

Научная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.011

Доступность гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь

Яна Кирей-Ситникова¹, Алиса Кумец²

¹Уппсальский университет, г. Уппсала, Швеция;

²Т*Belarus, г. Минск, Республика Беларусь

¹yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

²alisa.kumets@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-6014-9134>

Аннотация. Обоснование. Обратная связь со стороны пациентов является важным источником информации, необходимой для совершенствования системы здравоохранения. Целью исследования является изучение доступности гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь. **Материалы и методы.** Тематический анализ 16 устных интервью с использованием социоэкологической модели. **Результаты.** К социальным факторам, затрудняющим доступ к гендерно-аффирмативному здравоохранению, относились: отсутствие юридической возможности начать гормональную терапию до смены гражданского пола; невозможность начать медицинский переход до 18 лет; психопатологизация трансгендерности; невозможность изменения идентификационного номера, в котором закодирован пол; невозможность зарегистрировать брак между лицами с одним гражданским полом. Институциональные факторы: централизация гендерно-аффирмативного здравоохранения в Минске, приводящая к географическим барьерам и неустойчивости системы; необходимость оплачивать гормональные препараты из личных средств; длительное время наблюдения и неопределённость; избыточные обследования; низкое качество операций; разобщённость специалистов; отсутствие гендерно-нейтральных туалетов; разделение специалистов по признаку пола (гинеколог/уролог). Межличностные факторы: использование имени и грамматического рода, не соответствующего гендерной идентичности; отсутствие внятных критериев диагностики; гендерные стереотипы специалистов; отказ в обслуживании; нарушение конфиденциальности. Внутриличностные факторы: недостаточная информированность; психопатология; неуверенность в себе; обеспокоенность в связи с реакцией окружающих.

Заключение. Достоинством системы гендерно-аффирмативного здравоохранения в Беларуси является её бесплатность для пациентов, недостатками — централизация, невнятные критерии диагностики и некомпетентность/невежливость медицинского персонала.

Ключевые слова: трансгендерность, транссексуальность, гендерная дисфория, гендерное несоответствие, доступ к медицинской помощи, Восточная Европа.

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я., Кумец, А. Доступность гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 71—79. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.011.

Research article

Access to gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus

Yana Kirey-Sitnikova¹, Alisa Kumets²

¹Uppsala University, Uppsala, Sweden;

²T*Belarus, Minsk, Republic of Belarus

¹yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

²alisa.kumets@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-6014-9134>

Annotation. Background. Feedback from patients is an important source of information for improving healthcare. This study aims to investigate accessibility of gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus. **Materials and methods.** Thematic analysis of 16 oral interviews using the socio-ecological model. **Results.** Social factors complicating access to gender-affirming healthcare include: the lack of legal possibility to initiate hormone therapy before changing the gender marker; inaccessibility of medical transition for individuals under 18; psychopathologization of transgenderism; inability to change the identification number, which encodes gender; inability to enter marriage for individuals with the same legal gender. Institutional factors: centralization of gender-affirming healthcare in Minsk, which leads to geographic barriers and the system's instability; the need to pay for hormonal drugs out of pocket; long evaluation time and unpredictability; unnecessary evaluations; low quality of surgeries; the lack of connection between specialists; the lack of gender-neutral toilets; sex-based separation of specialists (gynecologist/urologist). Interpersonal factors: misgendering and deadnaming; the lack of properly defined diagnostic criteria; gender stereotypes of specialists; denial of service; breach of confidentiality. Intrapersonal factors: low awareness; psychophobia; the lack of self-confidence; concerns about the reactions of people around.

Conclusions. Gender-affirming healthcare is free for patients in Belarus, which is its major advantage. The disadvantages include: centralization, unclear diagnostic criteria, and the lack of competence/politeness on behalf of medical professionals.

Keywords: transgender, transsexual, gender dysphoria, gender incongruence, access to healthcare, Eastern Europe

For citation: Kirey-Sitnikova Y., Kumets, A. Access to gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):71–79. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.011.

Введение

Интерес к теме трансгендерности растёт во всём мире, включая страны Восточной Европы. По данным Российского индекса научного цитирования, к настоящему моменту на русском языке опубликовано не менее 300 научных работ, посвящённых медицинским вопросам смены/коррекции половой принадлежности (также используются термины «медицинский переход» и «гендерно-аффирмативное здравоохранение»), а именно: диагностике F64.0 «транссексуализм» (МКБ-10), заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и хирургическим вмешательствам, направленным на приведение первичных и вторичных половых характеристик в соответствие гендерной идентичности. Ряд статей посвящён вопросам организации медицинской помощи трансгендерным людям (ТГЛ) в странах Восточной Европы, прежде всего в России [1–4]. Тем не менее, эта литература, как правило, не учитывает мнение самих пациентов, которые не понаслышке знакомы с препятствиями, возникающими при доступе к гендерно-аффирмативному здравоохранению. Лишь в одной работе [5] проанализированы данные об удовлетворённости и барьерах в доступе к здравоохранению среди ТГЛ в Армении, Грузии, Кыргызстане, России и Украине. Целью настоящего исследования является выявление факторов, облегчающих или затрудняющих доступ к гендерно-аффирмативному и общему здравоохранению, среди ТГЛ в Республике Беларусь (РБ).

Материалы и методы

Скрининговая анкета (вопросы: гендерная идентичность, возраст, место получения гендерно-аффирмативных медицинских услуг, тип полученных услуг, информированное согласие, контакты) распространена в сети Интернет среди ТГЛ в РБ. С за-



Социоэкологическая модель доступности гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для ТГЛ.

полнившими анкету и давшими информированное согласие проводились устные интервью. Вопросы интервью основаны на социоэкологической модели, которая включала четыре уровня: социальные факторы (законы, культурные нормы), институциональные факторы (организация медицинской помощи), межличностные факторы (взаимодействие с работниками сферы здравоохранения и другими пациентами) и внутриличностные факторы (рисунок) (адаптировано из [6]). Эти факторы рассматривались применительно к гендерно-аффирмативному и общему здравоохранению. Также спрашивалось, какое влияние эти факторы оказывают на ментальное здоровье. Аудиозаписи транскрибировались вручную, тематический анализ выполнен в программе Taguette [7].

Результаты

Получено 26 ответов на скрининговую анкету. Одна респондентка отказалась дать информированное согласие и была исключена. Трое оставили несуществующие контакты. Оставшимся 22 респондентам высланы приглашения для участия в устных интервью. Четверо не ответили, ещё одна отказалась из опасений за конфиденциальность. Проведено 17 интервью, одно из них не записалось. Итого для анализа использовались 16 интервью продолжительностью от 16 до 106 минут. Средний возраст — 28 лет (диапазон от 18 до 53). Гендерные идентичности: семь трансгендерных мужчин (ТГМ), шесть трансгендерных женщин (ТГЖ), по одной — трансфеминная небинарная идентичность (ТФНБ), трансмаскулинная небинарная идентичность (ТМНБ) и небинарная персона (НБ).

Социальные факторы. Говоря о законодательном уровне, следует отметить высокий уровень регулирования гендерно-аффирмативного здравоохранения в РБ. Возможность медицинского перехода для совершеннолетних граждан гарантирована законом № 2435-XII «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г., статья 19. Более подробно порядок прописан в Постановлении Министерства здравоохранения № 163 «Об изменении и коррекции половой принадлежности» от 9 декабря 2010 г. Диагностика проводится централизованно на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (РНПЦ). Центральной фигурой является сексолог, который в течение одного года проводит сексологическое обследование пациента и направляет на дополнительные обследования к психологу, эндокринологу, гинекологу или урологу, а также на анализ кариотипа и стационарное наблюдение в РНПЦ. После прохождения указанных обследований пациент направляется на заседание Межведомственной комиссии по медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола (далее — комиссия). Положительное решение комиссии даёт

пациенту право на изменение гражданского (паспортного) пола. В случае успешной адаптации в новой гендерной роли через год пациент может быть направлен на второе заседание комиссии, где выдаётся разрешение на начало ЗГТ и хирургических вмешательств.

Все опрошенные без исключения выразили удовлетворение в связи с самим фактом существования возможности медицинского перехода в РБ, однако высказывали замечания относительно отдельных аспектов процедуры. Больше всего критики было направлено на последовательность, при которой доступ к ЗГТ, изменяющей внешность, юридически становится возможным лишь через год после смены документов, что может привести к несоответствию внешности и паспортных данных и, как следствие, к проблемам с социальной адаптацией: «Если я приду в [детский] сад и скажу «Здравствуйте, я сегодня не Марфуша Васильевна, а Дрын Дрынович», мне скажут «Марфуша Васильевна, вы кукухой тронулись?» Ну правильно, ну а как? Приходит пышная женщина, извините, четверо детей, у меня по бёдрам 120—130 обхват, грудь третьего размера. И что? И я даже если шапку-кепку одену, джинсы, худы, это же всё равно видно, что я, извините, женщина. Лицо круглое, голос звонкий. И, конечно, это бред сивой кобылы: как это можно успешно социализироваться?» (ТГМ, 36) Чтобы обойти данное законодательное ограничение и приобрести мужские черты до смены документов, этот респондент посещал эндокринолога и покупал гормональные препараты в России. Многие другие выбирали самолечение, что не во всех случаях безопасно: «Люди как-то выкручиваются, достают каким-то образом. Из Польши, из России привозят гормоны, жрут. Плохо, что бесконтрольно это порой, как некоторые глотают по пять таблеток Дианки [Диане-35], думая, что от этого переход ускорится» (ТГЖ, 38). Согласно опубликованному ранее исследованию, 43,1% ТГМ и 70,8% ТГЖ в РБ принимали ЗГТ без назначения до первичного обращения [8]. Однако были респонденты, которым удавалось получить рецепт на гормональные препараты в частных клиниках и даже в государственных, если врачи не были вполне осведомлены о законодательстве: «В маленьких городах врачи не совсем могут знать, конечно, что нужно разрешение второй [комиссии]. Там проще получить рецепт. Собственно, я так свои первые рецепты и получила» (ТГЖ, 24). Во-вторых, критика была направлена на минимальный возраст — 18 лет — с которого можно получать гендерно-аффирмативные услуги: «Это очень поздно, я считаю, потому что тело уже сформировано, и потом сложно в дальнейшем просто изменить себя, чтобы побороть дисфорию» (ТГЖ, 18). В-третьих, нахождение диагноза «транссексуализм» в разделе психического здоровья (по МКБ-10) могло приводить к (само)стигматизации и ряду социальных проблем: «Это облако страха, которое вокруг психиатрии летает, оно цепляет эту сферу. Соответственно, люди боятся... Мы же все боимся учётов. А почему боимся? Потому что не очень понимаем, как всё это работает. И потому что не очень понимаем,

где это может выстрелить» (ТГМ, 36). В-четвёртых, несмотря на возможность изменить гражданский пол, описанная процедура не позволяет менять идентификационный номер, в котором закодирован пол, что приводит к нарушению медицинской тайны и усложняет, в том числе, доступ к медицинской помощи: «Из неудобств, могу сказать, что помню, когда записывался на вторую операцию, — это четвёрка в паспорте. В белорусском паспорте идентификационный номер кодируется пол первой цифрой. Вот с этой цифрой реально были проблемы в Беларуси, потому что часто в банках, в медицинских учреждениях это раскодируется, и графа пол плохо меняется, или не работает что-то, или мой паспорт не проходит валидацию» (ТГМ, 29). Высказывалась и обобщённая критика системы как несоответствующей современным стандартам: «Как будто методички прям из 80-х остаются или, может, из 90-х. То есть система, она старая, и считается, что система настроенная, рабочая. Она устаревшая, но никто не думает её даже менять... Многие мировые тенденции, какие-то новшества, какие-то улучшения, они то ли сознательно, то ли ограниченно несознательно, игнорируются» (ТФНБ, 30). Наконец, один респондент был вынужден отказаться от обращения за гендерно-аффирмативными услугами, так как в противном случае не смог бы зарегистрировать брак с партнёром: «Встречаюсь с другим транспарнем и хочу с ним заключить брак после того, как комиссия одобрит ему переход. Две М в паспорте мы иметь не можем» (ТГМ, 22).

Институциональные факторы. Централизация всех гендерно-аффирмативных услуг в столице приводила к возникновению географических барьеров для пациентов из других регионов. Проблема усугублялась невозможностью планировать поездку заранее, поскольку даты приёма или заседания комиссии зачастую остаются до последнего неизвестны: «Они людей предупреждают за пару дней буквально, и не всегда есть билеты, иногда 31 декабря проходит. Туда невозможно даже доехать, потому что заранее надо билеты покупать на поезд... Если выходной не попадёт, то меня уволят, но я туда приеду. Потому что комиссию пропустить нельзя, но отпроситься с работы нужно заранее» (ТГМ, 22). Даже если дата назначается заранее, не все могут финансово позволить себе приезжать ради нескольких минут разговора: «Откуда-нибудь из Витебска, или там Полоцкой, или из Гомеля 300км пилить на визит к врачу на 15 минут или там к психологу — ну такое себе» (ТГЖ, 38). Необходимость поездок в столицу также обусловлена отсутствием гормональных препаратов в небольших населённых пунктах: «Когда я пытался в <название города> первоначально купить, у нас в аптеках этого препарата фактически нет. И чтобы как-то это всё сразу купить, это нужно ехать сразу в Минск: сначала к эндокринологу, получить этот рецепт и идти сразу в Минске где-то искать и покупать. Вот так вот ездить тоже не очень удобно, потому что мне в Минск поехать... туда 25 рублей, назад 25 рублей. Плюс там метро. Когда буквально весь день там ездешь, поесть что-то переку-

силь... уходит нормально так денег» (НБ, 25). Помимо географических барьеров, централизация приводила к неустойчивости всей системы: «Доступ ко всей этой диагностике, получению гормонов, операций — это в нашей системе по сути один врач на всю страну. И если он вдруг увольняется или его увольняют, то всё в подвешенном состоянии» (ТГЖ, 38). Однако попытки децентрализации без должного обучения специалистов лишь усугубляли ситуацию: «Главный эндокринолог... она передала нас всех участковым врачам, участковым эндокринологам. То есть представляешь? Они вообще ни в зуб ногой, то есть, по-русски говоря, ни хрена не понимают» (ТГЖ, 53).

Переходя к финансовым барьерам, гендерно-аффирмативное здравоохранение в РБ покрывается государственным медицинским страхованием, что является большим плюсом для ТГЛ, многие из которых сталкиваются с дискриминацией на рабочем месте и находятся в плачевном финансовом положении. Тем не менее, транспортные расходы, как указано выше, пациенты вынуждены оплачивать самостоятельно. Также в число трат входят гормональные препараты, причём их цена в РБ, по мнению респондентов, неоправданно высока: «То, что в Польше стоит 16 злотых, в Беларуси стоит в 4 раза дороже» (ТГЖ, 53). Дороговизна препаратов приводила к перерывам в приёмах гормонов: «Если разбивать эту стоимость на 5 месяцев, то этого хватает, плюс-минус, это небольшая сумма за месяц. Но разово — это была для меня проблема... У меня до сих пор получается где-то в полгода перерыв. И это приносило мне большой дистресс» (ТГМ, 19). ТГЛ, имеющие финансовые возможности, предпочитали обращаться в платные частные клиники, где они сталкивались с меньшей стигматизацией, чем в государственных учреждениях. Также в частные учреждения предпочитали обращаться для ускоренного получения результата исследования кариотипа, требующегося для прохождения комиссии: «Ты можешь ждать год чего-то, полгода, и все в основном идут в частное, и частное можно найти за 150, но всё равно это до 200 рублей» (ТГМ, 19). Это подводит к обсуждению времени ожидания.

Наблюдение перед первой комиссией должно занимать не менее одного года, однако на практике этот срок мог растягиваться, например, из-за необходимости ждать результатов исследования кариотипа: «Кладут в Новинки [район Минска, где расположен РНПЦ] на осмотр для того, чтобы сделать переход, только с условием кариотипа подтверждённого; но кариотип делается фактически год, а делать его разрешили с недавних пор только в государственном учреждении» (ТГМ, 25). Пациенты, обследующиеся на транссексуализм, обязаны пройти 14-дневную госпитализацию в РНПЦ, где они могут выбрать либо общую, либо отдельную VIP-палату — в последнем случае очередь может достигать нескольких месяцев. Респонденты жаловались на неопределённость: «Сложности с тем, чтобы лечь. Потому что «позвоните через 10 дней, ещё позвоните через 20 дней», потом «позвоните через 10 дней»...

И всё это, такое чувство, что нет какой-то существующей действительно очереди, в которой ты стоишь, и там ты был, условно, 19-м, стал 18-м, потом 17-м, 16-м и 3-м, 2-м, 1-м, и ложишься. Такое чувство, что создаётся видимость этой очереди, но по факту ложатся в стационар те, кто не выдерживает и ведёт себя агрессивно» (ТГМ, 43). Дополнительное время ожидания также было связано со сменой кадров в РНПЦ и отпусками: «Я один раз к нему [сексологу] сходил в июне, после этого он ушёл в отпуск, потом уволился на несколько месяцев, его не было, вообще никого не было... Новый сексолог, она... я к ней не успел попасть, я сходил к заведующему, пока её ещё не было. Она после этого ушла на свой длительный больничный, на месяца три или четыре, тоже никого не было» (ТГМ, 22). Неопределённость со сроками затрудняла для респондентов планирование жизни: «Ты опять-таки не можешь планировать своё будущее технически на ближайшие года два, потому что ты не знаешь, насколько это растягивается... У меня такая ситуация, что из-за женских документов я не могу подаваться на программу стажировок МЕХТ от японского правительства» (ТГМ, 19).

По мнению отдельных респондентов, часть обследований, занимающих много времени, являются избыточными: «[Обследование в стационаре] — бессмысленная, честно говоря, трата времени. Скорее всего, это, знаете, как для галочки, для заполнения каких-то дополнительных бумаг... В больнице даже какого-то наблюдения по факту нет. Ты буквально лежишь в палате, тебя периодически, по-моему, два раза всего за время, что я лежал... я посещал психолога, и всё. Максимум ещё заходила главврач, спрашивала, мол, как дела. Я отвечал: «Нормально». И всё, на этом диалог заканчивался» (НБ, 25).

Говоря о качестве гендерно-аффирмативных медицинских услуг, респонденты отмечали низкое качество хирургических вмешательств: «Смотрю результаты, и это очень грустно. Сейчас очень большой процент, кто не хочет здесь ничего делать... Я просто не представляю себя живущим с таким серьёзным вмешательством физическим, которое и так стоило очень много здоровья, нервов, и жить с тем, что тебе оно не нравится, — это же ужасное чувство» (ТГМ, 19). Дополнительной проблемой являлось отсутствие достаточного числа квалифицированных хирургов: «Один хирург уже свалил из страны, второй отошёл от дел, а третий поручает свою работу практикантам, и там результаты непонятно какие» (ТГЖ, 38). Всё это вынуждало часть пациентов обращаться за операциями в других странах за свой счёт.

Наконец, респонденты отмечали разобщённость между врачами различных специальностей, ведущих трансгендерных пациентов: «Отсутствие связи между отдельными специалистами, связанными с процессом перехода. То есть, например, меня сексолог посылает там к эндокринологу, а эндокринолог задаёт вопросы, которые там... которые вроде как известны и знакомы, но эндокринолог задаёт их по

второму кругу. То есть они не контактируют между собой. Эндокринолог не знает, что происходит у психолога. В стационаре никто не знает, как работает процедура сдачи крови на кариотип» (ТФНБ, 30).

Переходя к факторам, затрагивающим общее здравоохранение, почти никто из респондентов не воспринимал необходимость указывать паспортные данные (если они отличались от гендерной идентичности) как барьер в доступе к медицинским услугам: «Я отношусь к указанию паспортных данных достаточно нейтрально, для меня это больше как формальность... Я знаю своё имя, которое мне нравится, которое я использую по отношению к себе... А вот то, что у меня в паспорте написано, это ну... ну это просто ярлык» (ТФНБ, 30). Респонденты высказывались за создание гендерно-нейтральных туалетов: «Туалеты, конечно, хотелось бы видеть более унифицированными. Потому что у нас такое далеко не везде. Вот в центре на Макаёнка [Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения], там туалеты юнисекс... Хотелось бы такого побольше. Потому что многим некомфортно ходить в другие туалеты. Ну и плюс опять же, что люди скажут, кто посмотрят ещё и так далее. Многие боятся» (ТФНБ, 30). Разделение специалистов по признаку пола также вызывало дискомфорт у некоторых респондентов: «Направили к гинекологу. Вот эти все неловкие объяснения, что у меня там что-то не то, что-то не так. Хорошо, если был бы такой специалист, который в общем всю эту мочеполовую систему как бы... может, так сказать, у двух полов обследовать» (ТГЖ, 24). Другие же, напротив, относились к этому спокойно: «Лично мне как-то пофиг, я могу и к урологу сходить, к андрологу и чтоб мне простату проверили, грубо говоря, мне это нормально» (ТГЖ, 38).

Межличностные факторы. Респонденты чаще всего отмечали корректное обращение со стороны медицинских специалистов, непосредственно занимающимися вопросами гендерного перехода, включая отсутствие мисгендеринга (использования неверного грамматического рода) и деднейминга (использования старого имени, не соответствующего гендерной идентичности): «Тот же самый сексолог, он выбранным именем ко мне обращался. Так что нет, этого не было, хотя бы потому, что все общаются на вы» (ТГЖ, 23). Или: «Лично со мной вообще без нареканий. Может быть, в силу возраста... Мы с ним практически ровесники, и ни фамильярности, ни каких-то таких. Очень вежливо, очень корректно, прекрасно общались» (ТГМ, 43). Однако другие сообщали о неприятной манере общения со стороны сексолога и противоречивых критериях оценки: «Предыдущий сексолог, он такой не очень приятный в коммуникации человек, он пытался постоянно провоцировать, как-то вывести на чистую воду... Принимаете ли вы гормоны? А если не принимаете... Мне там, допустим, нельзя их принимать, потому что я ещё не прошёл комиссию... А почему вы их не принимаете? Нелегально типа. Про эмоциональное состояние тоже всегда вопросы были. Суицидальные мысли тоже. Понятно, что об этом никто

никогда не говорит, потому что это осложняет процесс перехода по факту, хотя по регламенту вроде как должно упрощать» (ТГМ, 22). Чтобы вписаться в предполагаемые критерии оценки, респонденты пытались модифицировать своё поведение: «Ты не должен быть слишком весёлым, слишком энергичным, потому что это означает, что ты недостаточно страдаешь, тебе недостаточно плохо, чтобы идти на комиссию и что-то менять в своей жизни, тебя типа всё устраивает. А если ты слишком депрессивный и слишком подавленный, то, простите, у вас там депрессивный эпизод и ваше желание изменить гендерную идентичность — это вытекает из вашего ментального расстройства» (ТГМ, 19). Не исключено, однако, что это проецирование собственных предрассудков респондентов, поскольку другие сообщали, что ментальные проблемы не являются препятствием для перехода: «У меня, к слову, были довольно высокие показания именно депрессивного состояния на тот момент, но сказать, чтобы это как-то повлияло на решение психолога или в дальнейшем комиссии... Нет. Как мне объяснял психолог, главное, чтобы не было каких-то расстройств, которые могут повлиять именно на восприятие человека» (НБ, 25).

Сообщалось о гендерных стереотипах специалистов, которые могли повлиять на результаты обследования: «Он как-то спросил меня: «Почему вы решили выбрать такую женскую специализацию?» Хотя я буквально учился на историческом факультете, и с чего это вдруг женская специализация? ... И подобных вопросов было очень много. Я в принципе человек ещё довольно верующий, и по поводу моей веры он тоже говорил: «Ну вот, ну как бы к вере больше в основном расположены женщины. Вы не думаете, что вы как-то в более женском спектре?»» (НБ, 25). Гендерные стереотипы также лежали в основе психологических тестов: «Психолог использует довольно странное анкетирование. У него там тесты, например, на ассоциации, где надо проассоциировать себя с растением, проассоциировать с растением женщину, мужчину, ребёнка. Или с предметом. И правильный ответ: женщина — это какой-то более феминный предмет, ты — это более маскулинный предмет, мужчина — тоже какой-то более маскулинный предмет» (ТГМ, 22). По мнению многих респондентов, для успешного прохождения обследования необходимо визуально вписываться в стереотипные представления о женщинах и мужчинах, а также иметь гетеросексуальную ориентацию: «Как я слышала от других квир-людей, ему необходима какая-то гетеронормативность. То есть, если человек идентифицирует себя как женщина, этот человек обязательно должен быть, не знаю, хрупкой женщиной, которая любит только мужчин. Ну и наоборот... Я сама, скажем так, предпочитаю достаточно маскулинную одежду, у меня хороший пасс. Но мне приходилось перед встречами надевать что-то более феминное, для меня несвойственное, чтобы получать некоторое одобрение от них» (ТГЖ, 21). С другой стороны, были и респонденты, которые не пытались притворяться и не сталкивались с пробле-

мами: «Лично я с каким-то негативом не встречался, хотя на тот приём, когда я только пришёл к врачу, я выглядел максимально феминно, то есть у меня осознание буквально только пришло, я к врачу пошёл, и какие-то там изменения во внешности пока не делал, то есть ни стрижка, ни одежда, вообще ничего» (НБ, 25).

Из всех респондентов лишь двое столкнулись с однозначно некорректным поведением со стороны врачей, предоставляющих гендерно-аффирмативные услуги. В первом случае ТГЖ столкнулась с отказом в обслуживании, что сподвигло её на самостоятельный приём гормонов: «Моя участковая была в отпуске, а заменяла её участковый врач другая, которая вообще сказала: «Почему я должна таких вот типа уродов, как я, принимать, обслуживать?»... Я приняла решение тогда в тот момент, бросила заведующей на пол в её кабинете карточки и начала покупать это нелегально» (ТГЖ, 53).

Ещё одному респонденту принудительно отменили решение первой комиссии по невнятным причинам: «Свекровь на меня жалобу в Министерство юстиции написала. И начал раскручиваться маховик по отмене моего нового паспорта. И меня вызвали на комиссию тогда. Причём нарушили все права, что могли, о комиссии не предупредили заранее... Мне предъявили, что в моём деле нет осмотра доцента, хотя без этого осмотра меня бы не допустили до первой комиссии... Вынесли решение отменить решение первой комиссии. Потом угрожали судом, аннулированием паспорта. Детями в СОП [социально опасное положение]. Короче, давили на моё ответственное родительство, чтоб я сам подписал заявление о добровольном откате документов» (ТГМ, 36). Примечательно, что это заседание комиссии, состоявшееся в декабре 2023 г., было проведено лишь для одного человека; остальные пациенты, ожидающие обследования, не были оповещены. Также вышеназванный респондент столкнулся с нарушением конфиденциальности: по его словам, сотрудники Минздрава РБ передали информацию, составляющую медицинскую тайну, в управление образования. Опасаясь за судьбу детей, он принял решение об эмиграции. Негативные изменения в работе комиссии могли быть связаны с приходом новых специалистов и законом «о запрете смены пола человека» (№386-ФЗ от 24.07.2023) в России: «Сейчас полностью изменился состав комиссии. Сейчас стало гораздо хуже... В сентябре 22-го года она была абсолютно лайтовая... Основной, скажем так, поток, 95% прошли комиссию. Тоже как бы некорректных вопросов не было. Сейчас как-то в связи, наверное, с запретом перехода в РФ, стали тоже бояться за свои шкурки, и «мы сейчас пропускаем, а потом нам же это и прилетит, поэтому мы сейчас будем жестеть...» Большинство людей развернули, потому что документы потерялись» (ТГМ, 43). В Минздрав РБ было направлено обращение с просьбой сообщить о числе отказов за время существования комиссии, чтобы подтвердить или опровергнуть вышеупомянутую тенденцию, однако информация не была предоставлена в связи с тем, что она

составляет сведения, относящиеся к служебной информации ограниченного распространения.

Средний медицинский персонал чаще позволял себе высказывания, которые респонденты расценивали как некорректные: «Когда я сдавал на кариотип, помню, там был момент неприятный: медсестра кровь брала, спрашивала, почему вы так решили пол сменить и т. д. Объясняю как бы там, а она такая перебивает и говорит: «Ну, сейчас это влияние моды». Я уже мимо ушей это пропустил, ничего не ответил, но момент такой очень неприятный» (НБ, 25). О некорректном поведении медицинских сестёр сообщали и респонденты, прошедшие стационарное наблюдение в РНПЦ: «Намеренных попыток мисгендерить или относиться как-то плохо с высоты высшего медперсонала точно не было. Со стороны самого низшего медперсонала, даже не медперсонала, санитарочки... они просто вообще не в теме... Медсёстры — средний медперсонал — это, наверное, самая неприятная прослойка. У них прям достаточно сильная чувствуется трансфобия. Они понимают, что происходит, кто здесь лежит, и они могут мисгендерить, они могут специально кричать на весь коридор фамилию с женским окончанием» (ТГМ, 43).

Межличностные отношения с другими пациентами варьировали от доброжелательных до назойливого любопытства: «С бабушками, которые у меня конкретно в палате, мне удалось найти общий язык. Я им всё рассказал, они такие: «А, ну хорошо». Чудесные бабульки были» (ТГМ, 22). Но: «Мы ходили в душ, нас же было двое. Дверь вообще не закрывается на замок, и мой напарник стоял у двери с телефоном, пока я там разделся и мылся. И многие ломались именно в душ, потому что им тоже срочно нужно было в душ, причём они шли туда без полотенца, без ничего... То есть повышенный интерес был однозначно. Враждебность — я бы не сказал. Просто назойливое любопытство» (ТГМ, 43).

Переходя к общему здравоохранению, респонденты жаловались на обращение по паспортным данным, несоответствующим их гендерной идентичности: «Она такая: «Девушка, девушка, проходите». Ну, конечно же, узнала, по какой теме, и сразу говорит: «Молодой человек». Начинает обращаться абсолютно неправильно» (ТГЖ, 18). Другие сообщали о более позитивном опыте: «Я пошла к окулисту, мне там в глаза закапали, вывели типа в коридор. И если к другим пациентам по имени обращались, имя-отчество, чтобы пациента привлечь, пока сидишь с закрытыми глазами, не видишь, кто откуда выходит, то ко мне просто подошли, к руке прикоснулись: «Пойдёмте»» (ТГЖ, 38). Пациенты были вынуждены давать неловкие объяснения относительно своих документов, не соответствующих внешности: «Когда меня опять же смотрят по документам, а потом видят живьём и спрашивают: «А чего он сам не пришёл?» И мне приходится говорить: «Так я как бы и есть». Но это без негатива, для меня это даже какое-то развлечение своеобразное» (ТФНБ, 30). Сообщалось об отсутствии у врачей базовых знаний про возможность гендерного перехода в стране:

«Она меня послушала, я была... сняла с меня майку... нужно было, чтоб послушать. Она видит, что есть какое-то формирование груди, грудь, говорит: «У нас смена пола запрещена». Что это вообще такое? Почему она это сказала? К чему? Во-первых, не запрещена» (ТГЖ, 18). Особенно часто недопонимания случались у ТГМ при посещении гинеколога: «Я пришёл, она большие глаза открыла, говорит: «Мужчина, это гинеколога кабинет, выйдите отсюда»» (ТГМ, 36).

Внутриличностные факторы. Недостаточная информированность, особенно среди более старших респондентов, являлась барьером для обращения за гендерно-аффирмативными услугами: «Когда я осознал себя, в глубинке в Беларуси в принципе не было слова «трансгендер». Я вообще не знал, что это такое, кто я и что с этим можно делать» (ТГМ, 36). После попадания на приём к психиатру по другому поводу этот респондент узнал о возможности медицинского перехода, однако из-за внутренней психобии испугался и отказался от госпитализации: «Я решил пойти ва-банк и спросил, обязательно ли мне ложиться в стационар, психиатрическую клинику. Мне сказали: «Ну вообще да, обязательно». На этом моменте я испугался и убежал». Спустя 10 лет он нашёл информацию в интернете и стал более открыт к прохождению психиатрического обследования, однако его останавливало наличие появившегося на тот момент ребёнка: «Когда я понял, что это действительно возможно в Беларуси, что люди это делают, что это вот так называется, что такие же, как я существуют... Но у меня был ребёнок трёхлетний. Я решил, что, наверное, мне нельзя. Им можно, им классно — а мне всё равно нельзя портить жизнь своему ребёнку. Соответственно, в таком состоянии я пребывал достаточно долго, но в итоге не выдержал и ГРТ [ЗГТ] начал, и комиссию прошёл». Неуверенность в собственном решении являлась психологическим препятствием для других: «Безусловно, страх. Мне нужно, чтобы себя понять, я перед комиссией проходила психолога, за которого я тоже платила. Чтобы проработать в себе вот эти, понять, на правильном ли я пути» (ТГЖ, 18). Также останавливало беспокойство о том, что подумают окружающие: «Когда понимаешь, что голос не тот, внешка не та, чего-то там с пассом проблемы, вот эта опять же самостигматизация, потому что вот... А что подумают соседи?» (ТГЖ, 38).

Ментальное здоровье. Неопределённость и необходимость длительного ожидания гендерно-аффирмативных вмешательств негативно сказывалась на ментальном здоровье респондентов: «Из-за того, как у нас организована сама по себе процедура перехода, у нас приходится много ждать, очень много ждать, это затягивается всё, и вот это ожидание постоянное, неопределённость, неизвестность — всё это просто давит очень на психику» (ТФНБ, 30). Запрет перехода в России вызывал тревожность относительно аналогичного развития событий в РБ: «Зная, как в России ситуация происходила... то в целом просто подозрения начинаются, тревожность из-за этого» (ТМНБ, 18). Отсутствие поддержки со

стороны родных и работы также являлись причинами ментальных проблем: «Я оказался абсолютно без поддержки, особенно во время перехода. Родители меня приняли, но тогда я жил один в городе, и после операции у меня не было ни работы, ни жилья... Очень тяжело пришлось, поэтому сейчас отгребаю, можно сказать так, психические проблемы» (ТГМ, 29). С другой стороны, ментальное состояние некоторых респондентов улучшилось в результате перехода: «У меня ни один аспект не ухудшился с начала, допустим, принятия гормонов или социализации в том гендере, который я считаю своим. Всё лучше, всё действительно лучше, комфортнее, приятнее» (ТГЖ, 21). Маскулинизирующая гормональная терапия могла оказывать благотворное влияние на настроение: «Спустя несколько лет гормонотерапии, когда физически тело начинает меняться, намного легче становится. Плюс психологический аспект, что второй пубертат всё-таки у транспарней — немного перестраивается голова, многие становятся намного спокойнее» (ТГМ, 19).

Копинг-стратегии. Стремясь избежать негативного опыта, респонденты избегали посещения учреждений здравоохранения или скрывали свою трансгендерность: «Я просто стараюсь избегать каких-то походов в поликлиники или вообще не говорю о своём диагнозе или о чём-то ещё, связанным с этим, потому что я понимаю, что это создаст мне лишние проблемы» (ТГМ, 22). Чтобы врачи не догадались о трансгендерности, респонденты могли изменять свою внешность: «Если, например, хочу, чтобы у меня было меньше проблем, ко мне меньше вопросов, я специально могу одеться максимально нейтрально, чтобы по мне ничего такого не скажешь» (ТГМ, 25). Также пациенты старались минимизировать число врачей, осведомлённых об их ситуации, а если всё же требовалось сменить врача, заранее выясняли о его отношении: «Если терапевт, то есть мне надо поднимать майку, я стараюсь к одному врачу ходить какому-то, чтобы минимизировать количество людей, которые в курсе... Я, например, поменял поликлинику. Прежде, чем идти к гинекологу, я позвонил заведующей, поставил в известность, что я вот такой-то такой-то, мне нужна консультация, есть такая-то специфика. Кого вы порекомендуете из врачей?» (ТГМ, 36). Эффективны были также жалобы в вышестоящие инстанции: «Пока я не позвонила в... там телефон доверия, Министерство здравоохранения... Тогда она в течение буквально полутора часов мне перезвонила и назначила мне время, когда я должна к ней прийти» (ТГЖ, 53). Предпринимались также попытки обучения врачей: «Она провела такой тренинг для врачей, поговорила о транслюдях, обо всех вещах: как общаться, чтобы не травмировать людей... За что получила кару: от властей к ней пришли два следователя, хороший и плохой, начали её троллить по поводу того, что она, оказывается, среди врачей центра бальнеолечения проводила ЛГБТ-агитацию» (ТГЖ, 53). Также активисты поддерживали список толерантных врачей: «У меня особо гинекологических проблем нет, но как-то народ выкручивается толерантными,

френдли всякими гинекологами, такими вот врачами. Какой-то есть отдельный список, к кому можно ходить, но это всё по связям всегда узнают» (ТГМ, 25). Чтобы избежать посещения эндокринологов, некоторые респонденты обращались за консультацией к другим ТГЛ: «Мне помогли находить гормональные средства взрослые транспарни, которые проходили комиссию лет 20 назад» (ТГМ, 19). Наконец, ещё одним способом избежать негативных последствий для ментального здоровья было изменить своё отношение: «Зависит от того, как к этому относиться. Ко всему можно подойти с юмором и не всё воспринимать всерьёз, не всё принимать близко к сердцу» (ТГЖ, 38).

Обсуждение

Важным достоинством системы гендерно-аффирмативного здравоохранения в РБ является её бесплатность для пациентов, что особенно критично для ТГЛ в сложном финансовом положении, связанном с дискриминацией в сфере трудоустройства и отсутствием поддержки семьи. Основными недостатками являются: централизация, невнятные критерии диагностики и некомпетентность/невежливость медицинского персонала.

Централизация гендерно-аффирмативных услуг в специализированных центрах берёт начало с гендерной клиники при Больнице Джонса Хопкинса (США), открытой в 1966 году [9]. Мотивацией было улучшение междисциплинарного сотрудничества между основными специалистами, работающими с трансгендерными пациентами: психиатрами, психологами, эндокринологами, хирургами, гинекологами и урологами [10]. Однако имелись и социальные причины — стремление оградить тему трансгендерности от внимания общественности [11]. В настоящее время специализированные гендерные клиники существуют в таких странах, как Великобритания, Нидерланды, Швеция. Несмотря на названные преимущества, централизация критикуется, прежде всего, в связи с длительным (до нескольких лет) временем ожидания.¹ В РБ, наряду с длительным ожиданием, проблемами, вызванными централизацией, являются географические (и вытекающие из них финансовые — покупка билетов) барьеры для пациентов, живущих за пределами Минска. Некоторые вынуждены тратить целый день и отпрашиваться с работы, чтобы съездить на приём. Более того, формат «один специалист на всю страну» делает всю систему нестабильной, в случае если этот специалист увольняется или уходит в длительный отпуск. При этом основное преимущество централизации — междисциплинарное сотрудничество — остаётся недостижимым в РБ: как сообщали респонденты, специалисты разобщены, не знают, что происходит на других этапах медицинского перехода, и задают одни и те же вопросы. Помимо РБ, среди постсоветских стран Казахстан и Украина имели централизованную систему диагностики F64.0 «транс-

сексуализм», однако позже отказались от неё в пользу децентрализации. Децентрализованной (включая возможность получения диагноза в частных клиниках) также была до последнего времени система оказания гендерно-аффирмативной помощи в России. Возможно, РБ следует последовать этим примерам.

Переходя к критериям диагностики, в настоящее время отсутствуют убедительные данные о возможности диагностики F64.0 «транссексуализм» с помощью физикального обследования или лабораторных диагностических исследований. Таким образом, специалисты вынуждены опираться на слова пациента и инструменты экспериментально-психологической диагностики. Отсутствие чётких критериев диагностики приводит к субъективности, в том числе к оценке на основе стереотипов и предрассудков конкретного специалиста о том, как должны выглядеть и вести себя женщины и мужчины. Респонденты сообщали о том, что от них ожидалась максимальная феминность/маскулинность и гетеросексуальность относительно выбранного пола, хотя подобные критерии не определены приказами или клиническими рекомендациями. В результате диагностика транссексуализма превращалась в тест на умение встраиваться в представления психиатра о гендерных ролях — что часто не имело никакого отношения к тому, как пациенты вели себя за пределами врачебного кабинета. В связи с невозможностью объективной диагностики альтернативным решением мог бы стать переход к модели информированного согласия [12], в которой основная задача специалиста — убедиться, что пациент не имеет иных психиатрических диагнозов, могущих вызвать желание сменить пол, и понимает последствия своих действий.

Наконец, переходя к некомпетентности и грубости медицинских специалистов, следует отметить важность организации образовательных программ, направленных на повышение информированности о ТГЛ. Данные программы должны создаваться в сотрудничестве с пациентскими организациями и опираться на опыт, накопленный как в постсоветских странах, так и за рубежом.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бухановский А. О. Об организации медицинской помощи больным транссексуализмом. В кн.: Красавин Л. А., ред. Организация психиатрической и наркологической помощи в РСФСР. М.: МЗ РСФСР; 1991. С. 10—12.
2. Карпов А. С., Введенский Г. Е., Дмитриева Т. Б. Проблемы организации оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом. *Российский психиатрический журнал*. 2001;(4):13—8.
3. Матевосян А. В. К вопросу о медико-социальных и юридических-правовых аспектах смены пола. *Андрология и генитальная хирургия*. 2008;9(3):63—7.
4. Ягубов М. И., Шпорт С. В., Старостина Е. А., Добаева Н. В., Ичмяян М. А. Социально-правовые и медицинские аспекты транссексуализма (гендерного несоответствия). *Общественное здоровье*. 2023;3(1):4—17.
5. Кирей-Ситникова, Я. Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2023;(4):31—37. DOI: 10.25742/NRIPH.2023.04.005

¹ Action for Trans Health. Break the Gates Open. Режим доступа: <https://actionfortranshealth.org.uk/2018/03/01/break-the-gates-open/>.

6. Johnson M, Wakefield C, Garthe K. Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Preventive Medicine Reports*. 2020;(17):101052.
7. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*. 2021;6(68):3522.
8. Шепелькевич А. П., Лузан А. М., Кузьменкова Е. И. Оценка медико-социальных факторов у трансгендерных лиц, получающих гормональную терапию. *Лечебное дело*. 2020;72(2):52—56.
9. Siotos C, Neira PM, Lau BD, Stone JP, Page J, Rosson GD, Coon D. Origins of gender affirmation surgery: the history of the first gender identity clinic in the United States at Johns Hopkins. *Annals of Plastic Surgery*. 2019;83(2):132—6.
10. Pauly IB, Edgerton MT. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior*. 1986;(15):315—29.
11. Slagstad K. Psychiatric practices beyond psychiatry: the sexological administration of transgender life around 1980. In: Gahlen G, Hess V, Scarfone M, Voelker H, editors. *Doing psychiatry in postwar Europe: Practices, routines and experiences*. Manchester: Manchester University Press; 2024. p. 312—334.
12. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018;58(1):72—92.
3. Matevosyan AV. On the medical-social and legal aspects of the change of sex. *Andrology and Genital Surgery*. [Andrologiya i genital'naya khirurgiya]. 2008;9(3):63—7 (in Russian).
4. Yagubov MI, Shport SV, Starostina EA, Dobaeva NV, Ichmelyan MA. Social and legal and medical aspects of transsexualism (gender incongruence). *Public Health*. [Obshchestvennoe zdorov'e]. 2023;3(1):4—17 (in Russian).
5. Kirey-Sitnikova Y. Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2023;(4):31—37 (in Russian). DOI: 10.25742/NRIPH.2023.04.005
6. Johnson M, Wakefield C, Garthe K. Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Preventive Medicine Reports*. 2020;(17):101052.
7. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*. 2021;6(68):3522.
8. Shepelkevich AP, Luzan AM, Kuzmenkova EI. Assessment of medical and social factors of transgender individuals undergoing hormone therapy. *Internal Medicine*. [Lechebnoye delo]. 2020;72(2):52—56 (in Russian).
9. Siotos C, Neira PM, Lau BD, Stone JP, Page J, Rosson GD, Coon D. Origins of gender affirmation surgery: the history of the first gender identity clinic in the United States at Johns Hopkins. *Annals of Plastic Surgery*. 2019;83(2):132—6.
10. Pauly IB, Edgerton MT. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior*. 1986;(15):315—29.
11. Slagstad K. Psychiatric practices beyond psychiatry: the sexological administration of transgender life around 1980. In: Gahlen G, Hess V, Scarfone M, Voelker H, editors. *Doing psychiatry in postwar Europe: Practices, routines and experiences*. Manchester: Manchester University Press; 2024. p. 312—334.
12. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018;58(1):72—92.

REFERENCES

Вклад авторов: Кирей-Ситникова, Я.: концептуализация исследования, проведение 6 интервью, обработка данных, написание текста; Кумец, А.: концептуализация исследования, поиск респондентов, проведение 11 интервью. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: Kirey-Sitnikova, Y.: study conceptualization, conduction of 6 interviews, data analysis, drafting the text; Kumets, A.: study conceptualization, finding respondents, conduction of 11 interviews. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 19.07.2024; одобрена после рецензирования 31.10.2024; принята к публикации 18.11.2024.
The article was submitted 19.07.2024; approved after reviewing 31.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.