часто примыкающий к проблематике гомосексуальности исключительно в силу внешних, формальных характеристик («все вращается вокруг пола и секса»), хотя суть его лежит в несколько иной области. Под трансгендерностью понимается «несколько различных типов сексуальной идентичности и моделей поведения, которые выражаются в принятии атрибутов противоположного пола...»² (Ф. Мондимор). Этот термин является собирательным для описания нескольких групп:

— транссексуалы — люди, которые испытывают рассогласованность морфологического и психологического пола и испытывают потребность сменить пол на противоположный, приведя таким образом эти аспекты в соответствие; среди транссексуалов могут быть представлены люди с различной сексуальной ориентацией;

— трансвеститы — люди, играющие роль другого гендера³ через ношение одежды или испытывающие возбуждение от одевания и ношения одежды, характерной для другого гендера (без желания менять физический пол);

— интерсексуалы (гермафродиты) — люди, имеющие от рождения морфологические признаки и мужского и женского пола;

— бигендеры — люди с «плавающей», подвижной гендерной идентичностью.

При взаимодействии с этими группами людей многие испытывают **трансфобию** — негативное отношение к трансгендерам, характеризующееся переживанием отвращения, ненависти, страха и других негативных чувств.

Отметим еще одну терминологическую деталь: в последнее время существует тенденция исключать из научного обихода термин «гомосексуалист», так как он несет на себе отпечаток патологического содержания, будучи созвучным наименованиям «фетишист», «эксгиби-

² Мондимор Ф. М. Гомосексуальность: естественная история. Екатеринбург: У-Фактория, 2002. С. 241.

³ Гендер (*англ.* gender) — социокультурный конструкт пола. В гендер входят все те характеристики, которые прививаются и развиваются у человека в процессе социализации, чтобы привести его поведение и мышление в соответствие с принятыми в данной культуре нормами, установками, представлениями о поведении мужчин и женщин и других мужских и женских характеристиках.

ционист» и т. п. Кроме того, термином «гомосексуалист» всегда называли только мужчин-геев, в то время как «гомосексуал» — это собирательное наименование, которое может быть отнесено к человеку любого пола, проявляющему гомосексуальное поведение или носящему гомосексуальную идентичность. При необходимости различения по полу можно говорить «гомосексуальная женщина», «лесбиянка», «мужчина-гомосексуал», «гомосексуальный мужчина», «гей».

Также становится предпочтительнее термин «гомосексуальность» (как разновидность сексуальности), нежели «гомосексуализм» (так как присутствует аналогия с названиями сексуальных отклонений). Однако в некоторых цитатах (в том числе в этом тексте) вынужденно сохраняются формулировки «гомосексуалист» и «гомосексуализм» — это обусловлено сохранением первоначального текста при цитировании.

Отметим также, что в описаниях разных типов наименований и самонаименований гомосексуалов мы практически не прибегли к понятию **сексуальная ориентация** — компонент человеческой сексуальности, отражающий более или менее постоянное эмоционально-чувственное и сексуально-эротическое влечение индивида к представителям определённого пола. Этот внешне понятный и максимально распространённый термин при ближайшем анализе становится неопределённым, так как поведенческие практики и механизмы самоидентификации смешиваются и не позволяют однозначно сказать, в каких случаях это уже «ориентация», а в каких ещё нет. В то же время этот термин часто является собирательным применительно к обозначению разных форм сексуальности. Так, одно из классических определений **гомосексуальности** такое: это сексуальная ориентация, направленная на человека того же пола, без желания менять собственный пол.

Особое положение в терминологическом пространстве занимает термин **квир** (*англ.* queer — «чуждой», «странный», «отклоняющийся»). Это термин пока не особенно широко применяется в отечественных исследованиях, хотя в западной науке он достаточно распространён (существует отдельная научная область — квир-исследования). Термин «квир» описывает разные варианты гендерных и сексуальных идентичностей, отличающиеся от «общей линии», традиционно воспринимаемые как отклонение от каких-либо гендерных норм в той или иной степени. Сюда будут попадать как люди с гомосексуальной идентичностью, так и, например, феминистки (здесь важен факт «выпадения» из традиционного представления о женщине как неременной «жене, матери и хранительнице очага») или «чайлд-фри» (*англ.* child-free) — люди, придерживающиеся идеи семьи, «свободной от де-

тей», т. е. семейного партнерства без рождения/иного приобретения потомства. В контексте исследований гомосексуальности термин «квир» также иногда используется просто как синоним понятию «человек с гомосексуальной идентичностью».

Таким образом, термин **гомосексуалы**, позволяющий собирательно описать представителей женского и мужского пола, обладающих определенными характеристиками сексуальной и гендерной идентичности и/или практикующих гомосексуальное поведение, в практическом контексте взаимодействия врача с пациентом оказывается одним из самых удобных.

История положения феномена гомосексуальности в поле медицины

Основные этапы, по которым происходило включение гомосексуальности в поле зрения медицины и изменение его положения в этом поле, различаются от страны к стране и от культуры к культуре; в частности, судьба феномена гомосексуальности в советской и российской медицине совершенно особая по сравнению с медициной США и Европы. Кроме того, развитие взглядов на гомосексуальность не является в строгом смысле линейным, некоторые этапы могут выпадать или накладываться друг на друга, могут выделяться подэтапы. Здесь мы постараемся очертить в целом ряд этапов, характерных для развития взглядов на гомосексуальность в рамках западной и отечественной медицины.

Предэтап — до XIX века. И. С. Кон отмечает: «Особые мужские дома, союзы и тайные общества существовали едва ли не во всех архаических обществах»⁴. При этом в некоторых культурах (например, в Древней Греции или у японских самураев) мужская гомосексуальность является важной особенностью социальной и культурной жизни. На этом этапе о медицине речи еще не идет.

Но уже начиная со Средних веков (если вести речь о Европе) основной подход к рассмотрению гомосексуальности диктуется религиозными взглядами, в которых гомосексуальность трактуется как грех. В связи с этим с медицинской точки зрения оказывается важным уличение гомосексуалов по физиологическим признакам. Таким образом, медицина играет фактически вспомогательную роль в судопроизводстве, является средством установления «виновности». С такой пози-

⁴ Кон И. С. Лики и маски однополрой любви. Лунный свет на заре. М.: АСТ, 2003. С. 107.

ции начались «взаимоотношения» медицины и феномена гомосексуальности.

I этап — включение феномена гомосексуальности как патологического в поле зрения медицины (XIX век).

В XIX веке в развитии медицины наступает этап, когда в отдельную область выделяется наука психиатрия. Гомосексуальность, по словам И. С. Кона, «психологизируется» и попадает в ее ведение⁵. Начиная с 1840-х годов врачи заинтересовались феноменом сексуального влечения к лицам своего пола, определяя его как разновидность патологии, сексуальной девиации. Возникают такие термины, как «противоположно направленное сексуальное чувство» (Карл Вестфаль, немецкий психиатр), «сексуальная психопатия», рассматриваемая в свете теории дегенерации (Крафт-Эбинг, немецкий невропатолог, затем профессор психиатрии в Венском университете). Крафт-Эбинг, в частности, анализирует истории гомосексуалов, полученные из полицейских отчетов, психиатрических больниц и практикующих психиатров, чтобы сформулировать затем, что гомосексуалы «помешаны на сексе», слабовольны, неспособны к зрелым отношениям, склонны к неврозам и психическим заболеваниям. Любому современному врачу очевидна слабость методологической позиции Крафт-Эбинга как исследователя, но в XIX веке его концепция была одной из самых распространенных.

II этап — рассмотрение гомосексуальности в аспекте нормальности и естественности (XIX век).

Этот этап по временным характеристикам практически полностью пересекается с предыдущим, однако по своей сути является развитием идей о гомосексуальности, т. е. следующим шагом в ее рассмотрении. Начиная с работ Карла Ульрихса, немецкого журналиста и юриста, утверждавшего идею «естественности» гомосексуального влечения и пытавшегося влиять на мнение представителей медицинских кругов, происходит анализ не только «отклоняющегося», «девиантного» в структуре гомосексуальности, но и «нормального», «естественного». Другой влиятельный исследователь и теоретик гомосексуальности Магнус Хиршфельд, окончивший медицинский университет в Берлине, посвятил свою жизнь реабилитации и декриминализации однополрой любви, трактуя ее как неотъемлемую форму человеческой сексуальности. В рамках этого же этапа можно рассматривать концепцию «сексуальной инверсии» (Г. Х. Эллис, английский врач и Дж. Э. Саймондс, английский писатель и филолог), кото-

⁵ Кон И. С. Лики и маски однополрой любви. С. 15.

рая представляет гомосексуальность в менее патологическом свете, чем это было принято, ставит акцент на невозможности и ненужности излечения и развенчивает многие мифы о сексуальности в целом.

III этап — рассмотрение гомосексуальности в свете психоанализа (начало XX века).

Несмотря на то что Зигмунда Фрейда считают одним из главных теоретиков по всем вопросам, касающимся сексуальности, его работы не представляют единой теории относительно гомосексуальности. Так, по исследованиям К. Lewis, в работах Фрейда четко прослеживаются следы целых четырех теорий гомосексуальности! Однако есть важный факт, который заставляет выделить психоаналитическое рассмотрение гомосексуальности в отдельный этап: З. Фрейдом был разработан новый метод клинического объяснения многих феноменов, лежащих в поле зрения психиатрии. В процессе психоанализа как метода психотерапии возможно было обратиться к исследованию глубоких бессознательных процессов, мотиваций, влечений и др.

Позиция же З. Фрейда по вопросу собственно гомосексуальности варьировалась от уверенности относительно наличия ненормальных детских переживаний и неразрешенных сексуальных конфликтов, приводящих к гомосексуальности (таким образом, она оказывается действительно ненормальным, побочным продуктом «сбоев» в психическом функционировании) до следующей позиции (цитируется из письма З. Фрейда матери сына-гомосексуала): «Гомосексуальность, конечно, не является преимуществом, но это не то, чего стоит стыдиться, не порок, не деградация, и она *не может быть квалифицирована как заболевание* (курсив наш. — М. С.). Мы считаем это вариацией сексуальной функции, причиной которой является определенная задержка в развитии». И далее: «Другой вопрос, сможет ли анализ чем-то помочь вашему сыну. Если он несчастлив, нервен, его раздрают конфликты, он чувствует себя подавленно в обществе, анализ может принести ему гармонию, душевный покой, полную дееспособность, *независимо от того, останется ли он гомосексуалистом или изменится* (курсив наш. — М. С.)». Итак, можно видеть, что Фрейд подтверждает наличие определенных патологических процессов формирования гомосексуальности, но сформированную гомосексуальность квалифицирует уже не как заболевание, а как вариант сексуальности, не требующий излечения сам по себе.

IV этап — развитие социологических и биомедицинских исследований (XX век).

Многие вопросы, касающиеся гомосексуальности, имели бы простые ответы, если бы были раскрыты факторы ее формирования. Развитие социологических и биомедицинских исследований гомосексу-

альности в XX веке объяснялось желанием определить ее сущность, поняв механизмы формирования и/или оценив распространенность этого явления. В первую очередь важную роль сыграли социологические исследования 1940-х годов А. Кинси, ученого-энтомолога, который ставил своей целью исследовать сексуальное поведение людей, в том числе гомосексуальное поведение как один из аспектов. Данные Кинси были удивительны: во-первых, гомосексуальность оказалась распространена значительно шире, чем можно было предполагать; во-вторых, выяснилось, что многие люди на разных стадиях своей жизни испытывают разные сексуальные влечения, желания, побуждения: из них гомо- и гетеросексуальные могут чередоваться или возникать в разные периоды, могут проявляться в сексуальном поведении или просто оставаться на уровне фантазий. Таким образом, с социологических позиций был поставлен вопрос о нормах сексуального поведения (и вопрос этот касался не только гомосексуальности). В последующих социологических опросах, посвященных гомосексуальности, исследователи пытаются определить процент гомосексуалов в популяции. Становится очевидным, что людей, признающих у себя гомосексуальную идентичность, меньше в сравнении с теми, кто практикует гомосексуальное поведение и тем более в сравнении с теми, у кого возникают гомосексуальные желания или влечения (до 21% опрошиваемых в некоторых выборках). Современный социолог, исследователь феноменов сексуальности И. С. Кон указывает, что даже если цифры, описывающие аспекты гомосексуальности, достаточно малы (например, чуть менее 2% мужчин в локальном опросе по Санкт-Петербургу в 1996 году ответили, что испытывают гомосексуальное влечение), то нельзя исходя из этого преуменьшать их значимость⁶. Ведь даже 2% населения России — это почти 3 миллиона человек.

В биомедицинских исследованиях изучение гомосексуальности проходит в областях сравнительной и эволюционной биологии, генетики и молекулярной биологии, эндокринологии и нейрофизиологии. В результате под сомнение ставятся традиционные биомедицинские предпосылки о том, что гомосексуальность — это сугубо биологический феномен и/или болезнь, которую можно вылечить, а также опровергаются постулаты о неразрывной связи сексуальности с репродукцией и ненормальности любого сексуального поведения, не способствующего размножению.

Особую роль в развитии взглядов на гомосексуальность сыграло также психологическое исследование Эвелины Хукер, клинического

⁶ Кон И. С. Лики и маски однополый любви. С. 47.

психолога, проведенное в 1954–1956 годах. В результате этого исследования выяснилось, что между гомосексуальной и гетеросексуальной выборками нет никакой разницы в уровне и качестве социальной адаптированности и что гомосексуалы не отмечены какой-либо «особой» психопатологией.

Итак, в результате развития социологических и биомедицинских исследований стало ясно, что гомосексуальность является одним из аспектов сексуальности и что ее формирование не может быть объяснено с помощью однофакторных теорий, а скорее объясняется совокупностью биологических, психологических, социальных и иных факторов. Кроме того, в каждом конкретном случае удельный вес этих факторов в формировании гомосексуального поведения или идентичности отдельного индивида оказывается разным.

V этап — официальная депатологизация гомосексуальности (70–80-е годы XX века, в России — 90-е годы XX века).

Хотя официальная депатологизация гомосексуальности, т. е. исключение ее из перечня расстройств, требующих лечения, происходит только начиная с 70-х годов, ее база подготовлена научными исследованиями предыдущего этапа, в результате которого гомосексуалов стало невозможно считать психически больными.

Первой осуществила депатологизацию гомосексуальности Американская психиатрическая ассоциация (АПА). 15 декабря 1973 года было проведено голосование в президиуме АПА. Из 15 его членов 13 высказались за исключение гомосексуальности из списка заболеваний. Гомосексуальность исключают из второго издания справочника DSM-II, и однополое лечение перестает классифицироваться в США как психическое расстройство. Впоследствии АПА также осуждает репаративную терапию («конверсионную», «переориентирующую») — подход, направленный на «исправление» гомосексуальной ориентации, применяющий различные методы для «замены» у пациента гомосексуальной ориентации на гетеросексуальную. На вопрос «Является ли гомосексуальность психическим заболеванием?» Американская психиатрическая ассоциация на своем официальном сайте приводит ответ: «Нет, лесбийская, гей- и бисексуальная ориентации не являются заболеваниями. Исследования не выявили никаких взаимосвязей гомосексуальности с психопатологией. И гетеросексуальное и гомосексуальное поведение являются нормальными аспектами человеческой сексуальности». Далее в ответ на вопрос о возможности применения терапии для «замены» гомосексуальной ориентации на гетеросексуальную уточняется отношение к репаративной терапии: «Все главные национальные организации, занимающиеся вопросами

психического здоровья, уже выразили официальное мнение относительно терапии, направленной на корректирование сексуальной ориентации. На данный момент нет никаких научно подтвержденных результатов исследований, подтверждающих, что эта терапия сколько-нибудь безопасна или эффективна. Более того, возможно, что продвижение подобных видов терапии поддерживает стереотипы и способствует формированию негативной атмосферы для лесбиянок, геев, бисексуалов»⁷.

В 1993 году уже Всемирная организация здравоохранения пересматривает Международную классификацию болезней (МКБ), и в МКБ-10 сексуальная ориентация сама по себе перестает рассматриваться как расстройство. В 1995 году эту позицию принимает Япония, в 2001-м — Китай. В России психиатрия официально переходит на МКБ-10 в 1999 году. Хотя декриминализация⁸ гомосексуальности, т. е. исключение ее из ряда преступных деяний, происходит в России в 1993 году, до 1999 года сохраняется некая лакуна, когда гомосексуальность уже не является преступлением, но все еще может трактоваться как заболевание.

В 2009 году, в момент написания этой разработки, МКБ-10 является официально действующей.

В чем состоит психологическая проблема взаимодействия врача с пациентом-гомосексуалом?

Врач, как и любой другой человек, является носителем определенного набора социальных стереотипов, установок, предубеждений. Это следствие того, что каждый из нас социализировался в рамках именно данной культуры и данного общества, обладающих своим набором правил. Гомосексуальность — это феномен, сравнительно

⁷ <http://www.apa.org/topics/orientation.html>

⁸ Декриминализация — термин, обозначающий, что какой-либо феномен перестает рассматриваться как повод для уголовного преследования. До 1993 г. гомосексуальность рассматривалась в СССР и России как криминальный феномен. В 1933 г. в СССР опубликовано Постановление ВЦИК, в 1934 г. ставшее законом, согласно которому «мужеложство» на многие годы закрепляется как уголовное преступление (до этого времени законодательство разным образом рассматривало гомосексуальность, называя ее то преступлением, то уголовно не наказуемой болезнью). По статье 121 Уголовного кодекса РСФСР в 1930–1980-х гг. ежегодно осуждались и отправлялись в тюрьмы около 1000 мужчин, и только с конца 1980-х гг. их количество стало уменьшаться вплоть до 1993 г., когда происходит отмена статьи 121.1, наказывающей за гомосексуальность в принципе.

недавно исключенный из перечня медицинских отклонений; в частности, в России не прошло и десяти лет с того момента, когда гомосексуальность стала депатологизирована, т. е. исключена из списка патологий, отклонений от нормы, требующих излечения. А человеческая психика, в том числе психика профессионала (обладающего жесткими профессиональными установками), далеко не всегда может меняться с той скоростью, с которой происходят социальные изменения. В результате и после 1999 года некоторые российские врачи-психиатры все еще пишут в своих монографиях, учебниках, статьях о гомосексуальности как «извращении полового инстинкта», «отклоняющейся форме сексуального влечения» и т. п., не заботясь о противоречии этих подходов официально установленным медицинским нормативам.

Неудивительно, что врачи, не имеющие прямого отношения к проблематике гомосексуальности, опираются в своих представлениях на отвлеченные от реальности социальные стереотипы: ведь информации иного рода им никто не предлагал. В представлении человека, не имеющего в своем арсенале серьезной научной информации о гомосексуальности, лесбиянки, геи, транссексуалы могут идентифицироваться, например, с кем-либо из находящихся на виду шоуменов или с какими-то скандальными историями из газет и журналов. Однако специфика шоу-бизнеса и значительной части СМИ такова, что в них смакуются вовсе не те подробности, которые отражают реальную действительность.

Фактически любой человек, не изучавший феномен гомосексуальности специально, оказывается в плену **гомофобии** — иррационального страха (ненависти, тревоги, любых других негативных чувств) по отношению к гомосексуалам. Такой страх доминирует в общественном сознании и скрыто предписывается всем членам общества. Главное, что стоит понять, — этот страх на самом деле социально обусловленный, а вовсе не врожденный. Всем нам в процессе социализации «объяснили», что мы должны его испытывать. Таким же образом, вырабатывая определенную социальную политику и корректируя процесс социализации, можно сформировать у людей страх рыжеволосых женщин (как это было в Европе во времена инквизиции), левшей или других представителей человечества, обладающих отдельно взятой характеристикой. К счастью, когда человек осознает, насколько мало сам он участвовал в формировании тех или иных своих убеждений, он становится способным пересмотреть их и сформировать у себя более адекватную, индивидуальную систему представлений о жизни. Иррациональные страхи (в том числе гомофобия) в этом плане являются материалом для самостоятельной работы человека над собой.

Так, например, с определенными трудностями сталкиваются пациенты, которых отправляют в СПИД-центр специалисты проекта «LaSky», имеющего своей целью снижение числа случаев инфицирования ВИЧ и другими ИППП среди МСМ: «К нашим пациентам сразу возникает предубежденное отношение, информация о них распространяется шепотом по всем коридорам». Таким образом, как можно видеть, иногда сами врачи оказываются психологически не готовы к работе с гомосексуалами, для них это является чем-то шокирующим или вызывает бытовое любопытство, требующее «коридорных обсуждений».

А ведь приходя к врачу, любой гомосексуал вынужден решать: открывать ему особенности своей сексуальной жизни или нет, поймет ли врач ситуацию правильно или оценит, опираясь на гомофобные стереотипы. Психотерапевт Ф. Уолш отмечает по этому поводу: «В обществе, где быть лесбиянкой или геем значит постоянно подвергаться унижениям и дискриминации, не всякий (из них. — М. С.) решится обратиться за помощью...»⁹ И если во взаимодействии, например, со стоматологом знание сексуальной ориентации пациента не является особенно важным, то во взаимодействии с гинекологом, урологом, инфекционистом, проктологом может стать основной медицинской информацией. Укрытие же информации может значительно усложнить диагностику и назначение адекватного лечения. А если учесть, что, по данным разных исследований, процент лиц с гомосексуальной ориентацией (т. е. с устойчивым гомосексуальным влечением) колеблется в диапазоне до 7–10% (а эпизодические гомосексуальные контакты случаются в жизни гораздо большего процента людей), то можно себе представить, сколь велик масштаб проблемы: врач имеет шанс не узнать важной информации о колоссальном проценте своих пациентов!

Приведем примеры из практики психологического консультирования, описывающие традиционные, к сожалению, варианты общения лесбиянок с гинекологом. Среди других гинеколог задает вопрос: «Живете ли вы половой жизнью?» Часть лесбиянок на этом этапе отвечает: «Нет», так как они не уверены, можно ли считать лесбийские сексуальные контакты «половой жизнью». При этом, однако, половая жизнь может вестись активно, инфекции — передаваться и т. п. Если же женщина-лесбиянка признает факт половой жизни, то следует вопрос: «Как вы предохраняетесь?» Часть женщин сообщает, что «никак» (в результате чего сразу возникают вопросы о беременности, на

⁹ Цит. по: Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами.

которые практически невозможно ответить без отсылки к гомосексуальности), часть предоставляет ложную информацию об использовании презервативов. Как можно догадаться, такой диалог не способствует формированию у врача-гинеколога адекватного представления о сексуальной жизни женщины. Такие же проблемы могут возникать и у других перечисленных специалистов.

Более того, возникают погрешности также на уровне медицинской статистики, так как, например, в центрах репродукции женщина-лесбиянка, желающая забеременеть с помощью новых репродуктивных технологий, будет официально зарегистрирована как «одинокая женщина».

Врач — это профессиональная роль, носителем которой является индивидуум с собственными личностными качествами и характеристиками, с собственным стилем взаимодействия с людьми, со своими надеждами и страхами, желаниями и тревогами, с набором индивидуальных потребностей. Таким образом, «выхолощенного», «нейтрального» врача существовать просто не может: врач всегда является личностью и проявляет себя как личность во взаимодействии с пациентом. Опросив людей, в разное время обращавшихся к врачам за помощью, можно обнаружить, что при описании врачей они используют не только профессиональные, но и личностные характеристики: «Это великолепный врач, он был так внимателен и вежлив»; «К этому врачу я больше ни за что не пойду: это же надо, так кричать на больных!» Качества профессионала и качества личности идут бок о бок. Наличие или отсутствие гомофобных установок является одной из самых важных психологических характеристик врача, работающего с гомосексуальными пациентами, а в результате — залогом здоровья этих пациентов.

Почему гомосексуалам трудно говорить о своей гомосексуальности

До этого момента мы говорили в основном о том, почему врачу-профессионалу, обладающему рядом усвоенных социальных стереотипов, трудно адекватно реагировать на признание или обнаружение гомосексуальности своего пациента. Но у этой проблемы существует и другая сторона: пациенту тоже трудно признаться врачу в своей гомосексуальности. Как можно видеть, собственная сексуальность воспринимается многими гомосексуалами как проблема, требующая признания! Для того чтобы описать процесс предъявления себя кому-

либо (родителям, коллегам, друзьям, врачу) в качестве гомосексуала, «открытие» себя, используется даже специальный термин — **каминг-аут** (от *англ.* coming out — выход наружу), или «обнаружение», «самораскрытие». То есть открыть себя — это не просто сказать несколько слов, это осуществить целый процесс, требующий определенных психологических усилий.

Дело в том, что гомосексуалы, в большей или меньшей степени осознающие свою гомосексуальность, оказываются заражены **внутренней гомофобией** — этим термином определяется негативное отношение гомосексуалов к собственной сексуальности и своему «Я» вследствие того, что в процессе социализации любые негетеросексуальные формы поведения рассматриваются как «ненормальные». Фактически гомосексуалы с момента осознания своей «инаковости» осознают, что они «плохие», так как общество не одобряет подобных форм сексуальности. Это обычно вызывает негативные переживания относительно своей «нетрадиционной» сексуальности — тревогу, беспокойство, вину, стыд. Результатом часто являются значительные затруднения в самопринятии и самораскрытии перед другими людьми.

В результате гомосексуалы оказываются очень чувствительны к тому, что говорят о них другие люди, но это не врожденная, а приобретенная чувствительность. Одним словом, взглядом, жестом, которые могут трактоваться как отторгающие, можно легко оттолкнуть от себя пациента-гомосексуала, так как он бессознательно ждет такого отвержения, ранее неоднократно пережив подобное в своей жизни. Многие гомосексуалы переживали опыт отвержения родителями, сестрами и братьями, друзьями, педагогами, коллегами. И возможно, врачами.

Фактически призывая внимательно и чутко относиться к внутреннему миру пациента-гомосексуала, мы хотим подчеркнуть возможность таким образом исцеляюще действовать не только на его физическое здоровье, но и на душевное состояние. Известно, что опыт отверженности лучше всего «лечится» принятием и установлением принимающих, безоценочных отношений. Это своеобразная психотерапевтическая функция, которую может выполнять любой специалист, обладающий профессиональным авторитетом, при взаимодействии с пациентом-гомосексуалом.

Необходимо, однако, отметить, что далеко не все гомосексуалы выглядят при этом трепетными и беззащитными. У многих из них, напротив, сформированы механизмы психологической защиты: закрытость, повышенный уровень контроля за самовыражением, агрессия и другие. Следует понимать, что, например, закрытость и

агрессивность не являются непременными «спутниками» гомосексуальности, они не «врождены» вместе с ней, а формируются при жизни — ведь свой внутренний мир надо как-то защитить. Точно такие же механизмы психологической защиты могут формироваться у других групп людей, переживающих позицию уязвимости: представителей этнических меньшинств, мигрантов, детей, растущих в малообеспеченных семьях, и т. д. Однако за сформированностью таких защитных механизмов в большинстве случаев стоит ряд психологических травм.

В связи с этим ниже мы предлагаем рассмотреть возможности, которыми обладает врач для установления максимально открытого контакта с пациентом и получения адекватной информации о здоровье последнего.

Что зависит от врача при взаимодействии с пациентом-гомосексуалом

Итак, чтобы пациент открыл информацию о своей гомосексуальной ориентации, он должен быть уверен, что врач готов ее услышать. Но, как мы выяснили выше, не все врачи к этому готовы. Можно перечислить те реакции врача, которые будут **травматичны для пациента**.

1. Отвращение или презрение, выраженные на словах или мимически. Мимика является одним из основных способов внешнего выражения эмоций, и контроль за мимическими проявлениями — это достаточно трудная задача. Однако эта задача становится значительно проще, если врач имеет опыт открытого взаимодействия с гомосексуальными пациентами или хотя бы просто готов к такому опыту.

К эмоциям, болезненно действующим на пациента, относятся также удивление разной степени выраженности. «Что, вы правда этим занимаетесь?» или «Надо же, а вы не похожи...» — сами по себе эти фразы, снабженные эмоциональным посылом удивления, вызовут раздражение у любого человека, по какому поводу бы они к нему ни относились.

Важным моментом является самоанализ, рефлексия собственных эмоций. Собственно, например, эмоция отвращения к гомосексуалам является социально обусловленной, но никак не врожденной, и ее возникновение свидетельствует только об усвоенности определенных схем мышления и представлений о мире, которые были предложены в процессе социализации. Анализируя собственную эмоцию и причи-

ны ее возникновения, зачастую можно обнаружить, что повода для возникновения этой эмоции, в сущности, нет. В этом случае сила проявления эмоции теряет свою остроту и оказывается подвластна самоконтролю человека.

2. Бытовое любопытство проявляется в попытках выяснить, «а почему так», «зачем вам это» или «а чем вам так не нравятся женщины/мужчины?». Чтобы понять, почему такие вопросы и предложения неприемлемы, предложу вашему вниманию несколько вопросов из «Опросника для гетеросексуалов»¹⁰ — юмористической анкеты с очень серьезным содержанием. Так, если вы гетеросексуал, то ответьте: Как вы думаете, что является причиной вашей гетеросексуальности? Возможно ли, что ваша гетеросексуальность является результатом невротического страха перед лицами того же пола, что и вы? Если гетеросексуальность — нормальное явление, чем объяснить столь большое число лиц-гетеросексуалов, страдающих нервными и психическими расстройствами? Возможно ли, что вам нужна лишь хорошая партнерша/партнер того же пола? Почему гетеросексуалы столь склонны к внебрачным половым связям? Зачем вам демонстрировать другим свою гетеросексуальность, разве вам недостаточно просто быть собой?

Как можно увидеть, вопросы этой анкеты составляют своеобразную кальку с традиционных вопросов, задаваемых гомосексуалам, но развернутую в противоположном направлении. Попробовав серьезно ответить на эти вопросы, вы поймете, что сделать это довольно трудно, а зачастую сама формулировка вопроса не дает вам возможности при ответе выйти за рамки каких-то стереотипов. Где-то же от вас просто требуется признание очевидного факта, но сама формулировка словно бы обвиняет в чем-то отвечающего, и возникает раздражение. Поэтому прежде чем задать какие-то вопросы гомосексуалу, подумайте, не будут ли они звучать таким же странным образом.

3. Предложения обратиться к психиатру или другому специалисту для «излечения неправильной ориентации». Интересно, что в возможность «излечения» до сих пор верят даже некоторые психиатры и предлагают это, например, пациентам, обратившимся за психотерапевтической помощью, — тем самым, к сожалению, дезориентируя пациента.

В то же время для **поддержки** готовности **пациента** открывать информацию о своей ориентации врач-специалист может следующее.

¹⁰ Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами. СПб.: Питер, 2001. С. 341–342.

1. Спокойно, безэмоционально реагировать на полученную информацию.

2. Сохранять доброжелательное или нейтральное выражение лица.

3. Задавать дополнительные вопросы исключительно по существу, с целью фиксации фактов, а не ради удовлетворения любопытства.

4. Уточнять информацию безоценочно, спокойным тоном.

5. Сохранять рамки обсуждения конкретных проблем пациента, не уходя в сторону рассуждений о гомосексуальности.

6. Не морализировать и не навешивать ярлыков («Ну, у вас у всех такие проблемы!»).

7. Спокойно осуществлять необходимые телесные прикосновения к пациенту (так как у некоторых людей гомофобия приводит к тому, что они боятся прикоснуться к гомосексуалу; конечно, для врача это неприемлемо, как неприемлема и демонстрация страха физического касания).

Данные о сексуальной ориентации пациента возможно выяснять в потоке другой информации: так, чтобы это выглядело как один из компонентов сбора общего анамнеза, а не основная проблема, на которой концентрируется врач (даже если в реальности гомосексуальность тесно связана с медицинскими проблемами пациента).

Какие возможности откроет перед врачом такой подход к пациенту? Главная возможность — это наличие **открытого взаимодействия**, где пациент не утаивает проблем, а готов предоставить врачу реальную картину о состоянии своего здоровья и связанных с этим вопросах.

А кроме того, это поможет положить начало решению еще одной значительной проблемы отечественного здравоохранения: многие лесбиянки и геи так боятся рассказывать о своей ориентации, что вообще не обращаются к врачам, и в результате иногда попадают в их руки в запущенном состоянии здоровья. Особенно печально, когда какие-либо болезни оказываются к этому моменту распространенными среди целой группы: эта проблема знакома, например, всем врачам, имеющим дело с лечением ИППП и ВИЧ/СПИДа.

Для облегчения работы с пациентами-гомосексуалами те специалисты, которым информация о сексуальной ориентации пациента важна для его лечения, могут предпринять ряд подготовительных усилий. Так, при сборе анамнеза вопрос о сексуальности может быть ненавязчиво и спокойно задан между другими вопросами о физическом статусе и/или семейном положении. Это позволит пациенту снизить уровень тревожности путем осознания того факта, что такой вопрос является нормальным и просто стоит в одном ряду с вопросами

о других данных. Однако здесь не стоит ожидать многого: часть пациентов все равно, вероятно, не откроют правды, опасаясь, что факт их сексуальной ориентации будет где-то зафиксирован. На самом деле гомосексуалы имеют право испытывать подобную тревогу: еще десять лет назад в России они могли быть подвергнуты лечению из-за своей сексуальности, а чуть более чем пятнадцать лет назад по факту гомосексуальности их могли просто посадить в тюрьму. Но если вопрос врача о типе сексуальности/сексуальном поведении станет обыденным и привычным, если он будет задаваться спокойным тоном и без каких-либо акцентов, постепенно пациенты начнут привыкать к его нормальности. Многое здесь зависит от самого врача как личности и умения создать для пациента атмосферу доверия и безопасности (этому специально обучают психологов, но любому врачу такие навыки помогают в работе не меньше: ведь со спокойным пациентом всегда легче работать, чем с тревожным и напряженным).

Важно разобраться, каковы могут быть точные формулировки вопросов врача относительно гомосексуальности. Вероятно, здесь стоит употреблять вопросы двух категорий: о сексуальной самоидентификации и о сексуальном партнере (что позволит получить в том числе информацию о сексуальном поведении). Например, можно сформулировать такие вопросы: «Ваша сексуальная ориентация?» — и для облегчения ответа спокойным тоном предложить варианты: «гомосексуальная, гетеросексуальная, бисексуальная». В данном случае в практических целях используется некоторая подмена понятий: употребляя термин «сексуальная ориентация», мы стремимся получить информацию о сексуальной самоидентификации. Мы действуем таким образом потому, что термин «сексуальная ориентация» является в достаточной мере общеупотребимым и понятным большинству людей. В то же время название типа ориентации не является достаточным, чтобы понять, как характеризуется сексуальное поведение пациента на данном этапе (так как, например, при общем осознании себя как представителя гетеросексуальной ориентации могут наличествовать отдельные гомосексуальные контакты; а понятие «бисексуальная ориентация» само по себе не дает информации о поле сексуального партнера в текущий момент). В связи с этим можно добавить второй вопрос, например: «Пол вашего нынешнего сексуального партнера: мужской, женский?» Этот вопрос имеет смысл добавить после вопроса о том, есть ли у пациента в принципе сексуальный партнер на данном этапе. При этом стандартный вопрос «Живете ли вы половой жизнью?» с психологической точки зрения является не очень удачным, так как, как мы уже отмечали выше, не все гомосек-

суалы представляют, можно ли назвать гомосексуальные отношения «половой жизнью» и не относится ли этот термин только к гетеросексуалам. Лучше было бы задавать вопрос именно о наличии сексуального партнера.

При уточнении пола сексуального партнера следует также учесть, что у некоторых людей может наличествовать одновременно несколько сексуальных партнеров, в том числе разного пола, и быть готовым в том числе к такому ответу.

Важно! При осмыслении формулировок этих вопросов надо понимать, что в результате они предназначены не только для гомосексуальных пациентов. Эти вопросы придется задавать всем пациентам, так как «вычислить» гомосексуала по внешности часто совершенно невозможно. Но в таком подходе к опросу кроется еще и иной, глубокий смысл: все пациенты, а не только гомосексуалы, будут слышать, что вопросы о сексуальной ориентации просто стоят в ряду других вопросов — таким образом, сама гомосексуальность станет видимой (а ведь она много лет существовала в условиях подавляемой видимости) и будет бессознательно развенчиваться миф о ее «ненормальности». Это будет способствовать уменьшению иррациональных страхов и тревог относительно гомосексуалов и приводить к снижению общего уровня гомофобии в социуме. Как можно видеть, небольшие «кабинетные» врачебные практики оказываются значимыми на социальном уровне — не зря врачей относят к одним из ключевых фигур, могущих влиять на уровень выраженности гомофобии в обществе.

Другой личной разработкой врача может стать любой демонстрационный стенд, посвященный вопросам гомосексуальности, содержащий информацию о различных сексуальных ориентациях или освещающий эти вопросы в связи с другими. Важно, чтобы предоставляемая информация была адекватна, безоценочна, содержала конкретные факты, четкие определения и ориентировала людей в данной проблематике. Таким образом будет разрешаться очень важная проблема — **проблема «невидимости»** гомосексуалов. Раз какой-либо факт имеет научные описания, представлен в виде обзора или включен в какой-либо контекст, он признается существующим, о нем можно говорить, его можно открывать. Если же описание не имеет негативной нагруженности, а адекватно освещает реальные проблемы, то оно фактически является приглашением к обсуждению данного вопроса с врачом.

При подготовке такой информации и для оценки эффективности созданного можно привлекать как самих гомосексуалов, так и конкретных специалистов, знакомых с их проблемами (например, пси-

хологов). Отдавая себе отчет в том, что в рамках «традиционных» бюджетных учреждений демонстрация таких материалов не всегда осуществима, подчеркну тем не менее, что она может выполнять просветительскую функцию и для других врачей-специалистов, работающих в соседних кабинетах.

Возможно также держать в кабинете на видном месте среди других книг адекватную литературу по вопросам гомосексуальности: книги И. С. Кона, Ф. Мондимиора, Л. С. Клейна, А. Белкина и других специалистов. Ссылки на эти книги можно также использовать при оформлении стендов, о которых говорилось выше. Простым и доступным способом продемонстрировать пациентам толерантное отношение к ЛГБТ могут также другие детали оформления кабинета. Например, под стеклом на столе врача со стороны пациента могут быть размещены какие-либо картинки, открытки, а на стене располагаться небольшие постеры на тематику гомосексуальности. Так, например, международной общественной организацией ILGA недавно был выпущен ряд открыток и постеров с надписью: «Different families, same love» — «Разные семьи, та же любовь»; на изображениях эстетично и сдержанно представлены разные типы семей гомосексуалов. В России качественные просветительские постеры выпущены, например, общественным объединением «Фаворит» (Омск) — они созданы по проекту «Пульсар», который направлен на охрану сексуального здоровья MSM.

Подчеркнем: речь идет, конечно, не об эротических картинках, а об информативно-просветительских материалах (при необходимости можно обратиться в ЛГБТ-организации для получения таковых). Все эти детали могут показаться мелочами, однако они весьма наглядно (и не вызывая тревоги) демонстрируют пациенту толерантность врача и готовность адекватно отнестись к сексуальности пациента.

Как можно видеть, психологическая основа взаимодействия врача с пациентом-гомосексуалом заключается не в каких-то специальных техниках, а в **готовности принимать и уважать** каждого пациента как личность, учитывая его особенности. Сам факт принятия способствует формированию у пациента открытости во взаимодействии с врачом, снижению чувства тревоги, укреплению мотивации лечения. Для врача же это новая профессиональная задача, способствующая как личностному, так и профессиональному росту.

Заключение

В заключении хочется отметить: однозначно работающих эффективных техник, позволяющих врачу установить открытый контакт с пациентом-гомосексуалом, нет. Мы описали здесь основные направления формирования таких техник и предложили несколько конкретных методов, но в ходе вашей работы они, несомненно, будут трансформироваться, меняться, а возможно, вы изобретете что-то новое. Таким образом, эти методы и техники будут сформированы (и уже формируются) в самой работе врачей — тех врачей, которым не все равно.

И последнее, о чем хотелось бы сказать в рамках этих рекомендаций: при осуществлении просветительской работы по вопросам гомосексуальности с различными группами специалистов иногда может складываться представление, что надо уговаривать людей нормально относиться к гомосексуалам и переубеждать, что «они хорошие», т. е. добиваться для них полных прав. На самом же деле это и есть скрытое проявление **дискриминации** — ограничения прав отдельных категорий населения или социальных групп по какому-либо признаку. Ведь речь идет только о том, чтобы соблюдались конституционные права человека, данные ему изначально в том же объеме, что и другим людям, а не оказывались какие-то одолжения. Каждый из нас знает, что нельзя влезть в чужой дом и украсть дорогую вещь; но точно так же нельзя осуществлять вторжение в личную жизнь других людей только на том основании, что они отличаются от нас цветом кожи, образом жизни, сексуальной ориентацией и т. п. Право человека быть самим собой является неотчуждаемым и не требующим каких-то объяснений (в том случае, если человек не наносит вреда другим людям и не вторгается насильственно в их жизнь).

И в тот момент, когда такие переубеждения станут не нужны, мы сможем констатировать, что психологическая проблема взаимодействия врача и пациентов-гомосексуалов практически разрешена. **Возможно, с вашим участием?**

Если у вас возникают любые вопросы, идеи, предложения, собственные наработки по обсужденной здесь проблеме — обязательно связывайтесь с нами. Самый простой способ — написать нам на адрес psychology@lgbtnet.ru. Ниже также будут представлены контакты ЛГБТ-организаций, к которым можно обращаться за сотрудничеством.

Глоссарий

Бисексуальность — форма сексуальности, основывающаяся на наличии сексуально-эротического и эмоционального влечения к представителям мужского и женского пола.

Бифобия — негативное отношение к бисексуалам, характеризующееся переживанием отвращения, ненависти, страха и других негативных чувств.

Внутренняя (интернализованная) гомофобия — негативное отношение гомосексуалов к собственной сексуальности и своему «Я» вследствие того, что в процессе социализации любые негетеросексуальные формы поведения рассматриваются как «ненормальные».

Гей — наименование носителей мужской гомосексуальности, а также предпочитаемое и принимаемое гомосексуалами-мужчинами самонаименование (в отличие от менее приемлемого «гомосексуалист»).

Гендер (*англ.* gender) — социокультурный конструкт пола. В гендер входят все те характеристики, которые прививаются и развиваются у человека в процессе социализации, чтобы привести его поведение и мышление в соответствие с принятыми в данной культуре нормами, установками, представлениями о поведении мужчин и женщин и других мужских и женских характеристиках.

Гендерная идентичность — осознание себя принадлежащим к тому или иному полу, осознание в собственной личности характеристик мужественности и женственности, принятых в данной культуре; ощущение психологической принадлежности к определенному полу, не обязательно совпадающему с биологическим полом.

Гомосексуалы — собирательный термин для описания представителей женского и мужского пола, являющихся носителями гомосексуальной идентичности и/или практикующих гомосексуальное поведение.

Гомосексуальная идентичность — самоидентификация в качестве носителя гомосексуальной ориентации, осознание себя лесбиянкой/геем/бисексуалом/бисексуалкой.

Гомосексуальное поведение — описательный термин, связанный с сексуальными практиками и сексуальным поведением между людьми одного пола. Гомосексуальное поведение не определяет гомосексуальную идентичность.

Гомосексуальность — форма сексуальности, характеризующаяся направленностью сексуально-эротического и эмоционального влечения на представителей того же пола, без желания менять собственный пол.

Гомофобия (институционализируемая, «внешняя» гомофобия) — негативное отношение к гомосексуальности, зафиксированное в виде куль-

турных схем и социальных установок, нормативов, стереотипов, приводящих к дискриминации гомосексуалов. Гомофобия включает в себя любые негативные чувства (страх, гнев, ненависть, раздражение, тревога, боязнь контакта), которые возникают у людей по отношению к гомосексуалам. Обычно гомофобия иррациональна, связана с недостатком информации или ложной информацией о гомосексуалах.

Декриминализация — термин, обозначающий, что какой-либо феномен перестает рассматриваться как повод для уголовного преследования.

Депатологизация гомосексуальности — официальное исключение гомосексуальности из перечня расстройств, требующих лечения.

Дискриминация — ограничение прав отдельных категорий населения или социальных групп по какому-либо признаку (например, по признаку сексуальной ориентации и/или гендерной идентичности).

ЖСЖ (аббревиатура) — женщины, практикующие секс с женщинами.

Камин-аут (*англ.* — coming-out), «обнаружение» — акт признания кому-либо в собственной гомосексуальности и процесс внутренних изменений личности, связанный с «выходом в свет», предъявлением себя другим людям в качестве гомосексуала.

Квир (*англ.* queer — «чуждой», «странный», «отклоняющийся») — собирательное название для разных вариантов гендерных и сексуальных идентичностей, отличающиеся от «общей линии», традиционно воспринимаемых как отклонение от каких-либо социальных норм в той или иной степени (в том числе гомосексуалы/ЛГБТ).

Квир-теория — теория гендерной и сексуальной идентичности, делающая акцент на текучести, изменчивости, многозначности этих категорий, подчеркивающая отсутствие «нормы», делающая акцент на индивидуальности личности. Основная идея квир-теории: любой человек отличается от других, является в чем-то «иным», несет в себе особенную идентичность; усредненного человека в природе не существует.

ЛГБТ (аббревиатура) — лесбиянки-геи-бисексуалы-трансгендеры (см. определения).

Лесбиянка — наименование и самонаименование носительниц женской гомосексуальности

МСМ (аббревиатура) — мужчины, практикующие секс с мужчинами.

Сексуальная ориентация — компонент человеческой сексуальности, отражающий более или менее постоянное сексуально-эротическое и эмоционально-чувственное влечение индивида к представителям определенного пола/обоих полов.

Толерантность — готовность уважительно относиться к иным, отличающимся от собственных, культурным образцам поведения, мышления, стиля жизни и др.

Трансгендерность — несколько различных типов сексуальной идентичности и моделей поведения, которые выражаются в принятии атрибутов противоположного пола:

— бигендеры — люди с «плавающей», подвижной гендерной идентичностью;

— интерсексуалы (гермафродиты) — люди, имеющие от рождения морфологические признаки и мужского и женского пола;

— трансвеститы — люди, играющие роль другого гендера через ношение одежды или испытывающие возбуждение от одевания и ношения одежды, характерной для другого гендера (без желания менять физический пол);

— транссексуалы — люди, которые испытывают несогласованность морфологического и психологического пола (гендера) и потребность сменить пол на противоположный, приведя таким образом эти аспекты в соответствие.

Трансфобия — негативное отношение к трансгендерам, характеризующееся переживанием отвращения, ненависти, страха и других негативных чувств.

Использованная и рекомендуемая литература

1. *Белкин А. И.* Третий пол. Судьбы пасынков природы. М.: Олимп, 2000.
2. В поисках сексуальности: Сборник статей / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Дмитрий Буланин, 2002.
3. *Гейдар Л., Довбах А.* Быть лесбиянкой в Украине: обретая силу. Киев, 2007. E-mail: wwwomen@ukr.net
4. *Гейдар Л., Семенова Е.* Настольная книга для женщин: сексуальное здоровье. Киев, 2008. E-mail: wwwomen@ukr.net
5. *Келли Г.* Основы современной сексологии. СПб.: Питер, 2000.
6. *Клейн Л. С.* Другая любовь. Природа человек и гомосексуальность. СПб.: Фолио-пресс, 2000.
7. *Кон И.* Сексология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2004.
8. *Кон И. С.* Лики и маски однополый любви. Лунный свет на заре. М.: АСТ, 2003.
9. *Мармор Д.* Гомосексуальность // Сексология. СПб.: Питер, 2001.
10. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Гомосексуальность и бисексуальность // Основы сексологии. М.: Мир, 1998.
11. *Мондимер Ф. М.* Гомосексуальность: естественная история. Екатеринбург: У-Фактория, 2002.
12. MSM: общественное мнение, стигма, дискриминация. Дайджест № 1. М., 2007. E-mail: mail@infoshare.ru
13. Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дэйвиса, Ч. Нила. СПб.: Питер, 2001.

14. Хукер Э. Размышления об исследовании, которое длилось сорок лет // Сексология. СПб.: Питер, 2001.

Рекомендуемые сайты

1. Джокьякартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности <http://www.yogyakartaprinciples.org>

2. Интернет-энциклопедия «Википедия» <http://ru.wikipedia.org> Ключевые страницы: «Гомосексуальность» или «Портал: ЛГБТ», далее — по ссылкам.

3. Официальный сайт Американской психиатрической ассоциации (АПА) <http://www.psych.org>

4. Портал информационно-образовательного центра «Женская Сеть» (Украина) <http://www.feminist.org.ua>

5. Российский национальный сервер геев, лесбиянок, бисексуалов и транс-сексуалов <http://www.gay.ru>

6. Сайт ЛГБТ-ассоциации «Фаворит» (Омск) <http://favorit.gay.ru>

Контакты ЛГБТ-организаций и социальных проектов по проблемам ЛГБТ, MSM

МОД «Российская ЛГБТ-Сеть»

Председатель: Игорь Петров

Сайт: <http://lgbtnet.ru>

E-mail: info@lgbtnet.ru

Тел.: (+7-812) 313-93-69

ОО «Феминистская и ЛГБТ организация Гендер-Л» (Санкт-Петербург)

Руководительница: Василина Рачинская

E-mail: gender-L@mail.ru

Тел.: (+7-812) 313-93-69

Сайт: <http://vkontakte.ru/club8111084>

АНО «ЛГБТ Организация Выход» (Санкт-Петербург)

Директор: Валерий Созаев

Сайт: <http://piter.lgbtnet.ru>

E-mail: nuntiare@gmail.com

Тел.: (+7-812) 313-93-69;
+7-906-229-25-60 (Валерий)

Проект «АнтиДогма» (Челябинск)

Куратор: Руслан Поршнев

Сайт: www.anti-dogma.info

E-mail: antidogmat@gmail.com

Социальный проект «LaSky»

Сайт: www.lasky.ru

E-mail: info@lasky.ru

Проект «PULSAR» (Омск)

Психолог: Дмитрий Андронов

Сайт: www.pulsarrussia.ru

E-mail: omdov@mail.ru

Тел.: +7 (3812) 385-255

KRUG KARELIA (Петрозаводск)

Руководитель: Валентин Зотов

E-mail: krug-karelia@mail.ru,

vallentis@onego.ru

Тел.: +7-911-401-17-81

Сайт: <http://vkontakte.ru/club5167974>

АРОО «Ракурс» (Архангельск)

Председательница: Татьяна Винниченко

E-mail: la_arcoiris@mail.ru

Тел.: +7-952-257-23-34

ТОО «Радужный дом» (Тюмень)

Президент: Александр Жданов

E-mail: lgbttmn@mail.ru

Содержание

Для кого написаны эти рекомендации	4
Зачем и о чем написаны эти рекомендации	4
О структуре методических рекомендаций	5
Что понимают под гомосексуальностью и кто такие гомосексуалы	6
История положения феномена гомосексуальности в поле медицины	11
В чем состоит психологическая проблема взаимодействия врача с пациентом-гомосексуалом?	16
Почему гомосексуалам трудно говорить о своей гомосексуальности	19
Что зависит от врача при взаимодействии с пациентом- гомосексуалом	21
Заключение	27
Глоссарий	28
Использованная и рекомендуемая литература	30
Рекомендуемые сайты	31
Контакты ЛГБТ-организаций и социальных проектов по проблемам ЛГБТ, MSM	31

Мария Леонидовна Сабунаева

**ГОМОСЕКСУАЛЫ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ПАЦИЕНТАМИ**

Методические рекомендации

Корректурa *Н. П. Драловой*
Компьютерная верстка *Е. Н. Груздевой*

Подписано в печать 22.10.2009 г. Формат 60×84¹/₁₆. Гарнитура Таймс.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Объем: 2,0 уч.-изд. л.; 2,0 усл. печ. л.
Тираж 1000 экз. Заказ 579

Издательство РГПУ им. А. И. Герцена. 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48
Типография РГПУ им. А. И. Герцена. 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48