

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Почему я уволился из Тавистока? Детям, нуждающимся в трансидентификации, показана психотерапия, а не просто «подтверждение» и медикаментозное лечение*

*Эванс Маркус
(Пер. с англ.: Е.А. Кузьмина, К.А. Лемешко)*

Маркус Эванс – частнопрактикующий психоаналитик, ранее работал психотерапевтом-консультантом и руководителем службы по работе со взрослыми и подростками в Тавистокском и Портмановском трастах НСЗ Великобритании. Он является автором книги «Making Room for Madness in Mental Health: The Psychoanalytic Understanding of Psychotic Communication» («Создание пространства для безумия в сфере охраны психического здоровья: психоаналитическое понимание психотической коммуникации»). Ведет блог в «Твиттере»: @marcusevanspsyc.

В статье рассматриваются причины актуального кризиса национального здравоохранения Великобритании применительно к расстройствам половой идентичности. Автор приводит ссылки на результаты взвешенных клинических исследований, которые целенаправленно замалчиваются в целях сохранения статус-кво. Автор отстаивает психоаналитический подход к диагностике и терапии расстройств половой идентичности, исключающий вступление в перверсный сговор с «потребителем услуг».

Ключевые слова: расстройство половой идентичности, перверсия, подростки.

За последние пять лет количество обращений в Тависток-центр в северной части Лондона, единственную в Великобритании клинику Национальной системы здравоохранения (НСЗ), которая обслуживает детей с проблемами развития гендерной идентичности, увеличилось на 400%. В этот период также произошло резкое изменение состава тех, кто обращается за лечением. Раньше подавляющее большинство пациентов

* Оригинал статьи: <https://quillette.com/.../why-i-resigned-from-tavistock.../>

составляли мальчики. В настоящее время преобладают биологические женщины, которые утверждают, что имеют мужскую гендерную идентичность, часто после быстрого наступления половой дисфории в подростковом возрасте.

Мы не до конца понимаем, что происходит в этой сложной области, и необходимо систематически и объективно исследовать данное явление. Но в нынешних условиях это стало затруднительно, поскольку дискуссии постоянно прерываются из-за обвинений в трансфобии. Как я утверждал в своем майском докладе 2019 года в палате лордов, такой де-факто режим цензуры наносит вред детям.

Те, кто отстаивает беспрекословное принятие и «утверждение» трансидентифицированных детей, часто заявляют, что любая задержка или нерешительность в содействии желаемому переходу ребенка в другой пол может нанести непоправимый психологический вред и, возможно, даже привести к самоубийству. Они также обычно ссылаются на исследования, направленные на то, чтобы доказать, что переходный ребенок может ожидать более высокого уровня психологического здоровья и удовлетворенности жизнью. Ни одно из этих утверждений не соответствует каким-либо надежным данным или исследованиям в этой области. Они также не совпадают с теми случаями, с которыми я сталкивался десятилетиями, работая психотерапевтом.

В 80-х годах XX века я исследовал взрослые парасуициды (очевидные попытки самоубийства или суицидальные намерения). Некоторые из моих пациентов перенесли операцию по смене пола и часто злились на потерю своей биологической сексуальной функции. Они также были обижены на психиатров, которые, по их мнению, не смогли должным образом исследовать основные психологические трудности, связанные с гендерной дисфорией.

Как психотерапевт, я консультировался с различными службами психического здоровья, которые помогали пациентам со столь сложным поведением. В этом качестве я заметил, что гендерная дисфория иногда также развивалась у тех пациентов, кто в анамнезе имел серьезные и стойкие психические заболевания или расстройства личности. Общей темой их высказываний было убеждение, что физическое лечение устранил или ослабит те аспекты их Я, которые причиняют им психическую боль. Когда такие медицинские вмешательства не могли устранить их психологических проблем, разочарование приводило к эскалации самоповреждений и суицидальных мыслей, поскольку обида и ненависть к самим себе проявлялись по отношению к их телу.

Один молодой человек, у которого диагностировали шизофрению, боялся собственной агрессии, поскольку однажды он угрожал своей матери (от которой он ожидал заботы о себе) оружием. После психотерапии со мной в течение нескольких месяцев, во время которой он исследовал свой страх перед собственным взрывным характером, пациент внезапно объявил, что хочет сменить пол. Ранее мной не обнаруживалось никаких признаков гендерной дисфории.

В то время шизофрения была противопоказанием к операции по смене пола. Тем не менее пациент был быстро обследован и принят в клинику гендерной идентификации Charing Cross. По моему мнению, смена пола, вероятно, была стратегией для сдерживания его страха перед психотическими вспышками (поскольку женщины в общественном сознании представляются менее агрессивными и реже угрожают физическим насилием). Я написал в Charing Cross, рекомендовав разрешить продолжать психотерапию и приостановить лечение с целью смены пола, чтобы можно было решить эти более глубокие проблемы. Команда, лечившая пациента, выразила свое несогласие и продолжила свои действия.

Весной 2018 года мои опасения в этой области еще более усилились, когда я перестал активно работать частным психотерапевтом и вошел в состав Совета управляющих Национальной службы здравоохранения Тавистока и Портмана, в котором работает Служба развития гендерной идентичности (GIDS) Национальной службы здравоохранения при вышеупомянутой клинике Тависток. Это государственное учреждение, доступное каждому в Великобритании. С самого начала работы там мне стало известно о растущем противоречии в работе GIDS. Пришло письмо от группы родителей, жалующихся на то, что их дети часто включаются в программу смены пола GIDS без какого-либо серьезного психологического обследования. Автор письма, мать, представляющая группу родителей, написала мне письмо, и я распространил копии этого ответа другим коллегам.

Примерно в то же время к доктору Дэвиду Беллу, старшему консультанту в НСЗ Тавистока и Портмана и управляющему Тавистокской больницей, обратились 10 сотрудников GIDS (что составляет примерно одну пятую часть лондонской службы), которые имели серьезные этические опасения, аналогичные тем, которые выражены в письме родителей. Эти опасения включали озабоченность неадекватным клиническим обследованием пациентов, которых подталкивают на ранние медицинские вмешательства, а также неспособностью GIDS противостоять давлению со стороны активистов. Как я обнаружил, это было уже не первый раз, когда проблемы подобного рода поднимаются на рассмотрение. Тринадцать лет назад психотерапевт Сюзан Эванс (являющаяся моей женой) выразила обеспокоенность по поводу тщательности процесса обследования некоторыми сотрудниками.

Как управляющий Тавистокским траста я лично был свидетелем попыток руководства Траста отклонить доклад доктора Белла, который он представил в конце 2018 года, а также письмо родителей. Доктора Белла обвинили в выдумывании описанных им тематических исследований, начали расспрашивать о его полномочиях, ему активно не предоставляли отчеты некоторых членов совета и запретили присутствовать на совещании, когда обсуждался ответ заместителя по медицинской части на его доклад.

Из многолетнего опыта управления клиническими направлениями в НСЗ я узнал, что попытки устранения или дискредитации серьезных

и обоснованных опасений обычно исходят от тех, кто стремится избежать ответственности и защитить свои методы от критики. Такой защитный, корыстный подход был бы опасен и нежелателен в любом контексте НСЗ. Это вызывало особое беспокойство в контексте работы с уязвимой молодежью, изменяющей саму жизнь посредством необратимых решений, которые имеют неизвестные медицинские последствия. И поэтому в 2019 году я уволился из Совета управляющих Тавистока в знак протеста против неспособности совета решить серьезные проблемы, высказанные доктором Беллом и родителями.

Многие специалисты в области охраны психического здоровья разделяют эти опасения. Но говорить об этом публично сложно. Журналисты, которые исследовали эту область, сообщают, что, хотя опрашиваемые готовы говорить конфиденциально о своих проблемах, они избегают называть свои имена, опасаясь, что их обвинят в фанатизме или предъявят претензии в нарушениях прав человека. В превосходной книге 2019 года «Изобретая трансгендерных детей и молодежь» авторы Хит Брунскелл-Эванс и Мишель Мур собрали вместе опытных клиницистов и ученых, чтобы подвергнуть критике определенные подходы к гендерной дисфории. Но GIDS пригрозила судебным иском против издателя и потребовал ознакомиться с книгой перед публикацией.

Что еще хуже, к усилиям по подавлению немодных взглядов присоединились некоторые ведущие организации, в том числе Американская академия педиатрии (AAP), чье политическое заявление по вопросу «обеспечения всестороннего ухода и поддержки для трансгендерных и разноплановых детей и подростков» было развенчано в недавно опубликованной рецензируемой журнальной статье Джеймса Кантора. «Хотя почти все клиники и профессиональные ассоциации в мире используют так называемый подход бдительного ожидания для помощи детям с гендерным разнообразием (GD), заявление AAP вместо этого отвергает такой консенсус, поддерживая трансгендерное утверждение в качестве единственно приемлемого подхода», – пишет Кантор. Подход AAP, подобный тому, который применяется многими клиницистами в GIDS, кажется, в большей степени обусловлен политической идеологией, чем представлениями о потребностях детей и клинической действительностью.

Частично эта тенденция коренится в нелепой идее о том, что каждый человек, включая детей, имеет врожденную гендерную идентичность, сродни религиозной душе, которую каждый обнаруживает и лелеет. Но, как недавно писали авторы Уильям Дж. Мэлоун, Колин М. Райт и Джулия Д. Робертсон в журнале *Quillette* (<https://quillette.com/2019/09/24/no-one-is-born-in-the-wrong-body/>), такая концепция гендерной идентичности сомнительна. Этот термин обычно определяется как означающий «внутреннее, глубокое» чувство того, что человек является мужчиной или женщиной (или, в случае детей, мальчиком или девочкой), обоими или ни тем, ни другим. Также стало общепринятым утверждать, что это чувство идентичности может быть надежно выражено детьми в возрасте трех лет. Хотя эти заявления о гендерной идентичности поначалу не привлекали

систематического изучения, сейчас они стали предметом критики со стороны растущего числа ученых, философов и работников здравоохранения. Исследования развития показывают, что дети младшего возраста имеют только поверхностное понимание гендера и пола (в лучшем случае). Например, до семи лет многие дети часто верят, что, переодевшись в платьице, мальчик становится девочкой. Это дает нам основание сомневаться в том, что у маленьких детей вообще существует согласованное ощущение гендерной идентичности. В той степени, в которой может существовать любая такая идентичность, концепция опирается на стереотипы, которые поощряют связь пола с полом.

Несомненно, психотерапевты не должны пытаться навязать свое представление о том, что «нормально» пациенту, который считает, что он или она – транс. Они также не должны пытаться навязать человеку свой образ мышления. Однако, как и во всех контекстах, психотерапевт должен противостоять искушению приостановить любопытство, некритически принять представления пациента за чистую монету, а затем выступить в роли скачущего в восторге чирлидера для изменяющих жизнь актов перехода. Цель исследовательской терапии скорее должна состоять в том, чтобы понять смысл представлений пациента, чтобы помочь ему развить понимание себя, включая желания и конфликты, которые определяют их индивидуальность и выбор.

В некоторой степени крайнее почтение, которое сейчас проявляется к трансгендерным детям, может быть связано с общими изменениями в восприятии врачей и других авторитетных деятелей в эпоху интернета. Ранее опытные специалисты имели лицензию на клиническую оценку своих пациентов в соответствии с их опытом. Но сейчас такая охрана здоровья пациента уже считается контролирующей и даже репрессивной. В настоящее время многие пациенты видят врачебную консультацию через призму потребительской культуры, в которой клиент всегда прав.

Когда врачи всегда дают пациентам то, что они хотят (или думают, что хотят), последствия могут быть катастрофическими, как мы уже видели с кризисом пероральных опиоидов. И есть все основания полагать, что ненадлежащее медицинское лечение детей с гендерной дисфорией может привести к тем же последствиям. Практикующие специалисты по понятным причинам хотят защитить своих пациентов от психической боли. Но быстрые исправления, основанные только на самоотчете, могут иметь трагические долгосрочные последствия. И все большее количество трансдесисторов (<https://quillette.com/2019/03/07/i-have-gender-dysphoria-but-your-trans-identified-child-may-not/>) (также известных как детранзитеры) уже ищут виновных среди медицинских работников, посмеявшихся возразить их убеждениям. В 2019 году, когда бывшая трансидентифицированная британская женщина по имени Чарли Эванс выступила с публичным заявлением о своем нежелании участвовать в подобной кампании, с ней связались «сотни» других десисторов, и они сформировали группу под названием The Detransition Advocacy Network, чтобы позволить им высказаться и получить поддержку в спорной среде, где доминирует догматическая транс-идеология.

В соответствии с законодательством НСЗ врачи обязаны обсуждать серьезные негативные последствия любого предлагаемого пациенту лечения. Однако, как и во многих других отношениях, проблема гендерной дисфории, похоже, выходит за рамки обычных правил, регулирующих медицинскую практику. Многие специалисты отмечают тот особый факт, что, несмотря на необычайную озабоченность абстрактным понятием «пол», мало обсуждаются реалии секса и репродуктивной функции.

Клиницист, давшая интервью лондонскому изданию «Таймс» (<https://www.thetimes.co.uk/.../it-feels-like-conversion...>), сообщила, что ее даже поощряют не спрашивать пациентов об этих проблемах: «Я хотела бы спросить, с кем они желали бы иметь отношения, но руководство ответило мне, что пол целиком отделен от секса». И все же часть борьбы за развитие в подростковом возрасте требует, чтобы мы смирились с реальностью того, кто мы есть, включая нашу сексуальность, данную нам от рождения, и различные роли, требуемые от нас нашими репродуктивными функциями. Существуют всевозможные тревоги, связанные с этими обстоятельствами и функционированием тела, – тревоги, которые могут быть настолько серьезными, что могут исказить наше самосознание. Как отметил доктор Кантор, имеющиеся исследования показывают, что большинство детей до подросткового возраста, которые представляют себя трансами, в конечном итоге возвращаются к идентичности, которая соответствует их биологическому полу. Тем не менее многие из этих детей (и их родители), кажется, получают мало информации о том, какой вред будет нанесен их жизни, если они произведут смену пола. Вот цитата одной молодой женщины, которая прошла через это: «Много разговоров о гендерной политике и никаких – о физических реалиях, связанных с переходом».

Что касается несовершеннолетних, информированное согласие на лечение обычно может быть выражено родителями. Но эти решения обычно принимаются, когда у ребенка опасное для жизни физическое заболевание или требуется операция. Не менее сомнительно полагаться на информированное согласие в отношении медицинских вмешательств на гендерной основе, последствия которых останутся на всю жизнь, если никто не может быть уверен, что этот ребенок будет думать через 10 лет. Идея лечения гендерной дисфории с медицинской точки зрения заключается в том, чтобы перенести фокус проблемы с психики на тело. Но хотя психические убеждения могут измениться, телесные последствия таких медицинских вмешательств могут быть необратимыми.

Поразительно наблюдать за тем, как некоторые члены лобби по утверждению трансгендерности высказываются о своем подходе, несмотря на отсутствие надежных данных исследований. И большая часть данных, которые существуют, не в состоянии поддержать их требования. Например, исследование 2011 года (см.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21364939>) показало, что «лица с транссексуализмом после смены пола имеют значительно более высокий риск смертности, суицидального поведения и психической заболеваемости, чем население в целом». И хотя в статье 2018 года (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29514975>),

посвященной изучению влияния блокаторов гормонов, был сделан вывод, что «доказательства низкого качества свидетельствуют о том, что гормональное лечение трансгендерных подростков может достигать намеченных им физических эффектов», авторы также обнаружили, что «доказательства психосоциального и когнитивного воздействия этих эффектов обычно отсутствуют».

В 2016 году Центр медицинских услуг США и Medicaid в США провел обзор долгосрочных исследований результатов операций по смене пола (см.: <https://www.cms.gov/med.../details/nca-decision-memo.aspx...&>). В 33 исследованиях у большинства были выявлены методологические погрешности, которые привели к ненадежным выводам. А исследования, признанные надежными, не показали существенных улучшений в психологическом функционировании после операции по смене пола. Таким образом, имеются свидетельства сильного уклона в сторону финансирования и публикаций исследований, которые основаны на предрассудках, и эти предрассудки подкрепляются усилиями похоронить данные, которые опровергают эти сомнительные методы.

На самом деле некоторые исследования были преждевременно прекращены из-за явного противодействия со стороны сторонников лоббистских групп и их союзников по СМИ. В 2017 году Университет Спа отрицал сам факт исследований, проводимых психотерапевтом Джеймсом Каспианом, на пациентов, стремящихся обратить вспять последствия операции по смене пола (<https://www.spiked-online.com/.../my-battle-with-the.../>). «Основная причина, – сказал он, – заключалась в том, что это может вызвать критику исследований в социальных сетях, а критика исследований – это критика университета, и они также добавили, что лучше не оскорблять людей» (см.: <https://www.bbc.com/news/uk-41384473>).

Кеннет Цукер, известный исследователь и клинический руководитель Клиники гендерной идентичности детства, юношества и семьи в Торонто, был уволен в 2015 году сразу после того, как транс-активисты обвинили его в проведении «конверсионной терапии». Претензии оказались необоснованными, и Центр наркомании и психического здоровья, его работодатель, согласился выплатить доктору Цукеру 586 000 долларов (см.: <https://thevarsity.ca/.../camh-settles-with-u-of-t.../>) в рамках законного урегулирования (и извинился «безоговорочно» за лечение, которое он проводил). Последующее расследование полностью реабилитировало профессора Цукера, и стало ясно, что активисты, требующие его отстранения, просто злились на то, что он помог детям договориться с их биологией перед «переходом» (это так называемая стратегия «бдительного ожидания», которую наиболее ответственные врачи используют во всем мире).

В своем докладе Тавистокскому и Портманскому траст-совету НСЗ доктор Белл упомянул, что высокий процент пациентов, страдающих гендерной дисфорией, страдает и от других сложных проблем, таких как психические травмы, аутизм, сексуальное насилие в прошлом и синдром дефицита внимания. Этот вывод согласуется с растущим объемом знаний, которые связывают развитие половой дисфории с психологическими факторами. С тех пор как я оставил свою должность в Тавистокке, со мной

связались многие родители, которые спрашивали совета о том, как вести себя с детьми, у которых есть такие проблемы. Как правило, родители были обеспокоены тем, что такие службы, как Тависток, поощряют идею что проблемы их ребенка могут быть всесторонне решены просто путем изменения пола.

Они также выражали озабоченность тем, что их ребенка пичкают онлайн-видеоматериалами, в которых детям рассказывают, как преодолеть любые номинальные клинические проблемы, с которыми они могут столкнуться. Все более распространенной характеристикой детей, страдающих гендерной дисфорией, является глубокая вовлеченность в групповые онлайн-чаты, которые поддерживают их чувство несоответствия, побуждают расценивать призывы к умеренности (даже родительские) как вражеские и перекликаются с языком веб-сайтов, культивирующих анорексию и самоубийства. Как и в случае с настоящими культами, последователям рекомендуется верить, что весь их спектр личных проблем может быть решен одним способом. «Чувствуете себя не в своем теле, чувствуете, что оно вам не подходит?» – спрашивает сайт «Трансгендерный рай» (<https://transgenderheaven.com>). «Вот группа, которая понимает ваши чувства несоответствия и замешательства и может предложить вам идентичность, может обеспечить уверенность и чувство соответствия». Или, как сказал один из блогеров на YouTube, поддерживающий трансгендеров: «Транс – это решение, если ощущаешь себя дерьмом».

«Мой онлайн-опыт, на который повлиял этот уровень группового мышления, уровень моральной политики и постоянные скрытые угрозы социального разоблачения и остракизма, сделал меня очень скрытым и тревожным человеком», – сообщила одна женщина о своем опыте общения в интернете (см.: <https://www.feministcurrent.com/.../dagny-on-social.../>). Или: «Это сделало меня параноиком из-за мотивов окружающих людей. Я считала своих родителей фанатиками и лицемерами, потому что Tumblr (групповой чат) сказал мне об этом; потому что они мужественно держались и долго не позволяли мне принимать гормоны. Любой, кто вел себя аналогично, был, согласно Tumblr, врагом. Одна трансгендерная особь, называвшая себя в женском роде, даже заставила меня испытывать абсолютную ненависть. Версия морали и справедливости Tumblr заставила меня – впечатлительного, неуверенного подростка – чувствовать, что мое единственное безопасное место было в моей голове, где меня никогда не будут обманывать».

Влиятельный британский психоаналитик Роджер Эрли Мани-Керл однажды назвал и описал (<https://www.pwp-web.org/document.php?id=ijr.052.0103a>) трудности, с которыми мы все обязательно сталкиваемся как с неумолимыми фактами жизни. Это: 1) наша зависимость от наших матерей в младенчестве, 2) различия между полами и 3) разница между поколениями. Взятые вместе, эти реальности открывают нам глаза на болезненные истины о нашей зависимости от других, наших собственных личных ограничениях и нашей смертности. Даже те из нас, кто считает, что мы хорошо приспособлены и счастливы, часто просто имеют

хорошие механизмы защиты, позволяющие не ощущать тревогу по этому поводу.

В некоторых случаях эти защитные механизмы могут заставить нас радикально изменить способ представления себя в этом мире. Но зрелость и психологический рост требуют от нас не избегать и не искажать реальности, то есть не отрицать своей половой принадлежности. Механизмы, сформированные для того, чтобы отрицать или искажать реальность, могут навредить нам, предотвращая дальнейшее эмоциональное развитие. И поэтому имеет смысл понимать наше отношение к полу и его выражение в контексте нашей борьбы с этими реальностями, а не рассматривать пол как отдельную проблему, оторванную от биологической реальности.

Младенцы, как правило, полагаются на внимательную материнскую фигуру, которая приводит их в этот мир и заботится о них. Эти (надеюсь) любовные и заботливые отношения обеспечивают основу для развития психики и чувств ребенка. Влиятельный педиатр и психоаналитик Дональд Винникотт описал отношения матери с младенцем на этой стадии как первичную материнскую озабоченность (<https://www.oxfordclinicalpsych.com/.../med-9780190271374...>). Очарование материнской озабоченностью разрушается, когда реальность сталкивает ребенка с отлучением от груди и мать выходит на работу или рождает другого ребенка.

Разлучение с матерью является важной частью психологического развития ребенка. Однако психологическая и физическая сепарация может восприниматься как травма. Это, в свою очередь, может привести либо к желанию обладать матерью в некотором роде, либо к обиде на мать, так как младенцу трудно отказаться от идеальных отношений, представленных базовой материнской заботой. В недавней статье под названием «Время и иллюзия Эдемского сада» (см.: <https://www.tandfonline.com/.../10.../00207578.2018.1556072>) психоаналитик Джон Стайнер описывает общую фантазию возвращения к воображаемым идеализированным отношениям с матерью. Эта фантазия часто связана с идеализированным временем, местом или состоянием в жизни пациента до того, как эта жизнь стала более сложной или фрустрирующей.

Основные биологические реалии и различия между полами могут вызвать сильное чувство отверженности у некоторых членов транс-сообщества. Каждый человек индивидуален, но некоторые люди, кажется, считают, что их насильственно лишили законного права иметь женский гендер. Это выражается, например, в том, что любая попытка других женщин [без нарушений гендерной идентичности] отстраниться от транс-женщин воспринимается последними как психологическая атака (о чем свидетельствуют их иногда шокирующе интенсивные выражения гнева на биологических женщинах).

Я считаю, что эта чувствительность к исключению из женских пространств иногда связана с неосознанными тревогами и обидами, связанными с травматическим отрывом от основного опекуна. Это помогает объяснить, почему некоторые члены транс-сообщества ведут себя так, как будто их психологическое благополучие зависит от их права входить

в любое женское пространство, даже если биологические женщины могут чувствовать, что это навязчиво и угрожающе.

Американо-канадский сексолог Рэй Бланчард ввел термин «аутогинефилия», чтобы описать склонность мужчины к сексуальному возбуждению от мысли о себе как о женщине. Но даже в тех случаях, когда такие сексуализированные импульсы отсутствуют, транс-женщина может возбуждаться от желания создать самовоплощенную замену матери (или образа матери). По моему клиническому опыту, такие сильные психологические защиты доминируют в сознании и тем самым мешают человеку рассмотреть альтернативные взгляды на свое поведение и лежащие в его основе психологические процессы.

Параллельно с этими проблемами привязанности дети также сталкиваются с реальностью, связанной с их биологическими ограничениями как индивидов мужского или женского пола. Это может спровоцировать заикливание или соперничающие чувства по отношению к другому полу. В рамках нормального развития ребенок экспериментирует с различными способами выражения своей сексуальности и отношениями к противоположному полу. Мальчик должен смириться с тем фактом, что у него есть половой член и что ему в конечном итоге придется проникнуть в женщину, чтобы зачать ребенка. Девочка должна позволить проникновение внутрь, если она хочет ребенка. Тревога, вызванная этими различными сексуальными ролями и их различными потребностями, может вызвать расстройство или тревогу, которая затем приводит к отрицанию сексуальности. (Когда одному из моих знакомых детей рассказали, как протекают роды, он ответил, что это отвратительно и что люди в ходе такого процесса могут пострадать.) Физическое различие между полами может восприниматься настолько травмирующим, что приводит к попытке отрицать половые различия в целом. Мужчины могут завидовать репродуктивным способностям женщин, а женщины – завидовать мужской потенции, воспринимаемой как свидетельство их силы в этом мире. Это универсальное человеческое явление, с которым мы все должны бороться и разрешать его.

Это может помочь объяснить, почему некоторые транс-женщины уверены в том, что их биологически мужские тела не дают им конкурентных преимуществ в спорте; или что их мужские тела и сексуальная анатомия не должны смущать женщин в таких местах, как раздевалки и кризисные центры для жертв изнасилований. Такие заблуждения, в свою очередь, поощряют обширную академическую экосистему самопровозглашенных специалистов по гендерным вопросам настаивать на том, что сама идея разделения человечества на мужчин и женщин – основы полового размножения и, следовательно, выживания нашего вида – каким-то образом опирается на искусственную конструкцию.

Повторим: каждый случай индивидуален, и люди могут прийти к своей транссамоидентификации разными способами. Чрезвычайно сложный характер их состояния означает, что молодые люди с гендерной дисфорией, помимо прочего, нуждаются в доступной помощи независимых клиницистов, которые защищают долгосрочные интересы своих пациентов,

а не используют своих пациентов для продвижения идеологической программы.

Для этого клиницисты должны сохранять дистанцию от активистов, чтобы оставаться спокойными и выполнять независимые от общественного мнения обследования. К сожалению, в докладе доктора Белла упоминались несколько сотрудников, то есть руководство службы GIDS в Тавистоке, похоже, уступило давлению активистов. И в статье в «Таймс» рассказывалось о пяти бывших сотрудниках Тавистока (см.: <https://www.thetimes.co.uk/.../calls-to-end-transgender...>), которые полагали, что трансгендерные благотворительные организации, такие как «Русалки» (<https://www.theguardian.com/.../trans-childrens-charity...>), оказывали «вредное» воздействие, поощряя смену пола в качестве тотального решения для запутавшихся подростков. Это представляет собой серьезную проблему.

Правильный процесс оценки состоит из двух частей. Во-первых, следует использовать расширенный психотерапевтический подход, чтобы оценить и попытаться понять, какой смысл пациент вкладывает в свое недовольство полом. Важно, чтобы сюда включалось понимание семейного и социального контекста, в котором возникло любое расстройство. Кроме того, оно включает в себя понимание менее осознанных факторов, которые лежат в основе гендерной идентичности. Эта сложная психологическая работа может показаться угрожающей, поскольку она часто бросает вызов неколебимому убеждению человека в том, что только изменение сексуальной идентичности может решить его проблемы.

Во-вторых, оценка должна исследовать вопрос информированного согласия и включать в себя полное обсуждение потерь и рисков, связанных с любым активным вмешательством, которое может поставить под угрозу биологическое функционирование. Вопрос о том, насколько человек осведомлен о последствиях медицинского вмешательства, следует рассматривать в качестве важнейшего показателя. Например, если у человека нет никакого беспокойства о перспективе и результатах вмешательства, это отсутствие беспокойства должно скорее настораживать и рассматриваться как симптом, который следует исследовать далее, а не просто признаваться положительной мотивацией пациента.

Мы также должны помнить, что пациенты с симптомами половой дисфории часто отделяются от своего нательного тела, которое, по их мнению, содержит нежелательные или неприемлемые части личности. Фантазия о том, что человек может лепить тело в соответствии со своими желаниями, добавляет (временно) чувство силы и контроля над телом и всем, что в нем содержится. Это имеет сходство с синдромом дисморфомании-дисморфофобии, при котором человек становится одержимым физическим недостатком. Такие люди часто обращаются к пластическим хирургам с верой в то, что их проблемы будут решены, если изъять недостатки. Но в случае гендерной дисфории медицинское вмешательство не может полностью искоренить реальность нательного пола пациента. Это может привести к ощущению преследования, поскольку тело напоминает о продолжающемся существовании нежелательного аспекта личности.

Это чувство преследования иногда приводит к ненависти к себе, которая может превратиться в суицидальные мысли. В других случаях ненависть прорывается наружу, и человек начинает чувствовать, что его окружают люди, которые как будто бы сомневаются, что он является воплощением избранного им пола. Очевидно, что агрессивные элементы протранс-группы начинают кампанию против тех, кто отказывается от своих сомнений. Как будто они верят, что могут вылечить свои собственные внутренние сомнения в своем выборе гендера, если смогут контролировать взгляды других. Это помогает объяснить крайнюю их ранимость и уязвимость при ощущении, что их неправильно поняли.

Эта битва начала влиять на правовую систему в Великобритании и других странах, которые используют самоидентификацию в качестве правовой основы для классификации. А упоминание «биологического пола», а не «гендера» в настоящее время можно отнести к категории преступлений на почве ненависти (см.: <https://www.telegraph.co.uk/.../transgender-woman.../>), но не к выражению, которое является правильным.

Меня просят совета некоторые родители, чьи дети вдруг объявляют о своей половой дисфории. Некоторые говорят мне, что они не доверяют подходу, предлагаемому местным врачом. Я говорю им, что любой намек на то, что клиницисты отталкивают ребенка от четкой, универсальной программы диагностики и лечения, следует рассматривать как красный флаг. Но это сложно, потому что основанные на «гендерном утверждении» подходы принимаются службами охраны психического здоровья детей как стандарты.

«Не навреди!» должно быть базовым постулатом тех, кто лечит наших детей. Тем не менее в 2019 году было выявлено, что программа GIDS в клинике Тависток снизила возраст назначения детям блокаторов полового созревания. Сделано это на основе исследования, которое, как выяснилось позже, привело к выводу, что «после года лечения пациенты, которые были рождены женщинами, начали активно жаловаться медицинскому персоналу на то, что они "намеренно пытаются навредить себе или убить себя"». И если чиновники из Тавистока игнорировали такие клинические явления (а это факт), то это свидетельствует об их согласии с тем, что «переход» является целью сам по себе и не имеет отношения к благополучию отдельных детей, которые сейчас используются как пешки в идеологической кампании.

Это противоречит ответственной и заботливой терапевтической работе, которая основана на необходимости восстановить уважительные, а также любящие связи между психикой и телом. Таковы нормы в любой другой области терапевтической практики. И настало время привлечь к ответственности идеологов, похитивших гендерную субкультуру у психотерапии.

Why I Resigned from Tavistock: Trans-Identified Children Need Therapy, Not Just "Affirmation" and Drugs

Marcus Evans
(Transl. from Engl.: E. Kuzmina and C. Lemeshko)

Marcus Evans is a Psychoanalyst in private practice and formerly served as Consultant Psychotherapist and Associate Clinical Director of Adult and Adolescent Service at the Tavistock and Portman NHS Trust. He is the author of "Making Room for Madness in Mental Health: The Psychoanalytic Understanding of Psychotic Communication". Marcus Evans Tweets at @marcusevanspsyc.

The article examines the causes of the current crisis in the UK national healthcare system in relation to gender identity disorders. The author provides references to the results of weighted clinical trials, which are purposefully hushed up in order to maintain the status quo. The author advocates a psychoanalytic approach to the diagnosis and treatment of gender identity disorders, which excludes entering into a perverse conspiracy with the "consumer of services".

Keywords: gender identity disorder, perversion, adolescents.