



РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ
С ТРАНСГЕНДЕРНЫМИ
И ГЕНДЕРНО-НЕКОНФОРМНЫМИ
ЛЮДЬМИ

РУКОВОДСТВО АМЕРИКАНСКОЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

В ПЕРЕВОДЕ И ПОД РЕДАКЦИЕЙ ЛГБТ-ИНИЦИАТИВНОЙ ГРУППЫ «ВЫХОД»

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ТРАНСГЕНДЕРНЫМИ И ГЕНДЕРНО-НЕКОНФОРМНЫМИ ЛЮДЬМИ

Руководство Американской психологической ассоциации

В переводе и под редакцией ЛГБТ-инициативной группы «Выход»

2019
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**«ЛГБТ-группа “Выход”» признана Минюстом
незарегистрированным общественным объединением,
выполняющим функции иностранного агента**

Рекомендации по психологической работе с трансгендерными и гендерно-неконформными людьми. Руководство Американской психологической ассоциации в переводе и под редакцией ЛГБТ-инициативной группы «Выход» – Спб.: Выход, 2019. – 96 стр.

Данная брошюра является адаптированным переводом руководства Американской психологической ассоциации по психологической работе с трансгендерными и гендерно-неконформными людьми, принятого в 2015 году. Над переводом, комментариями и редактурой текста работали трансгендерные активисты и психологи ЛГБТ-инициативной группы «Выход» (Санкт-Петербург).

Рекомендации, приведённые в брошюре, будут полезны практикующим психологам и психотерапевтам, а также специалистам других помогающих профессий, которые в своей работе могут столкнуться с необходимостью оказания квалифицированной помощи трансгендерным и гендерно-неконформным людям; преподавателям и студентам-психологам, а также самим трансгендерным людям и их близким.

Guidelines for Psychological Practice With Transgender
and Gender Nonconforming People

© 2015 American Psychological Association, 2015

Уважаемые коллеги!

Перед вами — первый в истории, уникальный и важнейший документ, который специально разработан специалистками/специалистами Американской психологической ассоциации (далее — АПА) для психологов и содержит рекомендации по оказанию помощи трансгендерным и гендерно-неконформным людям.

В самом документе приводятся цитаты из этического кодекса АПА, предписывающие психологам работать только в областях, находящихся в рамках их компетенций, прикладывать усилия к их расширению и основывать деятельность на доказанных научных знаниях. Всё это является фундаментальным для оказания психологической помощи и в равной мере подходит любым психологам, работающим в России и на постсоветском пространстве.

Данные рекомендации важны как для специалистов/специалистов, уже работающих с трансгендерными и гендерно-неконформными людьми, так и для тех, кто осуществляет первичное знакомство с темой. Одна из рекомендаций практикующим психологам, приведённых в этом документе — обучать людей, которые получают психологическое образование, работе с трансгендерными и гендерно-неконформными людьми. В этом плане мы как специалисты/специалистки несём часть социальной ответственности перед обществом за качество подготовки и образованность нашего психологического сообщества в целом. В рекомендациях подчёркивается, что мнения и знания специалисток/специалистов о гендерной идентичности и гендерном самовыражении имеют непосредственное влияние на качество оказания помощи и заключение терапевтического альянса.

Что вы найдёте в этом документе? Это очень ёмкая выжимка широкого ряда научных исследований, посвящённых жизни и проблемам трансгендерных и гендерно-неконформных людей; таким образом, все рекомендации имеют подтверждённую научную основу. Рекомендации написаны в контексте, учитывающем, что психологические проблемы уязвимых групп людей возникают во взаимосвязи с их положением в обществе, с наличием институциональных барьеров, а также стигмы и дискриминации; приводится понятие «стресс меньшинства» и подчёркивается, что хорошее качество жизни трансгендерных и гендерно-неконформных

людей возможно при наличии социальной поддержки и аффирмативной (поддерживающей) среды в целом. Аффирмативный подход в терапии и консультировании является одной из основных опор практикующих специалистов/специалисток.

Рекомендации охватывают определение и объяснение основных понятий (гендер как небинарный конструкт, гендерное самовыражение, сексуальная ориентация и гендерная идентичность), рассматривают работу по ряду отдельных направлений: работа с трансгендерными и гендерно-неконформными детьми и подростками, а также с людьми старшего возраста; вопросы романтических и сексуальных отношений, создания семьи и родительства. Особое внимание уделяется вопросам пересечения дискриминаций и уязвимостей, что особенно важно знать помогающим специалистам/специалисткам, так как в случае наличия множественных уязвимостей может иметь место особо тяжёлая травматизация, требующая глубокого понимания социального контекста.

Я лично хочу рекомендовать этот документ к прочтению всем помогающим специалистам/специалисткам. Любой и любая из вас имеют шанс столкнуться с необходимостью оказания помощи гендерно-неконформным или трансгендерным людям, и вам будет значительно легче, если вы будете к этому готовы. Эти рекомендации позволяют не только за короткое время ознакомиться с важными достижениями психологической науки по оказанию помощи гендерно-неконформным и трансгендерным людям, но и проработать свои «слепые зоны» или последствия нашей личной социализации, которая мало у кого включала рассмотрение вопросов гендерной идентичности на современном уровне их понимания.

И я надеюсь, что вы получите профессиональное удовольствие от знакомства с этим документом — настолько полноценно и качественно он подготовлен специалистками и специалистами АПА!

Мария Сабунаева,

кандидат психологических наук,

координатор психологической службы
ЛГБТ-инициативной группы «Выход»

Уважаемые читательницы и читатели!

Этот документ — перевод руководства Американской психологической ассоциации по психологической работе с трансгендерными и гендерно-неконформными людьми, принятого в 2015 году. Над переводом работали трансгендерные активисты ЛГБТ-инициативной группы «Выход».

В процессе работы над переводом для нас стало очевидно, что большое количество информации и примеров, которые приводят авторы оригинального Руководства, актуальны в контексте США, и фактически неприменимы в современной российской ситуации. Трансгендерные люди и их сообщества существуют во всех регионах мира, но история и опыт сообществ, а также политическая ситуация, правовой контекст и, соответственно, положение и возможности как самих трансгендерных людей, так и тех, кто оказывает им поддержку, существенно различаются. Мы не отказывались от рекомендаций и примеров, специфических для США, но постарались максимально адаптировать их к положению трансгендерных людей в нашей стране и дополнить комментариями, приближающими текст к актуальной российской действительности.

Говоря о российской действительности, нельзя не подчеркнуть, что поддержка со стороны психологического сообщества и других помогающих специалистов для трансгендерных и гендерно-неконформных людей является сейчас жизненной необходимостью. Уровень гомофобного и трансфобного насилия и предубеждений в обществе, заметно выросшие в России с момента вступления в силу «закона о запрете пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений», существенно сказывается на благополучии трансгендерных людей — в том числе, к сожалению, на их доступе к психологической и медицинской помощи. За последние годы, исследуя случаи дискриминации в Санкт-Петербурге, мы неоднократно сталкивались с ситуациями, когда трансгендерные и гендерно-неконформные люди вместо квалифицированной помощи получали со стороны специалистов непонимание, издевательства, унижение и насилие: от предложений «ходить в церковь и избавиться от греха» и «найти себе нормального мужа» до постановки неверного диагноза и принудительной госпитализации в закрытый психиатрический стационар, тогда как трансгендерный человек совершенно в этом не нуждался. Научная литература о трансгендерности,

созданная советскими и российскими специалистами, написана в психопатологизирующем ключе и нередко воспроизводит опасные установки, мифы и стереотипы, вредящие трансгендерным людям. К сожалению, многие специалисты, к которым трансгендерные люди обращаются — как в рамках обследования с целью трансгендерного перехода, так и с другими запросами — просто не обладают современными знаниями о трансгендерности и не знают, как грамотно помочь клиенту.

Печально, но неудивительно, что в таких условиях у трансгендерных людей мало доверия к специалистам в области психического здоровья. Будучи трансгендерным человеком и активистом, я нередко консультирую обращающихся в «Выход» трансгендерных людей как «равный консультант» — делюсь собственным опытом и знаниями о том, к каким врачам безопасно обращаться, как сменить документы, как заботиться о своём здоровье в процессе перехода. И очень часто мы, активисты, не имеем возможности помочь трансгендерным людям, которые к нам обращаются, не обладая компетенциями психолога. Мы можем сколько угодно делиться личным опытом и информацией, можем проводить дискуссионные группы и другие поддерживающие мероприятия для сообщества, но мы не можем стать профессиональными помощниками человека в борьбе с депрессией, не сможем грамотно поддержать его в ситуации острого конфликта с семьёй, не сможем сопровождать человека на пути глубинного исследования своей идентичности и понимания его или её потребностей. Конечно, мы делимся контактами безопасных и профессиональных психологов, психотерапевтов и психиатров, готовых работать с трансгендерными людьми — но так часто слышим в ответ: «Нет, психолог мне не поможет», «Как не-трансгендерный человек может серьёзно отнестись к проблемам трансгендерного человека?», «Психолог только навредит, пробовала много раз!», «Мой прошлый психотерапевт предлагал мне принять своё тело как есть и говорил, что переход сократит мою жизнь в два раза...»

Несомненно, есть множество психологов, которые относятся к трансгендерным людям с уважением и принятием, и хотели бы больше знать о трансгендерности. Постепенно информированность специалистов помогающих профессий о существовании и потребности трансгендерных людей увеличивается. Активисты петербургской трансинициативной группы «Т-Действие» перевели на русский язык и

издали книгу «Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям»¹ и ведут постоянную деятельность по обучению медицинского сообщества работе с трансгендерными людьми; активисты по всей России занимаются просвещением специалистов — а специалисты идут нам навстречу. Это, несомненно, огромное достижение. Но в масштабах всей страны и с учётом текущего уязвимого положения трансгендерного сообщества — это лишь начало пути, и впереди у всех нас много работы.

Нередко в «Выход» приходят замечательные психологи, которые открыты к работе с трансгендерными клиентами, и присоединяются к нашей волонтерской команде. Но почти каждый такой специалист делится с нами своей тревогой, страхом навредить клиенту: ведь они не получили знаний о гендерной идентичности и трансгендерности во время образования и даже никогда не общались с трансгендерным человеком.

Мы надеемся, что эти Рекомендации будут полезными для психологов и других помогающих практиков — возможно, они помогут вам лучше понять ваших клиентов и найти новые способы поддержать их, возможно, они развеют какие-то страхи и стереотипы, и пропасть между психологическим сообществом и трансгендерными людьми сузится.

1 Международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям/Ред. А.Ю. Бабенко, Д.Д. Исаев: <http://t-action-team.org/wp-content/uploads/2018/09/Standarts-of-care-2018.pdf>

Общие сведения и информированность

Рекомендация 1. Психологам важно понимать, что гендер — небинарный конструкт, в рамках которого возможно существование широкого диапазона гендерных идентичностей, а также что гендерная идентичность человека может не совпадать с полом, приписанным при рождении.

Обоснование. Гендерная идентичность — это глубоко переживаемое и неотъемлемое осознание человеком бытия девочкой, женщиной или феминной личностью; мальчиком, мужчиной, или маскулинной личностью; носителем одновременно феминных и маскулинных черт; или человеком альтернативного гендера (Bethea & McCollum, 2013; Institute of Medicine [IOM], 2011). Во многих культурах и религиозных традициях гендер воспринимается как бинарный конструкт, состоящий из взаимоисключающих категорий мужского и женского, мальчиков и девочек, мужчин и женщин (Benjamin, 1966; Mollenkott, 2001; Tanis, 2003). Представление о взаимоисключающих категориях подразумевает, что гендерная идентичность человека всегда соответствует полу, приписанному ему или ей при рождении (Bethea & McCollum, 2013). Гендерная идентичность трансгендерных и гендерно-неконформных-людей (далее — ТГГНК-людей) в разной степени отличается от пола, приписанного при рождении, и может переживаться и выражаться вне рамок гендерной бинарности (Harrison, Grant, & Herman, 2012; Kuper, Nussbaum, & Mustanski, 2012).

История описания и изучения гендера как небинарного конструкта насчитывает десятилетия (Benjamin, 1966; Herdt, 1994; Kulick, 1998). Существуют исторические доказательства того, что разнообразие гендерных идентичностей и гендерного самовыражения признавалось и принималось обществом, а иногда и почиталось во многих различных культурах (Coleman et al., 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). Многие такие культуры были ослаблены европейским влиянием, колониализмом и системным неравенством (Nanda, 1999). В двадцатом веке самовыражение трансгендерных и гендерно-неконформных людей стало предметом медицины (Hirschfeld, 1910/1991). Людям стали доступны медицинские вмешательства, с помощью которых можно минимизировать

несоответствие между полом, приписанным при рождении, вторичными половыми признаками и гендерной идентичностью (Meyerowitz, 2002).

Уже в пятидесятых годах двадцатого века исследования показали, что люди могут описывать свой гендер совершенно разными способами. Некоторые участники исследований говорили о гендерной идентичности, отличной от культурно предписанных взаимоисключающих категорий «мужчины» и «женщины» (Benjamin, 1966). В нескольких последних крупных онлайн-исследованиях ТГГНК-популяции США от 30 до 40 процентов участников определяли свою гендерную идентичность как отличную от мужской или женской (Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012). Хотя в некоторых исследованиях используется более широкое понимание гендера (Congron, Scout, & Austin, 2008), большинство исследователей принуждает респондентов выбирать между идентичностями мужчины и женщины, и, таким образом, не учитывает участие людей с альтернативными гендерными идентичностями (IOM, 2011). В последние два десятилетия исследования показали, что существует широкий спектр гендерных идентичностей и гендерного самовыражения (Bockting, 2008; Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012). Он включает людей, идентифицирующих себя как «мужчина», как «женщина», как «ни мужчина, ни женщина», как «смесь мужчины и женщины» или как обладателей «уникальной гендерной идентичности». Как таковое определение себя как ТГГНК-человека здорово, оно не является патологией само по себе (Coleman et al., 2012). Тем не менее люди могут испытывать дистресс, вызванный несоответствием между гендерной идентичностью и телом или акушерским полом, а также в связи с дискриминацией и стигмой в обществе (Coleman et al., 2012).

В период с конца шестидесятых до начала девяностых медицинская помощь по облегчению гендерной дисфории во многом только укрепляла бинарную концептуализацию гендера (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). В то время идеальным исходом для ТГГНК-людей считалось приспособление либо к полу, приписанному при рождении, либо, если это не было возможно, к «противоположному» полу. Особый акцент делался на ассимиляции с цисгендерной популяцией (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). Отклонения от этих вариантов могли вызвать у медицинских работников опасения в том, что ТГГНК-человек не сможет «успешно» совершить переход и социализироваться в комфортной для него или неё гендерной роли. Такие опасения, в свою очередь, служили

барьером к доступу к хирургическим операциям и гормональной терапии: для получения доступа к хирургии и гормонам требовалось разрешение врачей и психиатров (Berger et al., 1979)¹. Во многом благодаря движению ТГГНК-людей и их сообщества в девяностые, а также благодаря развитию исследований и созданию моделей транс-аффирмативного здравоохранения, сейчас медицинские работники, специализирующиеся на помощи трансгендерным людям, ориентируются на нужды конкретного человека и опираются на модель гендерного разнообразия. Соответственно, ТГГНК-специфичное здравоохранение куда более индивидуализировано (Bockting et al., 2006; Coleman et al., 2012).

Применение. Небинарное понимание гендера стоит в основе предоставления аффирмативной помощи ТГГНК-людям. Мы рекомендуем психологам пересмотреть их понимание гендера и расширить рамки того, что они считают здоровым и нормативным. Признавая существование спектра гендерных идентичностей и самовыражений и принимая, что гендерная идентичность человека может не соответствовать или не полностью соответствовать полу, приписанному при рождении, психологи смогут качественнее помогать ТГГНК-людям, их семьям и сообществам (Lev, 2004). Уважение к ТГГНК-людям, поддержка в подлинном выражении гендерной идентичности, проживании опыта, может существенно улучшить их здоровье, благополучие и качество жизни (Witten, 2003).

У некоторых ТГГНК-людей может быть ограничен доступ к позитивным ТГГНК-ролевым моделям. В результате многие ТГГНК-люди изолированы и вынуждены справляться со стигмой в отношении гендерной неконформности без какой-либо поддержки. Негативное влияние стигмы на психическое здоровье при этом возрастает (FredriksenGoldsen et al., 2014; Singh, Hays, & Watson, 2011). Психологи могут помогать ТГГНК-людям бросать вызов гендерным нормам и стереотипам, исследовать их уникальные идентичности и способы самовыражения. ТГГНК-людям, их партнёрам, семьям, друзьям и сообществам поможет знание о том, что разные гендерные идентичности и разные способы их выражения — это здорово и нормально, а также о том, что гендерная идентичность не должна по умолчанию соответствовать полу, приписанному при рождении.

¹ В настоящий момент в Российской Федерации всё ещё нужно разрешение психологов и психиатров как для доступа к транс-аффирмативной медицине, так и для смены имени и гендерного маркера в документах.

Работая с трансгендерными или гендерно-неконформными клиентами, психологи могут на своём примере показывать, что неопределённость гендерной идентичности и гендерного самовыражения заслуживает принятия. Неосуждающее, валидирующее отношение к гендерной неконформности способствует борьбе со стигмой и постоянным давлением, с которыми сталкиваются многие ТГГНК-люди. Психологически безопасная среда, свободная от предрассудков и осуждения, необходима для того, чтобы люди могли исследовать свою гендерную идентичность и принимать осознанные решения о том, как её выражать.

Рекомендация 2. Важно понимать, что гендерная идентичность и сексуальная ориентация — разные, но взаимосвязанные конструкты.

Обоснование. Гендерная идентичность и сексуальная ориентация являются разными, отдельными друг от друга конструктами и с теоретической, и с клинической точек зрения. Тем не менее и специалисты, и неспециалисты часто смешивают их. Хотя некоторые исследования говорят о возможной связи между сексуальной ориентацией и становлением гендерной идентичности, механизмы этой взаимосвязи неизвестны (Adelson & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP] Committee on Quality Issues [CQI], 2012; APA TFGIGV, 2009; A. H. Devor, 2004; Drescher & Byne, 2013). Сексуальная ориентация — это сексуальное и/или эмоциональное влечение к другому человеку (Shively & De Cecco, 1977). Гендерная идентичность, в свою очередь, определяется как глубинное переживаемое чувство собственного гендера. У большинства людей гендерная идентичность развивается раньше, чем сексуальная ориентация. Становление и закрепление гендерной идентичности обычно происходит в раннем детстве (Adelson & AACAP CQI, 2012; Kohlberg, 1966), в то время как осознание направленности сексуального влечения чаще всего начинает проявляться в раннем подростковом возрасте (Adelson & AACAP CQI, 2012; D'Augelli & Hershberger, 1993; Herdt & Boxer, 1993; Ryan, 2009; Savin-Williams & Diamond, 2000). Притом, что чаще всего гендерная идентичность закрепляется в детстве, люди могут осознать, что их гендерная идентичность не соответствует полу, приписанному при рождении, как в детстве, так и в подростковом или взрослом возрасте. Путь развития гендерной идентичности чаще всего включает прохождение последовательных стадий осознания, исследования, выражения и интеграции идентичности (Bockting & Coleman, 2007; A. H. Devor, 2004; Vanderburgh, 2007). Точно так же и сексуальная ориентация может проходить через многочисленные стадии осознания, исследования и определения на всём протяжении подросткового и части взрослого возраста (Bilodeau & Renn, 2005). Сексуальная ориентация некоторых людей может быть подвижной и непостоянной (L. M. Diamond, 2013). Также и гендерная идентичность некоторых людей может ощущаться ими как нечто гибкое и переменчивое (Lev, 2004).

Опыт сомнений в собственном гендере вводит в замешательство некоторых ТГГНК-людей, особенно тех, кому неизвестно о существовании других трансгендерных людей и разнообразии гендерных идентичностей. В попытке объяснить несоответствие между полом, приписанным при рождении, связанными с ним социальными ожиданиями, паттернами сексуального и романтического влечения, неконформностью гендерной роли и гендерной идентичности, некоторые ТГГНК-люди предполагают, что они — геи, лесбиянки, бисексуальные или другие негетеросексуальные люди (Bockting, Benner, & Coleman, 2009). Отношение к сексуальной ориентации человека как к ключевой причине этого несоответствия может препятствовать осознанию гендерной идентичности. Вопросы сексуальной ориентации может быть важно поднимать в процессе исследования гендерной идентичности и в процессе принятия решений, связанных с ней. Кроме того, многие ТГГНК с возрастом осознают, что в детстве или подростковом возрасте скрывали или отрицали своё ощущение гендерного несоответствия, чтобы подстроиться под социальные ожидания и максимально снизить свой страх отличаться от большинства (Bockting & Coleman, 2007; Byne et al., 2012).

Сексуальную ориентацию человека часто определяют через гендер и паттерны влечения, и поэтому её гораздо сложнее определить, когда пол, приписанный при рождении, не соответствует гендерной идентичности человека. Сексуальную ориентацию человека невозможно определить по внешности или поведению: необходимо учитывать ощущения и самоопределение человека (Broido, 2000).

Применение. Психологи могут помочь людям лучше понимать разницу между гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией. Когда клиенты начинают осознавать ранее невыраженные или вынужденно сдерживаемые аспекты их гендерной идентичности или сексуальности, психологи могут валидировать их чувства, принять их опыт и оказать необходимую поддержку, не делая при этом предположений и не навязывая принятие определенной сексуальной ориентации или гендерной идентичности в качестве желательного исхода (APA TFGIGV, 2009). Благодаря своей роли в диагностике, терапии и профилактике, психологи находятся в уникальной позиции по отношению к ТГГНК-клиентам: они могут помочь ТГГНК-людям понять и интегрировать разные аспекты их идентичностей.

Когда ТГГНК-человек находит комфортный способ проживания и выражения гендерной идентичности, психолог может заметить, что ранее неконгруэнтные аспекты их сексуальной ориентации могут стать более видимыми, лучше интегрированными или более эгосинтоническими (Bockting et al., 2009; H. Devor, 1993; Schleifer, 2006). Благодаря этому процессу ТГГНК-люди могут безопасно исследовать те аспекты своей сексуальной ориентации, которые до того были подавлены, скрыты или находились в противоречии с их идентичностью. ТГГНК-люди могут заново исследовать свою сексуальность, заново определить её с учётом ТГГНК-идентичности, а спектр их влечения может расшириться (Coleman, Bockting, & Gooren, 1993; Meier, Pardo, Labuski, & Babcock, 2013; Samons, 2008).

Психологам, возможно, понадобится предоставить ТГГНК-людям информацию о трансгендерности и разнообразии гендерных идентичностей, а также предложить язык для описания чувства несоответствия, которое они испытывают. В частности, можно познакомить ТГГНК-людей с нарративами других ТГГНК-людей и показать им широкий спектр исходов и процессов, которые происходят на пути исследования и признания гендерной идентичности (e.g., Bornstein & Bergman, 2010; Boylan, 2013; J. Green, 2004; Krieger, 2011; Lawrence, 2014). Эти ресурсы потенциально могут помочь ТГГНК-людям отделить вопросы сексуальной ориентации от вопросов гендерной идентичности, а также определить себя в гендерном спектре. Психологи могут также просвещать семьи и более широкие сообщества (учебные заведения, медицинские учреждения), чтобы и они лучше понимали связь и различие гендерной идентичности и сексуальной ориентации. Это может быть особенно полезно в работе с молодёжью (Singh & Burnes, 2009; Whitman, 2013). Не все специалисты понимают разницу между вопросами сексуальной ориентации и вопросами гендерной идентичности. Поэтому психологам рекомендуется внимательно изучать ресурсы, предлагающие аффирмативные услуги для лесбиянок, геев, бисексуальных, трансгендерных и квир-людей. Прежде чем рекомендовать какие-либо ресурсы или специалистов ТГГНК-людям и их семьям, следует удостовериться, что люди, предлагающие поддержку, действительно информированы о нуждах ТГГНК-людей и инклюзивны к ним.

Рекомендация 3. Важно понимать, как гендерная идентичность пересекается с другими культурными идентичностями ТГГНК-людей.

Обоснование. Гендерная идентичность и гендерное самовыражение — не единственные социальные признаки, оказывающие существенное влияние на жизнь и благополучие человека (Collins, 2000; Warner, 2008). Другими такими признаками могут являться расовая/этническая принадлежность, возраст, образование, социоэкономический статус, статус иммигранта, профессия, наличие инвалидности, ВИЧ-статус, сексуальная ориентация, статус отношений, религиозная и/или духовная принадлежность. Некоторые социальные признаки могут давать привилегии в обществе; другие, наоборот, стигматизированы и затрудняют доступ к ресурсам (Burnes & Chen, 2012; K. M. de Vries, 2015). Кроме того, ТГГНК-люди, совершающие переход, могут быть не готовы к изменениям набора своих социальных привилегий или тому, как к ним начинает относиться общество из-за их гендерной идентичности и самовыражения. Приведём следующий пример: трансгендерный мужчина, афроамериканец, может получить мужские привилегии, но столкнётся с расизмом и общественной стигмой, существующей в отношении мужчин-афроамериканцев. Трансгендерная женщина из США с азиатскими или тихоокеанскими корнями может получить доступ к привилегиям, когда её начнут воспринимать как цисгендерную женщину. Но также она может столкнуться с сексизмом, мизогинией и объективацией, проявляющимися в отношении женщин с азиатскими или тихоокеанскими корнями².

Пересечения разных социальных признаков в жизни ТГГНК-людей сложны и могут затруднять или облегчать доступ к необходимой поддержке (A. Daley, Solomon, Newman, & Mishna, 2008). ТГГНК-люди с меньшими привилегиями и/или принадлежащие к нескольким уязвимым

2 Приведённые примеры справедливы в отношении иерархий власти в США. Наиболее схожие примеры в российских реалиях будут выглядеть скорее так: к примеру, трансгендерный мужчина с дагестанскими корнями получит после перехода мужские привилегии, однако будет подвержен дискриминации, которая существует в отношении дагестанцев; трансгендерная женщина из коренного народа Сибири может получить доступ к женским привилегиям, но будет может столкнуться с дискриминацией по этническому признаку — в частности, она может быть объективирована и экзотизирована как женщина из коренного народа. Важно подчеркнуть, что и дискриминация в отношении мужчин-дагестанцев, и дискриминация в отношении женщин из коренных народов касается этничности, но проявляется совершенно по-разному: в первом случае мужчина может быть скорее стереотипизирован как агрессор, небезопасный человек, нарушающий закон; во втором случае женщина будет скорее стереотипизирована как пассивная, доступная, «экзотическая».

социальным группам могут испытывать больший стресс и иметь меньший доступ к ресурсам. Кроме того, они могут развить сопротивляемость неблагоприятным условиям и отыскать силы бороться с ними, могут найти в сообществе ресурсы, доступные особым группам — например, людям, живущим с ВИЧ (Singh et al., 2011). Признание собственной гендерной идентичности может вступить в конфликт с религиозными убеждениями человека или традициями, которых он или она придерживается (Bockting & Cesaretti, 2001). Важным ресурсом для ТГГнК-людей может стать аффирмативное выражение религиозных и духовных убеждений и традиций, а также поддержка со стороны религиозных лидеров. (Glaser, 2008; Porter, Ronneberg, & Witten, 2013; Xavier, 2000).

Применение. На практике психологи должны стремиться к тому, чтобы выделить наиболее значимые в данный момент социальные признаки ТГГнК-людей, которые влияют на копинговые механизмы, дискриминацию и психологическую устойчивость (Burnes & Chen, 2012). Улучшенный раппорт и терапевтический союз разовьются скорее, если психолог будет избегать особого акцента на гендерной идентичности и гендерном самовыражении клиента в тех ситуациях, когда они не связаны с теми потребностями и проблемами, которые напрямую связаны с трансгендерностью или гендерной неконформностью клиента. Даже если гендерная идентичность становится основным контекстом терапии, психологи должны стремиться понять, что на гендерный опыт ТГГнК-человека могут влиять и другие важные социальные признаки (например, расовая/этническая принадлежность, сексуальная ориентация). Кроме того, важно понимать, что актуальность разных аспектов идентичности может меняться с психологическим развитием человека на протяжении жизни, вне зависимости от того, совершают ли они социальный или медицинский переход.

Иногда пересечения разных социальных признаков ТГГнК-людей могут привести к конфликту: к примеру, попытки совместить гендерную идентичность с религиозным и/или духовным воспитанием и убеждениями (Kidd & Witten, 2008; Levy & Lo, 2013; Rodriguez & Follins, 2012). Психологи могут помогать ТГГнК-людям в понимании и совмещении идентичностей, которые в разной степени привилегированы в системах власти и системном неравенстве (Burnes & Chen, 2012). Психологи также могут выделять и усиливать развитие компетенций и устойчивости ТГГнК-людей, когда те учатся жить на пересечении стигматизированных идентичностей (Singh, 2012).

Рекомендация 4. Психологам важно знать, как мнения и знания о гендерной идентичности и гендерном самовыражении могут влиять на качество помощи, предоставляемой ТГГНК-людям и их семьям.

Обоснование. Психологи, как и другие члены общества, учатся понимать и принимать разные аспекты человеческого разнообразия через процесс социализации. Культурные предубеждения психологов, равно как и культурные различия между психологами и их клиентами, оказывают влияние на терапевтический процесс (Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008; Vasquez, 2007). Допущения, предубеждения и позиция психолога в отношении ТГГНК-людей, их гендерной идентичности и/или самовыражения могут влиять на качество предоставляемых услуг, а также на возможность развить терапевтический альянс (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Кроме того, отсутствие знаний или подготовки в том, как оказывать аффирмативную помощь ТГГНК-людям, может ограничивать эффективность психолога и поддерживать барьеры, препятствующие помощи (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Психологи, опытные в оказании помощи лесбиянкам, геям или бисексуальным людям, могут быть незнакомы с уникальными потребностями ТГГНК-людей (Israel, 2005; Israel et al., 2008). В рамках исследований сообщества ТГГНК-люди сообщали, что у многих специалистов в области ментального здоровья нет базовых знаний и навыков работы с ТГГНК-людьми (Bradford, Xavier, Hendricks, Rives, & Honnold, 2007; Xavier, Bobbin, Singer, & Budd, 2005), а также что их почти не готовят к работе с ТГГНК-людьми (APA TFGIGV, 2009; Lurie, 2005). Общенациональное исследование дискриминации трансгендерных людей в США (Grant et al., 2011) показало, что 50 % ТГГНК-респондентов вынуждены заниматься образованием специалистов в области здравоохранения и самим рассказывать о том, как работать с ТГГНК-людьми. 28 % откладывали визит к врачу из-за предубеждений по отношению к трансгендерным людям, а 19 % сталкивались с отказом в медицинской помощи из-за дискриминации.

Этический кодекс Американской психологической ассоциации (APA, 2010) гласит, что психологи работают только в областях, находящихся в рамках их компетенций (Стандарт 2.01), активно и последовательно работают над расширением своих компетенций (Стандарт 2.03) и основывают деятельность на установленном научном и профессиональном знании

(Стандарт 2.04). Компетенции в работе с ТГГнК-людьми можно развить многими способами: образованием, тренингами, супервизиями, консультациями, исследованиями или через профессиональный опыт.

Применение. Психологи могут работать с ТГГнК-людьми разными способами, а потому глубина и уровень знания и компетенций, которые нужны психологу, зависят от типа и сложности услуг, предлагаемых ТГГнК-людям. Услуги, которые предоставляют психологи, требуют базового понимания популяции и её потребностей, а также способности взаимодействовать уважительно, не обесценивая идентичность (L. Carroll, 2010).

АПА делает акцент на применении практик, основанных на научных данных (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Учитывая то, как легко предположения и стереотипы могут влиять на лечение, практики, основанные на научных данных, могут быть особенно релевантны для психологической работы с ТГГнК-людьми. На данный момент не существует научно подтверждённых практик, учитывающих специфику ТГГнК-людей, и мы рекомендуем психологам использовать уже существующие научно подтверждённые практики. АПА также поощряет совместную работу с клиентами в вопросах, касающихся решений о лечении, включая вопросы стоимости, возможных преимуществ, существующих вариантов и ресурсов, связанных с лечением (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Такая совместная работа и активная вовлечённость в принятие решений может пойти на пользу ТГГнК-людям, учитывая то, что исторически у ТГГнК-людей не было ни прав, ни возможностей принимать решения о собственном здоровье.

Психологам, которые хотят развивать навыки работы с ТГГнК-людьми, рекомендуется исследовать собственные убеждения о гендере и сексуальности, гендерных стереотипах, ТГГнК-идентичностях, а также определять пробелы в собственном знании, понимании и принятии (American Counseling Association [ACA], 2010). Это может включать исследование собственной гендерной идентичности и гендерного опыта, связанного с привилегиями³, властью

³ Привилегии — системные преимущества, получаемые индивидом в силу принадлежности к той или иной социальной группе и дающие больший доступ к материальным ресурсам и власти, чем представителям других социальных групп.

и маргинализацией⁴, а также консультации и тренинги с психологами, имеющими большой опыт в работе с ТГГНК-людьми и сообществами.

Психологам также рекомендуется развивать навыки работы с ТГГНК-людьми и их семьями, знакомясь с наиболее современными базовыми представлениями и знаниями о гендерных идентичностях и самовыражении, а также обучаясь тому, как взаимодействовать с ТГГНК-людьми уважительно и безоценочно. Навыки работы с ТГГНК-людьми можно развивать и поддерживать формальными и неформальными способами, начиная с включения соответствующих тем в программы профессиональной подготовки для будущих психологов и дополнительного образования на профессиональных конференциях, и заканчивая вовлечением в жизнь ТГГНК-сообщества в качестве союзниц и союзников. Психологам, которые выбирают специализироваться на работе с ТГГНК-людьми, и особенно на работе, связанной с их идентичностью, очень рекомендуется пройти дополнительную подготовку, консультации и накопить профессиональный опыт (АСА, 2010; Coleman et al., 2012).

Психологи могут получать знания о ТГГНК-сообществе и узнавать больше о сложных социальных проблемах, которые влияют на жизни ТГГНК-людей, через столкновение с личным опытом (например, через посещение встреч и конференций сообщества, чтение личных историй ТГГНК-людей). Если у психологов пока что нет навыков, необходимых для работы с ТГГНК-людьми, им настоятельно рекомендуется перенаправлять ТГГНК-людей к другим психологам или другим специалистам, которые обладают знанием и навыками для работы с трансгендерным сообществом.

4 Маргинализация — процесс, в ходе которого индивиды, принадлежащие к определённой социальной группе, систематически лишаются доступа к ресурсам, возможностям, власти; каждый индивид принадлежит более чем к одной социальной группе и может обладать привилегиями на основании принадлежности к одной социальной группе и быть маргинализированным на основании принадлежности к другой.

Стигма, дискриминация и барьеры к получению помощи

Рекомендация 5. Психологам важно понимать, что стигма, предубеждения, дискриминация и насилие влияют на здоровье и благополучие ТГГНК-людей.

Обоснование. Многие ТГГНК-люди сталкиваются с дискриминацией, пытаясь получить доступ к здравоохранению, найти жильё и работу, получить образование, социальное пособие и другие социальные услуги. Эта дискриминация может быть как незначительной, так и очень тяжёлой (Bazargan & Galvan, 2012; Bradford, Reisner, Honnold, & Xavier, 2013; Dispenza, Watson, Chung, & Brack, 2012; Grant et al., 2011). Дискриминация — это в том числе и предположение о том, что пол, приписанный при рождении, полностью соответствует гендерной идентичности человека; отказ использовать предпочитаемое имя или местоимение; неуместные вопросы о телесности; предположение о том, что гендерная идентичность или гендерное самовыражение человека — результат психопатологии (Nadal, Rivera, & Corpus, 2010; Nadal, Skolnik, & Wong, 2012). Кроме того, дискриминация может включать отказ в обеспечении жильём, в трудоустройстве, а также крайне жестокие акты насилия (например, сексуальное насилие или убийство). ТГГНК-люди с множественными стигмами более уязвимы к дискриминации и насилию. ТГГНК-женщины и цветные люди¹ сталкиваются с несоразмерно жестокими формами насилия и дискриминации, включая насилие со стороны полиции. Они с меньшей вероятностью получают помощь от правоохранительных органов (Edelman, 2011; National Coalition of Anti-Violence Programs, 2011; Saffin, 2011).

ТГГНК-люди рискуют столкнуться с трансфобными предубеждениями

¹ В культурном опыте США дискриминация чаще всего связана с расой и цветом кожи: европеоиды, «белые», обладают несравнимо большими привилегиями, чем представители других рас; в данном тексте мы переводим термин, обозначающий людей, подвергающихся дискриминации по расовому признаку, как «цветных». В культурном контексте Российской Федерации существуют схожие механизмы дискриминации, однако они основаны не столько на расовом признаке, сколько на этническом и религиозном, а также на происхождении из определённых регионов постсоветского пространства. Классический расизм (дискриминация в отношении людей с африканскими корнями) как продукт западной интеллектуальной колонизации также существует, однако в существенно меньших объёмах.

и дискриминацией в образовании. В общенациональной выборке 7 989 ЛГБТ-подростков, учащихся в школе, 55,2 % участвующих рассказывали о вербальной агрессии, 22,7 % упоминали физическую агрессию, а 11,4 % подверглись физическим нападениям из-за их гендерного самовыражения (Kosciw, Greytak, Palmer, & Boesen, 2014). В общенациональном исследовании сообщества ТГГНК-взрослых 15 % сообщили о том, что им приходилось покидать образовательные учреждения от детского сада до колледжа из-за преследования (Grant et al., 2011). Во многих школах антидискриминационные политики не включают гендерную идентичность и гендерное самовыражение. ТГГНК-подростки остаются без необходимой им защиты от травли и агрессии в школах (Singh & Jackson, 2012). ТГГНК-подростки в сельской местности могут быть ещё более уязвимы к травле и агрессии в школьной среде из-за трансфобных предубеждений (Kosciw et al., 2014).

Неравноправие в образовании, как и другие формы дискриминации, связанные с гендерной идентичностью и гендерным выражением, приводят к серьёзным экономическим сложностям, о которых сообщали в исследованиях ТГГНК-люди. Грант и другие (2011) обнаружили, что у ТГГНК-людей в четыре раза выше вероятность получать семейный доход менее десяти тысяч долларов в сравнении с цисгендерными людьми. Почти половина выборки пожилых ТГГНК-людей сообщили о том, что их семейный доход на 200 % ниже черты бедности (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). ТГГНК-люди часто сталкиваются с дискриминацией при трудоустройстве и на работе (Brewster, Velez, Mennicke, & Tebbe, 2014; Dispenza et al., 2012; Mizock & Mueser, 2014). В нерепрезентативном общенациональном исследовании ТГГНК-людей 90 % сообщили о том, что «напрямую сталкивались с агрессией или плохим обращением и были вынуждены прибегнуть к мерам для своей защиты, которые негативно сказались на их карьере и благополучии. К примеру, им приходилось скрывать, кто они, чтобы избежать последствий на рабочем месте» (Grant et al., 2011, p. 56). Кроме того, 78 % респондентов сообщили о том, что подвергались прямой дискриминации и нарушению их прав на рабочем месте (Grant et al., 2011). Дискриминация в сфере трудоустройства может быть связана со стигмой, основанной на внешности человека, несоответствием документов и идентичности, невозможностью предоставить рекомендации из мест, где человек работал до перехода или до изменения гендерной презентации (Bender-Baird, 2011).

Проблемы дискриминации при трудоустройстве и на рабочем месте особенно остры для ТГГНК-военных и ветеранов. В данный момент ТГГНК-люди не могут открыто служить в армии США². В уставе «транссексуализм» считается одним из противопоказаний к службе (Department of Defense, 2011; Elders & Steinman, 2014). Служащие в армии ТГГНК-люди сталкиваются с необходимостью принимать очень сложные решения, связанные с камин-аутом, переходом и обращением за необходимой медицинской и психиатрической помощью. Эти решения могут серьёзно повлиять на военную карьеру или оборвать её. Совершенно неудивительно, что исследования отмечают очень высокий уровень суицидальных мыслей и суицидального поведения среди ТГГНК-военных и ветеранов (Blosnich et al., 2013; Matarazzo et al., 2014). Открытость перед медицинскими специалистами несёт в себе риск для ТГГНК-военных (OutServe-Servicemembers Legal Defense Network, n.d.). Препятствия в доступе к медицинской помощи, которые отмечают ТГГНК-ветераны, включают мнение о том, что Министерство по делам ветеранов — продолжение армии, мнение о том, что Министерство — недоброжелательная среда, а также страх столкнуться с негативной реакцией на трансгендерность или гендерную неконформность (Sherman, Kauth, Shipherd, & Street, 2014; Shipherd, Mizock, Maguen, & Green, 2012). Недавнее исследование показало, что 28 % ЛГБТ-ветеранов считают Министерство по делам ветеранов доброжелательной средой, треть — недоброжелательной (Sherman et al., 2014). Сейчас в Министерстве существуют многие инициативы, призванные улучшить качество услуг, оказываемых ЛГБТ-ветеранам, а также сенситивность к их потребностям.

Учитывая то, насколько широко распространена дискриминация на рабочем месте, а также то, что трансгендерный переход может привести к увольнению, ТГГНК-люди могут вовлечься в секс-работу или заниматься сексом для выживания (обменивать секс на еду), а также заниматься

2 Данная информация устарела: с июня 2016 года трансгендерные люди, служащие в армии США, могут раскрывать свой статус; с 1 января 2018 года открытые трансгендерные люди могут поступать на службу в армии. Следует также понимать, что в США, в отличие от России, не существует всеобщей воинской повинности. В Российской Федерации не существует единой практики в отношении трансгендерных мужчин: чаще всего трансгендерным мужчинам присваивают категорию «Д» (не годен) или в редких случаях «В» (ограниченно годен) на основании либо психиатрического диагноза F64.0, либо органоуносящей операции, если она была произведена. Мы сочли важным оставить информацию о специфике работы с трансгендерными военными, так как, несмотря на отличия системы армии в России и США, специфика достаточно схожа (в частности, особо тяжёлые последствия в случае раскрытия данных о гендерной идентичности).

продажей наркотиков, чтобы получать доход (Grant et al., 2011; Hwahng & Nuttbrock, 2007; Operario, Soma, & Underhill, 2008; Stanley, 2011). Это увеличивает вероятность негативных столкновений с правосудием (например, агрессией со стороны полиции, подкупом, вымогательством и арестом (Edelman, 2011; Testa et al., 2012), а также повышает риск ментальных расстройств и риски в сфере здоровья (например, высокую заболеваемость ЗППП, включая ВИЧ (Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004)).

Заключённые ТГГНК-люди сообщают об агрессии, изоляции, принуждении к сексу, физических нападениях как со стороны персонала, так и со стороны других заключённых (American Civil Liberties Union National Prison Project, 2005; Brothheim, 2013; C. Daley, 2005). В тюрьмах с сегрегацией по признаку пола ТГГНК-люди могут быть подвергнуты недобровольному одиночному заключению («административной сегрегации»), что может привести к тяжёлым последствиям для ментального и физического здоровья, а также ограничить доступ к услугам (Gallagher, 2014; National Center for Transgender Equality, 2012). Другая группа, требующая особого внимания — ТГГНК-мигранты и беженцы. ТГГНК-люди в центрах временного содержания могут не иметь доступа к необходимой помощи, а также могут часто подвергаться насилию (Gruberg, 2013). ТГГНК-люди могут искать убежища в Соединённых Штатах, чтобы избежать опасности, в которой они оказались из-за того, что родная страна не защищала их (APA Presidential Task Force on Immigration, 2012; Cerezo, Morales, Quintero, & Rothman, 2014; Morales, 2013).

У ТГГНК-людей могут быть сложности с доступом к необходимому здравоохранению (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Lambda Legal, 2012). Часто для них небезопасно раскрывать свою гендерную идентичность и опыт из-за риска столкнуться с дискриминацией со стороны медицинских специалистов (Grant et al., 2011; Lurie, 2005; Singh & McKleroy, 2011). Даже когда у ТГГНК-людей есть страховка, план страховки может прямо исключать все траты, связанные с переходом (например, ЗГТ и операции)³. У ТГГНК-людей могут быть сложности с доступом к медицинской помощи, которая связана с гендером. Например, трансгендерные мужчины могут не иметь доступа к необходимым им приёмам гинеколога из-за предположения о том, что мужчинам не нужны услуги «женского» врача. Из-за таких препятствий ТГГНК-люди не получают профилактической

3 В настоящий момент ни обязательное медицинское страхование, ни дополнительное медицинское страхование в России не покрывает никаких затрат, связанных с трансгендерным переходом.

медицинской помощи (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Lambda Legal, 2012).

Применение. Качество работы психолога с трансгендерным клиентом напрямую зависит от информированности и понимания психологом того, как именно и в какой степени предубеждения и дискриминация сказываются на благополучии трансгендерных людей. Когда трансгендерный или гендерно-неконформный человек сталкивается с дискриминацией на почве трансфобии, психологи могут фасилитировать эмоциональную проработку этого опыта, помочь в поиске поддерживающих ресурсов и выработке возможных вариантов действий. Особые потребности ТГГНК-людей включают стратегии самоадвокации, социализации, поиски судебных инстанций, работающих с преследованием и дискриминацией в сфере социальных услуг и в других системах. Кроме того, ТГГНК-люди, травмированные физическим или эмоциональным насилием, могут нуждаться в терапевтической поддержке.

Психологи могут помогать ТГГНК-людям в получении доступа к необходимым социальным услугам. Например, психологи могут помочь определить, какие именно нужны врачи, какие доступные и безопасные возможности существуют в области жилья, помочь найти аффирмативные религиозные и духовные общины (Glaser, 2008; Porter et al., 2013). Кроме того, психологи могут писать работодателям или арендодателям рекомендательные письма, подтверждающие гендерную идентичность клиентов. (Lev, 2009; W. J. Meyer, 2009).

Также психологи могут содействовать трансгендерному человеку в поиске подходящих ресурсов, информации и услуг, которые помогут ТГГНК-клиентам решать проблемы дискриминации на рабочем месте. В частности психолог может помочь клиенту разработать стратегии взаимодействия с коллегами и начальством во время социального и/или медицинского перехода. Тем, кто ищет работу, психологи могут помочь выработать подходящие формулировки для сообщения о трансгендерности потенциальному работодателю, если клиенту это нужно. Психологи также могут работать с работодателями и помогать им в разработке подходов и практик, поддерживающих трансгендерных людей во время перехода, или проводить тренинги, помогающие другим сотрудникам приспособиться к трансгендерному переходу коллеги.

Психологи могут помогать ТГГНК-военным и ветеранам сталкиваться

с эмоциональными последствиями социализации в армии. Важно понимать, что конфиденциальность может быть особенно значима для ТГГНК-людей, находящихся на действительной службе или в резерве, поскольку последствия раскрытия информации об их трансгендерности могут мешать им рассказывать о своей гендерной идентичности.

Психологи могут защищать права ТГГНК-подростков в образовательных учреждениях на нескольких уровнях (APA & National Association of School Psychologists, 2014; Boulder Valley School District, 2012)⁴. Психологи могут консультировать представителей администраций учебных заведений, учителей и школьных психологов, предлагать им ресурсы и тренинги по преодолению трансфобных предрассудков, а также создавать в школе среду, которая была бы более безопасной для ТГГНК-учеников и учениц (Singh & Burnes, 2009). Было доказано, что поддержка со стороны других ТГГНК-людей помогает преодолеть разрушительные для психического здоровья последствия трансфобии (Bockting et al., 2013). Таким образом, психологи могут рассматривать или разрабатывать методы, которые помогут трансгендерным сверстникам относиться к ТГГНК-подросткам с большим пониманием и уважением (Case & Meier, 2014). Психологи могут работать с ТГГНК-подростками и их семьями и находить подходящие ресурсы, например, школьные программы, которые защищают гендерную идентичность и гендерное самовыражение (APA & National Association of School Psychologists, 2014; Gonzalez & McNulty, 2010). Психологи могут направлять ТГГНК-подростков и их семьи в ТГГНК-ориентированные организации, а также находить онлайн-ресурсы, которые могут быть особенно полезны ТГГНК-подросткам в сельской местности.

4 Несмотря на существенные законодательные ограничения, российские психологи по закону имеют право работать с ТГГНК-подростками, обратившимися за психологической помощью, в том числе в школе, и не имеют права раскрывать информацию об идентичности клиента родителям без согласия клиента, начиная с четырнадцатилетнего возраста. Способы, которыми психологи могут влиять на обстановку в школе, крайне ограничены, и часто не только и не столько законодательной ситуацией (в случае, к примеру, с тренингами и уроками для школьников), сколько предрассудками и неправильным пониманием законодательства со стороны остального школьного персонала и родителей (в случае, к примеру, с тренингами для персонала или семейной терапией).

Рекомендация 6. Важно признавать влияние институциональных барьеров на жизнь ТГГНК-людей и стремиться помочь развить ТГГНК-аффирмативную среду.

Обоснование. Трансфобные предубеждения и то, насколько общество привержено гендерной бинарности, негативно сказывается на ТГГНК-людях в семьях, школах, здравоохранении, системе правосудия, на рабочем месте, в религиозных сообществах (American Civil Liberties Union National Prison Project, 2005; Bradford et al., 2013; Brewster et al., 2014; Levy & Lo, 2013; McGuire, Anderson, & Toomey, 2010). ТГГНК-люди не всегда имеют возможность воспользоваться гендерно-инклюзивными туалетами и вынуждены использовать женские или мужские туалеты, что вызывает дискомфорт (Transgender Law Center, 2005). Помимо эмоционального дистресса, вызванного выбором между разделёнными по бинарному принципу общественными туалетами, ТГГНК-люди часто вынуждены думать о реакции других на их присутствие, включая возможную дискриминацию, агрессию и насилие (Herman, 2013).

Многие ТГГНК-люди могут с недоверием относиться к медицинским работникам из-за негативного опыта, в том числе опыта столкновений с паталогизирующим отношением врачей к трансгендерности (Benson, 2013). Опыт дискриминации и предубеждений со стороны медицинских работников может быть дополнительно осложнен динамикой власти во взаимодействии со специалистами. Это может существенно повлиять на качество оказываемой помощи или осложнить процесс. Для получения доступа к гормональной терапии и хирургическим операциям, а также для смены документов ТГГНК-человек обязан предоставить справку, в которой психолог или психотерапевт подтверждает стабильность гендерной идентичности клиент⁵ (Lev, 2009). Необходимость получить такой документ может влиять на раппорт: ТГГНК-люди боятся, что психологи, основываясь на собственных предвзятых предубеждениях, могут задерживать или вообще не

5 В данный момент в Российской Федерации закреплена процедура юридического перехода. В ходе этой процедуры трансгендерный человек должен сначала пройти психиатрическое обследование, в результате которого его отправляют на медицинскую комиссию, которая выносит окончательное решение о том, нужно ли человеку менять документы. В такую комиссию входят психиатр, сексолог и клинический психолог. Иногда трансгендерные люди обращаются к психологам и психотерапевтам за менее формальными справками или заключениями об их идентичности, чтобы облегчить принятие со стороны семьи, друзей, работодателей: информации от специалиста часто доверяют больше, чем словам самих трансгендерных людей. Мы настоятельно рекомендуем предоставлять трансгендерным людям подобные документы по их запросу.

выдавать эту справку (Bouman et al., 2014). Вне зависимости от того, были у конкретных ТГГНК-людей опыт столкновений с медицинскими работниками, лишивших их возможности принимать решения о собственной жизни и здоровье, или они узнали о том, что такая динамика в терапевтических отношениях возможна, психологам настоятельно рекомендуется готовиться к тому, что ТГГНК-люди с большой осторожностью будут вступать в терапевтические отношения. Терапевтическим отношениям пойдет на пользу, если ТГГНК-люди будут чувствовать, что их не считают неправильными, и что контроль над своей дальнейшей судьбой остаётся у них. Тогда они с большей охотой будут исследовать себя и делиться своими сомнениями. И то, и другое — нормальная часть развития идентичности ТГГНК-человека.

Применение. Из-за того, что многие ТГГНК-люди сталкиваются с трансфобными предубеждениями и дискриминацией, психологам рекомендуется принять меры для того, чтобы в месте, где они работают, с принятием и уважением относились к ТГГНК-людям. Также важно задумываться о том, что ТГГНК-люди могут посчитать признаками неуважения к себе. Чтобы иметь возможность понять чувства и реакции своих ТГГНК-клиентов, психологи могут исследовать, какими путями проявляются цисгендерные привилегии и трансфобные предрассудки. Психологи также могут посвятить время разговору с ТГГНК-людьми об их опыте взаимодействия с психиатрами и психологами. Эти знания можно использовать для того, чтобы развивать ТГГНК-аффирмативные пространства. В результате, когда ТГГНК-люди будут попадать в различные медицинские или публичные пространства, они смогут реже сталкиваться с вредом, объективацией и патологизацией, а следовательно, начнут с большей пользой для себя использовать предлагаемые ресурсы и поддержку.

Психологам рекомендуется использовать проактивный подход к оценке того, как открытые или скрытые сигналы на их рабочих местах или в других средах могут влиять на ощущение комфорта и безопасности ТГГНК-людей. Чтобы повысить комфорт ТГГНК-людей, психологам рекомендуется открыто выставлять ТГГНК-аффирмативную литературу в приёмной, и, наоборот, убирать то, что отражает трансфобные предрассудки (Lev, 2009). Психологам рекомендуется исследовать, как их язык (например, использование неправильных местоимений или имён) открыто или

непреднамеренно поддерживает гендерную бинарность (Smith, Shin, & Officer, 2012). Может быть полезно провести тренинг для персонала о том, как уважительно взаимодействовать с ТГГНК-людьми. Возможно, потребуется внести изменения в документацию, формы и информационные материалы, чтобы они были более инклюзивны к ТГГНК-людям (Spade, 2011b). К примеру, демографические опросники могут выражать уважение через использование инклюзивного языка и расширение перечня гендерных идентичностей, из которых респонденты могут выбрать подходящий вариант. Кроме того, в собственных организациях психологи могут продвигать внедрение туалетов, инклюзивных и доступных для людей с любыми гендерными идентичностями и с любым гендерным самовыражением.

Работая с ТГГНК-людьми в различных институтах (например, в больницах и ПНИ, в реабилитационных центрах, домах престарелых, в опеке, религиозных общинах, в армии и тюрьмах) психологи могут становиться посредниками и защитниками ТГГНК-людей в области психического здоровья. Они могут продвигать уважительный подход к лечению, в котором гендерная идентичность пациента не ставится под сомнение. Исполняя эту роль, психологи могут обращаться к руководствам и лучшим практикам, созданным для конкретных контекстов (e.g., Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration, 2013; Glezer, McNeil, & Binder, 2013; Merksamer, 2011).

Рекомендация 7. Важно способствовать социальным изменениям с целью снижения негативного влияния стигмы на здоровье и благополучие ТГГНК-людей.

Обоснование. Отсутствие государственных программ, направленных на потребности ТГГНК-людей, создаёт для них существенные трудности (Taylor, 2007). Хотя в последние годы было создано много механизмов юридической защиты для ТГГНК-людей⁶ (Buzuvis, 2013; Harvard Law Review Association, 2013), многие всё ещё не защищены от дискриминации по признаку гендерной идентичности или самовыражения (National LGBTQ Task Force, 2013; Taylor, 2007). К примеру, в законодательстве многих штатов отсутствуют нормы, которые защищали бы ТГГНК-людей от дискриминации при приёме на работу или при поиске жилья. Их могут уволить, они могут потерять дом из-за своей трансгендерности. Существует много нормативных актов и правоприменительных практик, которые защищают права цисгендерных людей, в том числе лесбиянок, геев и бисексуальных людей, но не защищают от дискриминации трансгендерных и гендерно-неконформных людей (Currah, & Minter, 2000; Spade, 2011a).

У ТГГНК-людей могут быть сложности в получении документов, отражающих их гендерную идентичность (паспорт, свидетельство о рождении, карта социального обеспечения, водительские права). ТГГНК-людям, находящимся в экономически неблагоприятном положении, бывает невозможно выполнить требования, необходимые для получения этих документов. Отчасти это происходит из-за того, что им сложно найти работу, не имея документов, соответствующих их гендерной идентичности и гендерному самовыражению (Sheridan, 2009). Системные препятствия, связанные с бинарной системой определения гендера, могут мешать ТГГНК-людям сменить документы. Это касается в том числе заключённых ТГГНК-людей, нелегальных мигрантов, а также людей, живущих на территориях, где подобные изменения в документах запрещены (Spade, 2006). Строгие критерии, которым трансгендерный человек должен соответствовать, чтобы сменить документы, предполагают, что все трансгендер-

⁶ В Российской Федерации не существует отдельного законодательства, защищающего трансгендерных людей от дискриминации. Общее законодательство даёт некоторые возможности защиты своих прав, однако вероятность того, что с его помощью можно будет добиться справедливости, крайне мала.

ные люди имеют примерно одинаковый опыт и одинаковые потребности⁷. Таким образом, многие ТГГНК-люди, особенно те, кто не совершил или не планирует совершать медицинский переход, оказываются исключены из важных общественных процессов. В результате они могут не иметь доступа к трудоустройству⁸, образованию, жилью, социальному пособию, здравоохранению, а также базовым средствам управления ресурсами (например, открытие счёта в банке), что влияет на их социальное и психологическое благополучие.

Применение. Психологам рекомендуется продвигать практики, снижающие системный негативный эффект на ТГГНК-людей и способствующие позитивным общественным изменениям. Психологи могут учиться замечать, в каких сферах общественной жизни ТГГНК-люди могут сталкиваться с насилием (дискриминацию в сферах образования, трудоустройства и жилья; отсутствие доступа к здравоохранению; неравный доступ к жизненно важным ресурсам) и стараться по мере возможности содействовать социальным изменениям в этих сферах (ACA, 2010). Повсеместные барьеры, неравное обращение, вынужденное раскрытие частной или конфиденциальной информации о своих телах и жизнях — факторы стресса, с которыми сталкиваются многие ТГГНК-люди (Hendricks & Testa, 2012). Чтобы получить нужные документы, удостоверяющие личность, ТГГНК-людям может быть необходимо обращаться в суд, предоставлять доказательства проведённых операций, справки о прохождении психотерапии и постановке психиатрического диагноза. Психологи могут помогать ТГГНК-людям, нормализуя их реакции утомления и травматизации, возникающие при взаимодействии с судебной системой, а также помогать ТГГНК-людям находить альтернативные способы защиты своих прав.

7 До недавнего времени в Российской Федерации, чтобы сменить документы, требовалось начать гормональную терапию и/или сделать одну или несколько хирургических операций. Сейчас для смены документов требуется только справка от медицинской комиссии, состоящей из психиатра, сексолога и клинического психолога, поэтому формально для смены документов не нужны никакие медицинские вмешательства. Тем не менее, достаточно часто члены комиссии продолжают действовать в патологизирующем дискурсе и не предоставляют желаемой справки, если у трансгендерного человека нет твёрдого намерения начать гормональную терапию и сделать операции. Необходимость и степень вмешательств зависит от ситуации в конкретном регионе и от конкретной комиссии.

8 В России единственный документ, который невозможно поменять после смены свидетельства о рождении — трудовая книжка, в которой зачёркивается старое имя и сверху пишется новое, что дополнительно осложняет доступ к трудоустройству даже для тех трансгендерных людей, которые и поменяли документы, и совершили медицинский переход.

Когда ТГГНК-люди чувствуют, что защищать себя небезопасно, психологи вместе с клиентами могут работать над получением доступа к ресурсам.

Психологам рекомендуется принимать во внимание сложности, связанные со сменой документов. Получение документов, отражающих гендерную идентичность человека, как и отказ в таких документах, может влиять на социальное и психологическое благополучие, на возможность получить образование и устроиться на работу, найти безопасное жильё, получить доступ к социальным услугам, взять кредит, купить страховку. Психолог, понимающий и предоставляющий информацию о процессе смены официального имени и гендерного маркера, может существенно помочь.

Психологи могут вовлекаться в деятельность организации, занимающейся поддержкой и защитой прав ТГГНК-людей. Психологи могут на местном, региональном или национальном уровнях развивать доступность ТГГНК-аффирмативного здравоохранения, защиты прав заключённых в тюрьмах с разделением по гендерному признаку или содействовать улучшению практики по смене документов. Психологи, работающие в больницах, также могут расширить свою роль и выступать в качестве защитников интересов ТГГНК-людей (Gonzalez & McNulty, 2010). Психологам рекомендуется предоставлять ТГГНК-людям письменные подтверждения их гендерной идентичности, чтобы те имели доступ к необходимым медицинским услугам (например, ЗГТ).

Возрастные особенности

Рекомендация 8. Психологам, работающим с ТГГНК-подростками и подростками в гендерном поиске, важно понимать, что дети и подростки имеют разные потребности в развитии, а также что не все подростки останутся трансгендерными или гендерно-неконформными во взрослом возрасте¹.

Обоснование. Многие дети развивают стабильную (постоянную во времени) гендерную идентичность между тремя и четырьмя годами (Kohlberg, 1966), хотя неизменность (признание, что гендер остаётся одним и тем же в разных ситуациях) часто не появляется до четырёх-семи лет (Siegal & Robinson, 1987). Дети, демонстрирующие гендерную неконформность в дошкольном возрасте и в возрасте начальной школы, могут перестать проявлять её в более позднем возрасте (Zucker & Bradley, 1995). Существующие исследования говорят о том, что от 12 % до 50 % детей с диагнозом «гендерная дисфория» могут продолжить идентифицироваться с гендером, отличным от пола, приписанного при рождении, до позднего подросткового и раннего взрослого возраста (Drummond, Bradley, Peterson-Badaali, & Zucker, 2008; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Тем не менее несколько исследований включили в число «отказников» (тех, кто вернулись к идентичности, соответствующей полу, приписанному при рождении) от 30 % до 62 % подростков, которые не возвращаются к врачам для медицинских вмешательств после первичной диагностики, и чья гендерная идентичность неизвестна (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008a). В результате существует серьёзная вероятность того, что эти исследования искажают данные о количестве подростков, которые с возрастом перестают проявлять себя как трансгендерные или гендерно-неконформные. Исследования предполагают, что дети, которые более интенсивно идентифицируют себя с гендером, отличным от приписанного при рождении пола, с большей вероятностью будут идентифицировать себя так же в подростковом возрасте (Steensma et al., 2013). Также предполагается, что если гендерная дисфория сохраняется на протяжении детства и становится более интенсивной в подростковом возрасте,

1 См. прим. 4 стр. 25

то вероятность сохранить эту идентичность во взрослом возрасте растёт (A. L. de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2011; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008b). Дети, подвергающие свой гендер сомнению менее интенсивно, в дальнейшем скорее будут идентифицировать себя как геи или лесбиянки, нежели те дети, которые никогда не сомневались в своём гендере (Bailey & Zucker, 1995; Drescher, 2014; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

В литературе существует чёткое различие между помощью ТГГНК-детям и детям в гендерном поиске с одной стороны, и подросткам — с другой. Из-за имеющихся свидетельств того, что не все дети сохраняют ТГГНК-идентичность в подростковом и взрослом возрасте, а также ввиду того, что ни один из подходов к работе с ТГГНК-детьми не был адекватно эмпирически подтверждён, не существует консенсуса о том, какие практики являются лучшими в работе с детьми препубертатного возраста. Это связано с тем, что не существует однозначного понимания, какой результат был бы лучшим для ТГГНК-подростков и подростков в гендерном поиске (Hembree et al., 2009). Существуют два различных подхода к гендерной идентичности у детей (Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Wallace & Russell, 2013), причём некоторые авторы дополнительно разделяют один из них и предлагают три подхода (Byne et al., 2012; Drescher, 2014; Stein, 2012).

Один подход поощряет принятие той гендерной идентичности, которую выражает ребёнок. Этот подход может включать помощь в социальном переходе², а также помощь на первых стадиях медицинского перехода в тот период, когда тело ребёнка уже физически развито. В рамках этого подхода гендерной идентичности ребёнка позволяют развиваться без определённых ожиданий (A. L. de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Edwards-Leeper & Spack, 2012; Ehrensaft, 2012; Hidalgo et al., 2013; Tishelman et al., 2015). Врачи, использующие этот подход, считают, что принятие идентичности поможет детям развить копинговые стратегии и эмоциональные инструменты, с помощью которых они смогут развить позитивную ТГГНК-идентичность в будущем, если это будет нужно (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

В рамках второго подхода поощряется принятие тела в том виде, в каком оно есть, и соответствие приписанным гендерным ролям. В этом

2 Каминг-аут, изменение гендерного выражения, социализация в предпочитаемом гендере.

подходе поведение и установки, соответствующие полу, приписанному при рождении, одобряются и поддерживаются до наступления пубертата (Zucker, 2008a; Zucker, Wood, Singh, & Bradley, 2012). Специалисты, использующие этот подход, считают, что множественные медицинские вмешательства и жизнь ТГГНК-персоны в мире, стигматизирующем гендерную неконформность — менее желанный результат, чем тот, в котором ребёнку можно помочь комфортно жить в гендере, приписанном при рождении (Zucker et al., 2012). Не существует консенсуса в том, ведёт этот подход к пользе (Zucker, 2008a; Zucker et al., 2012) или вреду и психосоциальному неблагополучию (Hill et al., 2010; Pyne, 2014; Travers et al., 2012; Wallace & Russell, 2013). «Всемирная профессиональная организация трансгендерного здоровья» (WPATH), говоря о проблемах психологических вмешательств для детей и подростков, считает неэтичными вмешательства, «направленные на изменение гендерной идентичности и гендерного самовыражения в сторону, более соответствующую полу, приписанному при рождении» (Coleman et al., 2012, p. 175). Есть надежда, что будущие исследования помогут создать лучшие рекомендации по практике в этой сфере (Adelson & AACAP CQI, 2012; Malpas, 2011).

В отношении подростков согласия куда больше. У подростков, сталкивающихся с проблемами в области гендерной идентичности, есть особый набор сложностей. В частности, у них может быть поздняя (постпубертатная) презентация гендерно-неконформной идентичности, без истории неконформности гендерной роли или сомнений в гендере в детстве (Edwards-Leeper & Spack, 2012). У многих подростков, сомневающихся в своём гендере, есть и сопутствующие психологические проблемы — суицидальные мысли, самоповреждающее поведение (Liu & Mustanski, 2012; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010), злоупотребление наркотиками и алкоголем (Garofalo et al., 2006), а также расстройства аутистического спектра (A. L. de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010; Jones et al., 2012). Всё это усложняет клиническую картину. Кроме того, подростки могут быть полностью сфокусированы на немедленных желаниях. Это выражается в открытых проявлениях фрустрации и недовольства в ситуациях, когда происходит какая-то задержка в получении лечения, которого они хотят и которое, как им кажется, им необходимо (Angello, 2013; Edwards-Leeper & Spack, 2012). Из-за такой интенсивной сфокусированности на неотложных потребностях бывает сложно оценить то, насколько подростки с когнитивной и эмоциональной

точек зрения в состоянии принимать жизнеизменяющие решения: менять гендерный маркер или имя в документах, начинать гормональную терапию (что может сказаться на фертильности) или делать операции.

Тем не менее консенсус состоит в том, что подход к поддержке подростков должен основываться на принятии их гендерной идентичности (Coleman et al., 2012). Варианты помощи подросткам не ограничиваются социальными подходами и могут включать медицинские. Одно из медицинских вмешательств — использование подавляющих пубертат медикаментов или блокаторов (аналог ГнРГ³). Это обратимое медицинское вмешательство, используемое, чтобы затормозить наступление пубертата для подростков, у которых при обследовании была надлежащим образом установлена гендерная дисфория (Coleman et al., 2012; A. L. C. de Vries et al., 2014; Edwards-Leeper, & Spack, 2012). В определённом возрасте подросткам могут стать доступны и другие медицинские вмешательства. С психологами часто консультируются о том, насколько нужно прибегать к этим процедурам (Coleman et al., 2012).

Применение. Психологам, работающим с ТГГНК-подростками и подростками в гендерном поиске, рекомендуется регулярно знакомиться с современной литературой по этому вопросу, признавая, тем не менее, ограниченность доступных исследований о потенциальных рисках и перспективах разных подходов к работе с детьми и подростками. Психологам рекомендуется предоставлять родителям и опекунам полную информацию о возможных подходах к лечению, вне зависимости от того, какой из них психолог выбирает. Психологам рекомендуется, когда это возможно, предоставлять психологические услуги ТГГНК-детям и подросткам, а также детям и подросткам в гендерном поиске, основываясь на эмпирически обоснованной литературе, признавая, что ценности и взгляды психологов могут влиять на то, какой подход выбирается (Ehrbar & Gorton, 2010). Психологам также рекомендуется признавать, что то, что ребёнок и/или родители ищут в терапевтических отношениях, может не сочетаться с выбранным подходом (Brill & Pepper, 2008). В тех случаях, когда ребёнок и/или родители предпочитают другой результат лечения, чем специалист, может быть неуместно продолжать работать с ребёнком и его семьёй. В таком случае можно рассмотреть альтернативы, включая перенаправ-

ление к другому специалисту. Психологи также могут столкнуться с семейными системами, в которых ребёнок и ответственные за него взрослые имеют разные исходы (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Психологам рекомендуется с вниманием относиться к личным ценностям и убеждениям о развитии гендерной идентичности и сочетать их с существующими исследованиями. Все решения всегда должны приниматься исходя из интересов ребёнка или подростка.

Поскольку гендерная неконформность может быть временным явлением, особенно для маленьких детей, роль психолога может ограничиться поддержкой детей и их семей в процессе самоизучения и самоопределения (Ehrensaft, 2012). Кроме того, психологи могут предоставить родителям информацию о возможных вариантах развития гендерной идентичности ребёнка в будущем. Это может включать информацию о возможных медицинских вмешательствах для подростков, сохраняющих ТГГНК-идентичность (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

Психологам, работающим с подростками, нужно иметь в виду, что не все ТГГНК-подростки или их родители могут рассказать «убедительную» историю гендерной неконформности или гендерной дисфории в детстве (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Некоторые из этих подростков могли скрывать чувство гендерной неконформности из страха отвержения, из смущения, из-за того, что путали гендерную идентичность и сексуальную ориентацию, а также из-за отсутствия информации о трансгендерных идентичностях. Родителям таких подростков может быть нужна дополнительная помощь в том, чтобы понять и поддержать своих детей, учитывая, что поздно возникшая гендерная дисфория у ребёнка может стать для родителей огромной неожиданностью. В таких случаях рекомендуется действовать медленно и с осторожностью (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Учитывая, что подростки часто концентрируются на краткосрочных потребностях, а на барьеры и задержки реагируют остро, психологам рекомендуется валидировать их обеспокоенность и желание пройти процесс быстро, при этом подходя к лечению вдумчиво и осмотрительно. Подросткам и их семьям может быть нужна поддержка в том, чтобы справляться с двойственностью и неустойчивостью гендерной идентичности и её развития (Brill & Pepper, 2008). Психологам не рекомендуется заранее предполагать исход этого процесса.

В случае подростков, у которых гендерная неконформность проявля-

ется давно, психологи могут информировать родителей о том, что гендерная идентичность подростка скорее всего стабильна (A. L. de Vries et al., 2011). Клинические потребности этих подростков могут отличаться от потребностей тех, кто находится в начальных фазах исследования своей гендерной идентичности или сомнений в ней. Психологам рекомендуется провести общую оценку и убедиться в том, что и подросток, и семья готовы двигаться вперёд. При этом следует избегать ненужных задержек для тех, кто готов к этому движению.

Психологам, работающим с ТГГНК-подростками и подростками в гендерном поиске, рекомендуется узнать, какие медицинские вмешательства доступны подросткам (блокаторы или гормональная терапия) и работать совместно с медицинскими специалистами, чтобы обеспечить необходимое лечение для клиентов. Психологи часто играют ключевую роль в этом процессе, поскольку медицинские вмешательства в случае ТГГНК-людей тесно связаны с психосоциальной сферой. Кроме того, психологическое сопровождение может быть обязательной частью курса лечения (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009).

Психологи могут поощрять родителей и опекунов в том, чтобы активно вовлекать подростков в принятие решений об образовании, здоровье и отношениях со сверстниками там, где это уместно с точки зрения развития, поскольку эти сферы связаны с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением детей и подростков (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Психологам также рекомендуется узнавать о плюсах и минусах социального перехода в детстве и подростковом возрасте и обсуждать эти факторы и с клиентами — детьми и подростками, — и с родителями клиентов. Очень важно настаивать на важности того, что у ребёнка должна быть свобода как вернуться к гендерной идентичности, соответствующей полу, приписанному при рождении, так и прийти к другой гендерной идентичности. Это особенно значимо в свете исследований, которые говорят о том, что не все гендерно-неконформные дети будут в итоге выражать гендерную идентичность, отличную от приписанного при рождении пола (Wallien, & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Психологам рекомендуется признавать и исследовать страх и ношу ответственности, которые могут чувствовать родители и опекуны, когда они принимают решения о здоровье своего ребёнка (Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006). Родителям и опекунам может принести пользу

поддерживающая среда, в которой они смогут обсудить чувство изоляции, столкнуться с чувствами потери и горя, которые они могут переживать, выразить гнев и фрустрацию на системы, которые не уважают или дискриминируют их и их детей, а также научиться тому, как говорить с другими о гендерной идентичности или гендерном самовыражении их детей (Brill & Pepper, 2008).

Рекомендация 9. Важно понимать особенности вызовов, с которыми сталкиваются ТГГНК-люди старшего возраста, а также то, какие механизмы устойчивости они могут выработать.

Обоснование. ТГГНК-людям старшего возраста посвящено мало исследований. Об этой стадии жизни ТГГНК-людей ещё многое только предстоит узнать (Auldrige, Tamar-Mattis, Kennedy, Ames, & Tobin, 2012). Возраст, в котором человек начинает идентифицировать себя как ТГГНК, равно как и возраст, в котором человек совершает каминг-аут или делает социальный и/или медицинский переход, влияет на то, насколько его или её поведение соответствует моделям поведения и ожиданиям от гендерной роли, основанной на акушерском поле (Birren & Schaie, 2006; Bockting & Coleman, 2007; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010; Nuttbrock et al., 2010; Wahl, Iwarsson, & Oswald, 2012). Также на это влияет поколенческая когорта, к которой принадлежит ТГГНК-человек (e. g., 1950 vs. 2010; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Даже спустя десятки лет после медицинского или социального перехода ТГГНК-люди старшего возраста всё ещё могут следовать господствующим ожиданиям от гендерных ролей, которые существовали в момент их перехода (Knochel, Croghan, Moore, & Quam, 2011). До 1980-х врачи настоятельно рекомендовали ТГГНК-людям, совершавшим переход, стремиться выглядеть и вести себя как цисгендерные гетеросексуальные люди и избегать контактов с другими ТГГНК-людьми (Benjamin, 1966; R. Green & Money, 1969; Hastings, 1974; Hastings & Markland, 1978). Даже те ТГГНК-люди старшего возраста, которым было комфортно рассказывать другим о своей ТГГНК-идентичности, когда они были моложе, могут предпочитать не раскрывать её на более поздних стадиях жизни (Ekins & King, 2005; Ippolito & Witten, 2014). Нежелание людей старшего возраста раскрывать свой трансгендерный статус может повлечь за собой чувство физической уязвимости или повышенную зависимость от тех, кто может дискриминировать их или плохо к ним относиться из-за их трансгендерности (Bockting & Coleman, 2007). Это особенно релевантно для людей, живущих в специализированных учреждениях (например, домах престарелых), или зависящих от других в повседневных нуждах (Auldrige et al., 2012). У пожилых ТГГНК-людей повышен риск депрессии, суицидальных идей и одиночества в сравнении с ЛГБ старшего возраста

(Auldridge et al., 2012; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Исследование «Трансгендерного юридического центра» показало, что пожилые ТГГНК и ЛГБ-люди находятся в менее финансово благополучном состоянии, чем более молодые когорты, несмотря на то, что уровень образования в этой когорте выше среднего в сравнении с основной популяцией (Hartzell, Frazer, Wertz, & Davis, 2009). Исследование также показало, что ТГГНК-люди старшего возраста часто вынуждены выполнять работу, не соответствующую их квалификации, или бывают временно нетрудоустроены из-за дискриминации (Auldridge et al., 2012; Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007). В прошлом некоторым ТГГНК-людям со сложившейся карьерой рекомендовали искать новую работу или новый карьерный путь, чтобы не совершать переход на работе или чтобы их не идентифицировали как ТГГНК, потому что это могло привести к снижению заработка или потере профессиональной идентичности (CookDaniels, 2006). Препятствия в области трудоустройства могут ухудшить экономическое положение людей, а это, в свою очередь, повысит нужду в услугах социальной поддержки (National Center for Transgender Equality, 2012; Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality, 2012).

ТГГНК-люди старшего возраста могут столкнуться с препятствиями в доступе к ресурсам, которые поддерживают их физическое, финансовое или эмоциональное благополучие. К примеру, они могут не хотеть обращаться за услугами социального обеспечения из страха, что об их ТГГНК-идентичности узнают (Hartzell et al., 2009). ТГГНК-люди старшего возраста чаще трансгендерных людей могут избегать лечения, что увеличивает вероятность того, что в будущем им потребуется ещё больше лечения (например, домашнее лечение, проживание с сопровождением или дом престарелых; Hartzell et al., 2009; Ippolito & Witten, 2014; Mikalson et al., 2012). Персонал домов престарелых и организаций проживания с сопровождением редко знает об особых медицинских потребностях ТГГНК-людей старшего возраста (National Senior Citizens Law Center, 2011). Некоторые ТГГНК-персоны, попадающие в подобные организации, могут захотеть совершить обратный переход⁴, чтобы избежать дискриминации и преследований со стороны других жителей и персонала (Ippolito & Witten, 2014).

4 То есть, максимально вернуться к гендерной роли, соответствующей полу, приписанному при рождении.

Возраст может как облегчить, так и усложнить медицинские процедуры, связанные с переходом. ТГГНК-люди, начинающие гормональную терапию на поздних стадиях жизни, могут легче пережить переход, поскольку в ходе естественного процесса старения уровень половых гормонов снижается (Witten & Eyler, 2012). Возраст также может влиять на решения об операциях, особенно при наличии болезней, увеличивающих риски при восстановлении от операции.

О механизмах устойчивости у людей старшего возраста, переживших травму, было написано много (Fuhrmann & Shevlowitz, 2006; Hardy, Concato, & Gill, 2004; Mlinac, Sheeran, Blissmer, Lees, & Martins, 2011; Rodin & Stewart, 2012). Хотя некоторые ТГГНК-люди старшего возраста пережили серьёзную психологическую травму, связанную с их гендерной идентичностью, некоторые из них развили эффективные механизмы устойчивости и копинговые механизмы (Fruhauf & Orel, 2015). Несмотря на то, что во многих местах практически нет ЛГБТ-аффирмативных религиозных организаций, ТГГНК-люди используют этот ресурс с большей выгодой для себя, чем цисгендерные люди этого возраста (Porter et al., 2013).

Применение. Психологам рекомендуется искать информацию о биопсихосоциальных потребностях ТГГНК-людей старшего возраста, чтобы понять конкретный случай и создать план сопровождения клиента, направленный на решение психологических, социальных и медицинских проблем. Многие ТГГНК-люди социально изолированы. Изоляция может произойти в результате потери системы социальных связей из-за смертей или из-за раскрытия ТГГНК-идентичности. Психологи могут помогать ТГГНК-людям старшего возраста создавать новые системы социальных связей, в которых ТГГНК-идентичность поддерживается и ценится. Одновременно с этим можно усиливать существующие системы семьи и друзей с учётом ТГГНК-идентичности. ТГГНК-люди старшего возраста могут особенно ценить отношения с другими людьми из их поколенческой когорты, у которых есть похожий опыт каминг-аута. Психологи могут рекомендовать ТГГНК-людям старшего возраста понять, что они могут дать более молодым поколениям ТГГНК-людей, как могут укрепить их. Это создаёт у ТГГНК-людей старшего возраста чувство генеративности⁵

5 Интерес к следующему поколению и его воспитанию, проявляемый в продуктивности и социальности в различных сферах жизни людей старшего возраста.

(Erikson, 1968) и вовлечённости, а также помогает выстроить новые поддерживающие отношения. Психологи, работающие с ТГГНК-людьми старшего возраста, могут помочь им понять источники их устойчивости, поощрять их желание вовлечься в жизнь сообщества и вести в нём активную деятельность (Fuhrmann & Craffey, 2014).

Тем ТГГНК-людям старшего возраста, которые выбрали не раскрывать свою гендерную идентичность, психологи могут помочь столкнуться с чувством стыда, вины, интернализированной трансфобии, валидировать их свободу выбора в том, как и кому открываться. Консультанты также могут валидировать и проявить эмпатию к ТГГНК-людям старшего возраста, которые выбрали модель перехода, в которой гендерная идентичность не раскрывается никому, и которая сосредоточена на том, чтобы соответствовать цисгендерным моделям.

ТГГНК-люди, решившие совершить медицинский или социальный переход в позднем взрослом возрасте, могут сталкиваться с трансфобными предрассудками со стороны людей, которые сомневаются в ценности перехода в позднем возрасте или верят, что пожилые люди на самом деле не стремятся к переходу или не обладают ТГГНК-идентичностью из-за того, сколько они ждали (Auldridge et al., 2012). Некоторые ТГГНК-люди старшего возраста могут горевать о потерянном времени и возможностях. Психологи могут валидировать их выбор сделать каминг-аут, переход, развить гендерную идентичность или гендерное самовыражение в любом возрасте, признавая, что такой выбор мог быть куда менее доступен или реалистичен на ранних стадиях жизни ТГГНК-людей.

Психологи могут помогать организациям совместного проживания, проживания с сопровождением и т. д. улучшить систему, чтобы соответствовать потребностям ТГГНК-людей. Они могут учить уважительному общению, способам принятия чужой гендерной идентичности и гендерного самовыражения. Психологи могут работать с ТГГНК-людьми в хосписах и разрабатывать план на конец жизни, который уважает желания людей о том, раскрывать или нет их гендерную идентичность во время и после смерти.

Оценка, терапия, вмешательство

Рекомендация 10. Психологам важно понимать, как проблемы в области психического здоровья могут быть как связаны, так и не связаны с гендерной идентичностью ТГГНК-человека, а также понимать психологические эффекты стресса меньшинства¹.

Обоснование. ТГГНК-люди могут обращаться за помощью к психологам из-за вопросов, связанных с гендером, из-за других проблем, связанных с психическим здоровьем, или из-за того и другого. Проблемы с психическим здоровьем у ТГГНК-людей могут быть как связаны, так и не связаны с гендерной идентичностью. Они могут усложнить диагностику и вмешательство, связанные с гендерными вопросами. В некоторых случаях между гендерной идентичностью человека и сопутствующими состояниями (например, депрессией, ПТСР, зависимостью) может не быть связи. В других случаях специфический опыт, связанный именно с трансгендерностью или гендерной неконформностью, может способствовать или приводить к развитию сопутствующих состояний, связанных с психическим здоровьем. Эти состояния могут быть прямым результатом гендерной дисфории или же быть косвенно вызваны стрессом меньшинства и угнетением (Hendricks & Testa, 2012; I. H. Meyer, 1995, 2003). В очень редких случаях сопутствующие состояния могут мимикрировать под гендерную дисфорию (имеются в виду психотические процессы, искажающие восприятие гендера (Baltieri & De Andrade, 2009; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2004)).

Вне зависимости от наличия этиологической связи, гендерная идентичность может влиять на то, как ТГГНК-человек переживает сопутствующие состояния, связанные с психическим здоровьем. Кроме того, гендерное самовыражение или гендерная идентичность ТГГНК-человека могут усложнить сопутствующие состояния. К примеру, гендерное самовыражение ТГГНК-человека может влиять на расстройства пищевого

1 Стресс меньшинства — форма социального стресса, которому подвержены индивиды и сообщества вследствие их принадлежности к стигматизированным группам, в отношении которых существуют предрассудки и дискриминация. В результате жизни в стрессовой социальной среде люди, принадлежащие к стигматизированным группам, испытывают больше проблем со здоровьем в отличие от людей, которые не относятся к группам меньшинств.

поведения (человек может строго ограничивать себя в питании, чтобы изменить форму тела или остановить менструации; таким образом, расстройство пищевого поведения может быть связано с гендерной идентичностью или гендерной дисфорией; Ålgars, Alanko, Santtila, & Sandnabba, 2012; Murray, Boon, & Touyz, 2013). Кроме того, человеку с расстройством аутистического спектра может быть сложнее определить или понять свою гендерную идентичность (Jones et al., 2012). В случаях, когда гендерная дисфория усиливает другие проблемы, связанные с психическим здоровьем, лечение гендерной дисфории может помочь справиться и с другими проблемами (Keo-Meier et al., 2015).

Между состояниями, связанными с психическим здоровьем, и психологическими осложнениями, вызванными стрессом меньшинства ТГГНК-людей, тоже есть связь. Учитывая, что ТГГНК-люди сталкиваются с физическим и сексуальным насилием (ClementsNolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi, Wilchins, Priesing, & Malouf, 2001; Xavier et al., 2005), агрессией и дискриминацией в целом (Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007), а также дискриминацией в сферах трудоустройства и жилья (Bradford et al., 2007), они с большой вероятностью испытывают стресс меньшинства существенного уровня. Исследования показали, что уровень психологических последствий, связанных со стрессом меньшинства, непропорционально высок в ТГГНК-сообществе. Эти последствия включают суицидальные мысли, попытки суицида (Center for Substance Abuse Treatment, 2012; ClementsNolle et al., 2006; Cochran & Cauce, 2006; Nuttbrock et al., 2010; Xavier et al., 2005) и завершённые самоубийства (Dhejne et al., 2011; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). Недавние исследования начали показывать взаимосвязь между внешними источниками стресса и психологическим дистрессом (Bockting et al., 2013; Nuttbrock et al., 2010), в том числе суицидальными мыслями, попытками самоубийства и самоповреждающим поведением (Dickey, Reisner, & Juntunen, 2015; Goldblum et al., 2012; Testa et al., 2012).

Модель стресса меньшинства учитывает как негативные эффекты стресса, связанного со стигмой, так и то, как члены группы вырабатывают устойчивость и сопротивляемость негативным эффектам стресса (I. H. Meyer, 1995, 2003). Хотя модель стресса меньшинства была разработана как теория, объясняющая связь между сексуальной ориентацией и ментальными расстройствами, она была также адаптирована

для ТГГНК-популяций (Hendricks & Testa, 2012).

Применение. Из-за того, что из-за стресса у ТГГНК-людей повышен риск развития других состояний, связанных с психическим здоровьем, психологам при работе с ТГГНК-людьми рекомендуется провести осторожную диагностическую оценку, включающую дифференциальную диагностику (Coleman et al., 2012). Эффекты психических расстройств существуют в сложной взаимозависимости с гендерной идентичностью и самовыражением. Психологам рекомендуется не игнорировать проблемы ТГГНК-людей, связанные с психическим здоровьем. В то же время не стоит предполагать, что эти проблемы обязательно являются прямым следствием гендерной идентичности или гендерного самовыражения человека. Психологам следует с осторожностью делать выводы о том, что гендерная неконформность или дисфория являются результатом скрытого психотического процесса, поскольку такая причинно-следственная связь встречается крайне редко.

ТГГНК-людям, совершающим медицинский переход, требуется обратиться к специалисту в области психического здоровья и пройти психосоциальную оценку. Только после этого они могут получить доступ к необходимым медицинским и юридическим процедурам. (Coleman et al., 2012). Полная и сбалансированная оценка часто требует не только информации о предыдущем опыте столкновения с трансфобией или дискриминацией, об интернализированных представлениях, связанных с этим опытом, или об ожидании виктимизации и отвержения в будущем (Coolhart, Provancher, Hager, & Wang, 2008), но и копинговых стратегий и источников психологической устойчивости (Hendricks & Testa, 2012; Singh et al., 2011). Необходимо собирать информацию о негативных событиях, непосредственно связанных с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением ТГГНК-персоны. Это может помочь психологу понять, что является последствиями стресса и дискриминации, а что является сопутствующими проблемами в области психического здоровья, не связанными со стрессом и дискриминацией. Точно так же, если первичный запрос ТГГНК-персоны не связан с гендером, общая оценка включает информацию об опыте, связанном с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением, в том числе опыт дискриминации, а также оценку других возможных историй травмы, медицинские проблемы, предыдущий опыт со специалистами

помогающих профессий, цели на будущее и важные аспекты идентичности. Стратегии, которые ТГГНК-человек использует, чтобы справляться с трансфобной дискриминацией, могут быть как источниками силы, которые помогают преодолевать жизненные трудности, так и источниками дистресса, которые увеличивают количество трудностей и барьеров.

Психологам нужно помогать ТГГНК-людям понять, что стресс меньшинства и дискриминация могут оказывать на их жизни значительное влияние, что они могут вызывать интернализированные негативные установки о ТГГНК-идентичности и о себе (Hendricks & Testa, 2012). С такой поддержкой клиенты могут лучше понять причины симптоматики, связанной с психическим здоровьем, а также нормализовать свои реакции при столкновениях с неравенством и дискриминацией. Модель стресса меньшинств также помогает определить потенциальные значимые источники психологической устойчивости. ТГГНК-люди могут развить психологическую устойчивость, общаясь с другими ТГГНК-людьми, которые могут предоставить информацию о том, как справляться с трансфобными предубеждениями и находить доступ к необходимым услугам и ресурсам (Singh et al., 2011). ТГГНК-людям может быть нужна помощь с развитием тех систем социальной поддержки, в которых они могли бы улучшить психологическую сопротивляемость и научиться справляться с разрушительными эффектами трансфобных предубеждений и дискриминации (Singh & McKleroy, 2011).

Феминизирующая или маскулинизирующая гормональная терапия может сказаться на расстройствах настроения (Coleman et al., 2012). Психологи могут помогать также тем ТГГНК-людям, которые находятся на начальных стадиях гормональной терапии, адаптироваться к нормальным изменениям их переживания эмоций. К примеру, трансгендерные женщины, которые начинают принимать эстрогены и антиандрогены, могут переживать более широкий спектр эмоций, чем тот, что для них привычен. Трансгендерные мужчины, начинающие принимать тестостерон, могут столкнуться с необходимостью адаптироваться к повышенному либидо и повышенной эмоциональной реактивности в стрессовых ситуациях. Эти изменения можно нормализовать по тем же схемам, что и эмоциональные изменения, которые цисгендерные женщины и мужчины переживают во время пубертата. Некоторые ТГГНК-люди смогут адаптировать уже существующие копинг-стратегии, в то время как другим может потребоваться

помощь в выработке дополнительных навыков (например, регуляции эмоций или ассертивности). Читая этот текст рекомендуется обращаться к Международным стандартам помощи трансгендерным людям, разработанным Всемирной профессиональной ассоциацией трансгендерного здоровья², для того, чтобы понимать, какие эффекты гормональная терапия может оказывать на настроение, аффект и поведение ТГГНК-людей (Coleman et al., 2012).

2 <http://t-action-team.org/wp-content/uploads/2018/09/Standarts-of-Care-2018.pdf>

Рекомендация 11. Важно признавать, что ТГГНК-люди с большей вероятностью придут к лучшему качеству жизни, если они будут получать социальную поддержку и транс-аффирмативную помощь.

Обоснование. Первичные исследования показали, что доступ к ТГГНК-аффирмативным медицинским и психологическим услугам (имеются в виду психотерапия, гормональные препараты, хирургические операции) чаще приводит к позитивным результатам (Byne et al., 2012; R. Carroll, 1999; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal, & Gooren, 2008; Davis & Meier, 2014; De Cuypere et al., 2006; Gooren, Giltay, & Bunck, 2008; Kuhn et al., 2009). Тем не менее размеры выборки в этих исследованиях часто слишком малы, а исследований популяции не существует. В метааналитической литературе по ЗГТ у ТГГНК-взрослых и подростков исследователи сообщают о том, что у 80 % участников, получающих транс-аффирмативную помощь, увеличилось качество жизни, снизилась гендерная дисфория и уменьшилось количество негативных психологических симптомов (Murad et al., 2010).

Кроме того, ТГГНК-люди, которых окружающие поддерживают в вопросах, связанных с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением, часто имеют более высокое качество жизни (Brill & Pepper, 2008; Pinto, Melendez, & Spector, 2008). Несколько исследований показали, что принятие ТГГНК-подростков и взрослых в семьях уменьшает количество негативных исходов — депрессии, суицидов, рискованного поведения, связанного с ВИЧ и другими инфекциями (Bockting et al., 2013; Dhejne et al., 2011; Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012; Ryan, 2009). Поддержка со стороны семьи также является сильным защитным фактором для ТГГНК-взрослых и подростков (Bockting et al., 2013; Moody & Smith, 2013; Ryan et al., 2010). Тем не менее ТГГНК-люди часто сталкиваются с открытой или скрытой трансфобией, дискриминацией и даже насилием со стороны семьи (Bradford et al., 2007). Отвержение со стороны семьи увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией, суицида, тюремного заключения и бездомности для ТГГНК-взрослых и подростков (Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012). Отвержение со стороны семьи и окружающих сильно коррелирует с депрессией (Clements-Nolle et al., 2006; Ryan, 2009). Многие ТГГНК-люди ищут поддержку в отношениях с людьми с тем же опытом, в выбранных семьях и сообществах, в которых их примут с большей

вероятностью (Gonzalez & McNulty, 2010; Nuttbrock et al., 2009). По результатам исследований, равная поддержка со стороны других ТГГНК-людей снижает негативное влияние трансфобии и улучшает психическое здоровье (Bockting et al., 2013). Для некоторых ТГГНК-людей поддержка со стороны религиозных и духовных сообществ становится важным источником психологической устойчивости (Glaser, 2008; Kidd & Witten, 2008; Porter et al., 2013).

Применение. Учитывая наличие убедительных доказательств того, что аффирмативная помощь благоприятно влияет на ТГГНК-людей, психологам рекомендуется облегчать доступ к такой помощи и предоставлять её. Психологи могут играть ключевую роль в валидации и укреплении опыта ТГГНК-взрослых и подростков как через оценку и психотерапию, так и через помощь в доступе к гормональной терапии или операциям. Такая помощь приводит к улучшению качества жизни ТГГНК-людей (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002).

Психологам также нужно понимать важность аффирмативной социальной поддержки и помогать ТГГНК-взрослым и подросткам выстраивать системы, в которых их гендерную идентичность принимают и подтверждают. Психологи могут помогать ТГГНК-людям прорабатывать семейные динамики, которые могут возникнуть в ходе познания и определения гендерной идентичности. В зависимости от контекста психологической практики, этими проблемами можно заниматься в индивидуальной работе с ТГГНК-клиентами, во время совместных сессий, включающих членов системы поддержки, на семейной или групповой терапии. Психологи могут помогать ТГГНК-людям решать, как и когда раскрывать гендерную идентичность на работе или в школе, в религиозных общинах, друзьям и людям в других ситуациях. ТГГНК-люди, выбирающие вообще не делать каминг-аут, могут, тем не менее, получить пользу от ТГГНК-аффирмативных групп взаимоподдержки, в том числе онлайн-групп.

Клиенты могут попросить психологов помочь членам их семьи разобрататься в чувствах относительно гендерной идентичности и гендерного самовыражения клиента. Опубликованные модели семейной адаптации (Emerson & Rosenfeld, 1996) могут быть полезны, чтобы помочь нормализовать реакции семьи на ТГГНК-родственника и уменьшить чувство

изоляции. Члены семьи могут испытывать чувство потери³ или бояться того, что случится с отношениями, если ТГГНК-родственник раскроет свою гендерную идентичность другим. Психологи могут помочь близким адаптироваться к меняющимся отношениям, подумать о том, как говорить с расширенной семьёй, друзьями и другими членами сообщества о ТГГНК-родственнике. Принятию и пониманию могут поспособствовать отсылки на позиции ТГГНК-аффирмативных специалистов, ссылки на образовательные ресурсы и группы поддержки. Психологи, работающие с парами и семьями, также могут помочь ТГГНК-людям понять, как можно включить близких в процесс социального или медицинского перехода.

Психологи, работающие с ТГГНК-людьми в сельской местности, могут дать клиентам ресурсы, которые могут помочь связаться с другими ТГГНК-людьми онлайн, а также предоставить информацию о группах поддержки, где они смогут обсудить уникальные сложности жизни ТГГНК-людей в этих условиях (Walinsky & Whitcomb, 2010). Психологам, работающим с ТГГНК-военными и ветеранами, не стоит забывать об особых барьерах, существующих для таких людей. Особенно это касается служащих в действующей армии (OutServe-Servicemembers Legal Defense Network, n.d.). Психологи могут помогать ТГГНК-военным и ветеранам выстраивать особые системы поддержки, которые создают безопасное и принимающее пространство, снижающее изоляцию, а также создавать системы равной поддержки для людей с общим военным опытом.

3 Каминг-аут трансгендерного человека может вызвать чувство потери у близких из-за ощущения, что того цисгендерного человека, с которым у них были отношения, больше нет или никогда не было.

Рекомендация 12. Важно понимать, какое влияние оказывают изменения в гендерной идентичности и гендерном самовыражении на романтические и сексуальные отношения ТГГНК-людей.

Обоснование. Отношения ТГГНК-людей могут быть как здоровыми и успешными (Kins, Hobeke, Heylens, Rubens, & De Cuypere, 2008; Meier, Sharp, Michonski, Babcock, & Fitzgerald, 2013), так и сложными (Brown, 2007; Iantaffi & Bockting, 2011). Исследование успешных отношений между ТГГНК-мужчинами и цисгендерными женщинами выявило, что эти пары приписывают успех отношений уважению, честности, доверию, любви, пониманию и открытой коммуникации (Kins et al., 2008). Точно так же, как и у цисгендерных людей, в отношениях между ТГГНК-людьми и их партнёрами может присутствовать насилие (Brown, 2007), причём иногда насильственные партнёры угрожают раскрыть идентичность ТГГНК-человека, чтобы контролировать его или её (FORGE, n.d.).

Изначально получить доступ к переходу могли только те ТГГНК-люди, чья сексуальная ориентация была гетеросексуальной после перехода (например, трансгендерная женщина вступает в отношения с цисгендерным мужчиной (Meyerowitz, 2002)). Эти ограничения предписывали только определённых партнёров для отношений (American Psychiatric Association, 1980; Benjamin, 1966; Chivers & Bailey, 2000), а также делали операции недоступными для трансгендерных мужчин, идентифицирующих себя как геи или бисексуалы (Coleman & Bockting, 1988), и для трансгендерных женщин, идентифицирующих себя как лесбиянки или бисексуалки. Кроме того, от людей требовали расторжения⁴ существующего юридического брака, чтобы получить доступ к юридическим и медицинским процедурам (Lev, 2004).

Раскрытие ТГГНК-идентичности может оказать огромное влияние на отношения между ТГГНК-людьми и их партнёрами. Раскрытие ТГГНК-статуса на ранних стадиях отношений часто приводит к стабильным и хорошим отношениям, в то время как сокрытие ТГГНК-статуса в отношениях в течение многих лет может быть воспринято партнёром

⁴ Это связано с вопросом брачного равноправия (равенства гомосексуальных и гетеросексуальных браков на законодательном уровне): в случае, если трансгендерный человек, меняющий гендерный маркер в документе, состоит в браке, то его брак становится гомосексуальным, а это не допускается текущим российским законодательством. В США ситуация изменилась с принятием закона о брачном равноправии. Косвенно на это также может влиять устаревшее представление врачей и психологов о том, что трансгендерные люди всегда гетеросексуальны.

как предательство (Erhardt, 2007). Когда ТГГНК-человек совершает камин-аут в контексте существующих отношений, может быть полезно, если оба партнёра будут принимать решения об использовании общих ресурсов (как сочетать финансовые затраты на переход с другими семейными нуждами и как делиться новостями в общих системах поддержки (с друзьями и семьёй)). Иногда роли в отношениях пересматриваются в контексте камин-аута ТГГНК-человека партнёру или партнёрше (Samons, 2008). Мнения о том, что значит быть «мужем» или «женой» могут измениться вместе с гендерной идентичностью одного из супругов (Erhardt, 2007). В зависимости от того, когда становится известно о гендерных сложностях, а также от того, насколько от этого меняются отношения, партнёры ТГГНК-людей могут горевать о потере некоторых аспектов этих отношений, а также о том, какими они были раньше (Lev, 2004).

Увеличивающееся соответствие между гендерной идентичностью и гендерными самовыражением партнёра — неважно, проявляется это через одежду, поведение или медицинские вмешательства (гормоны, хирургию) — не обязательно влияет на то, к кому испытывает влечение ТГГНК-человек (Coleman et al., 1993). Тем не менее ТГГНК-люди могут начать относиться к собственной сексуальной ориентации более открыто и/или могут переопределить её в процессе перехода (Daskalos, 1998; H. Devor, 1993; Schleifer, 2006). Благодаря тому, что комфорт жизни в собственном теле и с предпочитаемой гендерной идентичностью увеличивается, ТГГНК-люди могут обнаружить аспекты сексуальной ориентации, которые раньше были скрыты от них или чувствовались не соответствующими полу, приписанному при рождении. В процессе медицинского и/или социального перехода сексуальная ориентация ТГГНК-человека может оставаться той же или меняться временно или навсегда (например, переопределение сексуальной ориентации в контексте ТГГНК-идентичности, изменение направленности влечения или выбора сексуальных партнёров, более широкий спектр влечения, изменение сексуальной идентичности (Meier, Sharp et al., 2013; Samons, 2008)). К примеру, трансгендерный мужчина, ранее идентифицировавший себя как лесбиянку, может почувствовать влечение к мужчинам (Coleman et al., 1993; Dickey, Burnes, & Singh, 2012), а трансгендерная женщина, испытывавшая влечение к женщинам до перехода, может продолжить испытывать влечение к женщинам и после него (Lev, 2004).

Некоторые ТГГНК-люди и их партнёры могут бояться, что из-за изменения гендерной идентичности они перестанут сексуально привлекать друг друга. У них могут быть и другие страхи в области отношений, связанные с изменением гендерной идентичности. Партнёрам трансгендерных мужчин, идентифицирующим себя как лесбиянки, может быть сложно иметь отношения с мужчиной, потому что другие будут воспринимать их как гетеросексуальную пару (Califa, 1997). Женщины в гетеросексуальных отношениях, которые узнают, что их партнёры — трансгендерные женщины, обнаруживают себя в гомосексуальных отношениях. Они могут не уметь справляться со стигмой, связанной со статусом сексуального меньшинства, которой они подвергаются, поскольку их считают как лесбийскую пару (Erhardt, 2007). Кроме того, они могут обнаружить, что их больше не привлекают ТГГНК-партнёры после перехода. К примеру, лесбиянка, чей партнёр совершает трансмаскулинный переход, может понять, что больше не испытывает к нему влечения, потому что её не привлекают мужчины. Партнёры ТГГНК-людей также могут переживать горе и потерю, когда их партнёры проходят социальный и/или медицинский переход.

Применение. Психологи могут помогать развивать устойчивость в отношениях, работая с проблемами, специфичными для партнёров ТГГНК-людей. Психологи могут поддерживать партнёров ТГГНК-людей, которые испытывают сложности с развивающейся гендерной идентичностью или переходом или сталкиваются с другими людьми, которым сложно с переходом партнёра. Группы взаимоподдержки для партнёров и партнёрш могут быть особенно полезны для работы с интернализированной трансфобией, стыдом, отвращением и сложностями в отношениях, связанными с переходом партнёра. Встречи или знакомство с другими ТГГНК-людьми, с другими партнёрами ТГГНК-людей, а также с парами, которые успешно пережили переход, также может помочь ТГГНК-людям и их партнёрам и послужить защитным фактором (Brown, 2007). Если ТГГНК-статус раскрывается в существующих отношениях, психологи могут помочь парам разобраться в том, какие динамики в отношениях они хотят сохранить, а какие — изменить.

Работая с психологами, ТГГНК-люди могут разбираться с целым рядом проблем, связанных с отношениями и сексуальностью (Dickey et al., 2012), включая то, как и когда делать камин-аут текущим или потенциальным

романтическим и сексуальным партнёрам/партнёршам, как говорить о сексуальных желаниях, как заново обсуждать интимную близость, которая могла прекратиться во время перехода ТГГнК-партнёра/партнёрши, как адаптироваться к телесным изменениям, вызванным гормонами или операциями, как заново исследовать барьеры, связанные с прикосновениями, проявлениями любви и безопасными сексуальными практиками (Iantaffi & Bockting, 2011; Sevelius, 2009). Во время перехода ТГГнК-люди могут почувствовать большую уверенность в себе в сексуальных ситуациях. Хотя психологи могут помочь партнёрам и партнёршам лучше понять решения ТГГнК-людей, связанные с переходом, ТГГнК-людям также может быть полезно разобраться в том, как их решения влияют на жизни близких.

Рекомендация 13. Психологам важно понимать, какие формы родительства и семей могут быть у ТГГНК-людей.

Обоснование. Психологи работают с проблемами, связанными с родительством и семьёй ТГГНК-людей, на всём протяжении жизни (Kenagy & Hsieh, 2005). Исследования показали, что у многих ТГГНК-людей есть дети или они хотят детей (Wierckx et al., 2012). Некоторые ТГГНК-люди зачинают детей через сексуальные акты, в то время как другие могут усыновлять или удочерять детей, оформлять опеку, обращаться к суррогатному материнству или к вспомогательным репродуктивным технологиям — например, донорству спермы или яйцеклеток, — чтобы создать или расширить семью (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002). На основании тех немногих существующих исследований нельзя сделать вывод, что изменение гендера ТГГНК-родителей оказывает долгосрочный негативный эффект на детей (R. Green, 1978, 1988; White & Ettner, 2004). ТГГНК-людям может быть сложно как найти медицинских специалистов, готовых оказывать услуги, связанные с репродуктивной сферой, так и оплатить эти услуги (Coleman et al., 2012). Точно так же усыновление или удочерение может быть затратным, и многим ТГГНК-людям сложно найти учреждения, занимающиеся усыновлением/удочерением и опекой, которые готовы бы были работать с ними⁵. Использование гормональной терапии в прошлом или настоящем может ограничить фертильность и репродуктивные возможности ТГГНК-человека (Darnery, 2008; Wierckx et al., 2012). У других ТГГНК-людей дети и семьи могут появиться до камин-аута или до начала перехода.

У ТГГНК-людей может возникать целый ряд запросов, связанных с родительством или построением семьи. Некоторым нужна поддержка в том, чтобы решать проблемы в уже существующих семейных системах, некоторым — чтобы разобраться в том, как создать или расширить семью. Некоторым нужно принимать решения, связанные с возможными проблемами с фертильностью из-за гормональной терапии, блокаторов или операций. Медицинский и/или социальный переход может изменить семейную динамику, создать трудности и новые возможности для партнёров,

5 В России открытые трансгендерные люди чаще всего не могут воспользоваться этими услугами; трансгендерные люди, решившиеся на медицинский переход и/или совершившие камин-аут, могут лишиться усыновлённых детей, как произошло в случае Фрэнсиса Эрнст-Штергерта (Савиновских).

детей и других членов семьи. Одно исследование рефлексии терапевтов об опыте работы с ТГГНК-клиентами показывает, что структура семьи и родительские отношения более важны для детей, чем социальный и/или медицинский переход родителя как таковой (White & Ettner, 2004). Хотя исследование не рассматривало, влияет ли переход ТГГНК-людей на их родительские способности, уже существующие партнёрства и браки могут не пережить каминг-аута или следующего за ним перехода (Dickey et al., 2012). Это может привести к разводу или сепарации, что, в свою очередь, может повлиять на детей в семье. Позитивные отношения между родителями, вне зависимости от брачного статуса, могут быть важным защитным фактором для детей (Amato, 2001; White & Ettner, 2007). Этот фактор работает особенно хорошо, если родители напоминают детям о своей любви и уверяют в том, что останутся в их жизни (White & Ettner, 2007). Основываясь на немногих доступных текстах по этому вопросу, можно сказать, что лучше всего воспринимают переход родителя маленькие дети, а следом идут взрослые дети. Сложнее всего с переходом родителей справляются подростки (White & Ettner, 2007). ТГГНК-родители могут лишиться права на ребёнка в ходе развода или сепарации, поскольку некоторые суды предполагают, что существует прямая связь между гендерной идентичностью или гендерным самовыражением и родительскими способностями (Flynn, 2006). Такие предрассудки особенно часто проявляются в отношении цветных ТГГНК-людей (Grant et al., 2011).

У ТГГНК-людей может возникать целый ряд запросов, связанных с родительством или построением семьи. Некоторым нужна поддержка в том, чтобы решать проблемы в уже существующих семейных системах, некоторым — чтобы разобраться, как создать или расширить семью. Некоторым нужно принимать решения, связанные с возможными проблемами с фертильностью из-за гормональной терапии, блокаторов или операций. Медицинский и/или социальный переход может изменить семейную динамику, создать трудности и новые возможности для партнёров, детей и других членов семьи. Одно исследование рефлексии терапевтов об опыте работы с ТГГНК-клиентами показывает, что структура семьи и родительские отношения более важны для детей, чем социальный и/или медицинский переход родителя как таковой (White & Ettner, 2004). Хотя исследование не рассматривало, влияет ли переход ТГГНК-людей на их родительские способности, уже существующие партнёрства и браки могут не пережить каминг-аута или следующего за ним перехода (Dickey et al.,

2012). Это может привести к разводу или сепарации, что, в свою очередь, может повлиять на детей в семье. Позитивные отношения между родителями, вне зависимости от брачного статуса, могут быть важным защитным фактором для детей (Amato, 2001; White & Ettner, 2007). Этот фактор работает особенно хорошо, если родители напоминают детям о своей любви и уверяют в том, что останутся в их жизни (White & Ettner, 2007). Основываясь на немногих доступных текстах по этому вопросу, можно сказать, что лучше всего воспринимают переход родителя маленькие дети, а следом идут взрослые дети. Сложнее всего с переходом родителей справляются подростки (White & Ettner, 2007). ТГГНК-родители могут лишиться права на ребёнка в ходе развода или сепарации, поскольку некоторые суды предполагают, что существует прямая связь между гендерной идентичностью или гендерным самовыражением и родительскими способностями (Flynn, 2006). Такие предрассудки особенно часто проявляются в отношении цветных ТГГНК-людей (Grant et al., 2011).

Применение. Психологам рекомендуется работать с трудностями ТГГНК-людей, связанными с родительством и построением семьи. Работая с ТГГНК-людьми, имеющими опыт родительства, психологи могут помочь ТГГНК-людям понять, как родительство может повлиять на решения, связанные с каминг-аутом и началом перехода (Freeman, Tasker, & Di Ceglie, 2002; Grant et al., 2011; Wierckx et al., 2012). Некоторые ТГГНК-люди предпочитают отложить каминг-аут до момента, когда их дети вырастут и покинут дом (Betha & McCollum, 2013). Рекомендации для психологов и других специалистов в области психического здоровья, совместно разработанные ТГГНК-организацией и медицинской организацией в Ванкувере (Британская Колумбия), советуют помогать ТГГНК-людям планировать раскрытие идентичности партнёрам, бывшим партнёрам или детям. Особое внимание рекомендуется уделять тому, какие ресурсы помогают ТГГНК-людям обсуждать идентичность с детьми разного возраста подходящим для их уровня развития способом (Bockting et al., 2006). Лев (2004) использует схему стадий развития для описания процесса, через который скорее всего будут проходить семьи, пытающиеся принять ТГГНК-идентичность члена семьи. Эта схема может быть полезна и другим психологам. Информированность о сетях взаимоподдержки для супругов, супругов и детей ТГГНК-людей тоже может быть полезна

(например, PFLAG, TransYouth Family Allies). Психологи могут проводить семейное консультирование, чтобы помочь семье принять изменения, улучшить её функционирование и сохранить вовлечённость в неё ТГГНК-человека, а также помочь ТГГНК-человеку разобраться, как процесс перехода повлияет на членов семьи (Samons, 2008). Психолог может помогать родителям продолжать совместно заботиться о ребёнке и сохранять семейные узы: скорее всего, это приведёт к наилучшим результатам для ребёнка (White & Ettner, 2007).

Психологи могут поддерживать ТГГНК-людей с семьями, которые хотят воспользоваться юридической помощью в области прав родителей, опеки и усыновления. В зависимости от ситуации это может быть важно, даже если ТГГНК-родители биологически связаны с ребёнком (Minter & Wald, 2012). В США ТГГНК-идентичность не является юридическим препятствием к усыновлению/удочерению, но из-за широко распространённых предрассудков относительно ТГГНК-людей существует высокая вероятность столкновения с открытой и скрытой дискриминацией и барьерами в этой сфере. На вопрос, стоит ли раскрывать ТГГНК-статус в процессе усыновления/удочерения, нет универсального ответа, и потенциальным ТГГНК-родителям может быть выгодно прибегнуть к юридической консультации, включая консультации в сфере регионального законодательства о раскрытии ТГГНК-статуса. Учитывая, что в процессе усыновления/удочерения история потенциальных родителей может очень подробно изучаться органами опеки и попечительства, избежать раскрытия статуса может быть сложно. Многие юристы считают, что лучше сразу раскрыть свой статус, чтобы избежать дальнейших юридических сложностей (Minter & Wald, 2012)⁶.

Психологи, обсуждающие с ТГГНК-людьми варианты построения семьи, должны знать, что для реализации некоторых из этих вариантов требуется медицинское вмешательство, а также что не все варианты доступны везде, а многие из них очень дороги (Coleman et al., 2012). Психологи могут помогать клиентам справляться с чувствами потери, горя, гнева и возмущения, которые могут возникнуть, если окажется, что у человека нет возможности воспользоваться услугами, нужными для создания семьи,

⁶ В России у трансгендерных людей могут возникнуть значительные проблемы при усыновлении или удочерении и, скорее всего, такая попытка будет неудачной. Сложности вплоть до изымания детей из семьи могут возникнуть также, если трансгендерный человек с приёмными детьми совершает социальный, медицинский или юридический переход

в том числе из-за их стоимости (Bockting et al., 2006; De Sutter et al., 2002).

Когда ТГГНК-люди задумываются о начале гормональной терапии, психологи могут инициировать разговор о её возможном влиянии на фертильность, чтобы лучше подготовить ТГГНК-людей к принятию информированного решения. Это может быть особенно важно для ТГГНК-подростков и молодёжи, которые часто не считают потерю фертильности важной проблемой в их текущей жизни и, соответственно, не задумываются о долгосрочных репродуктивных последствиях гормональной терапии или хирургических вмешательств (Coleman et al., 2012). Психологам рекомендуется обсуждать с ТГГНК-людьми контрацепцию и безопасные сексуальные практики, учитывая, что у них может сохраниться возможность зачать ребёнка даже после начала гормональной терапии (Bockting, Robinson, & Rosser, 1998). Психологи могут играть ключевую роль в информировании ТГГНК-подростков и молодых людей, а также их родителей, о долгосрочных эффектах, которые медицинские вмешательства оказывают на фертильность, и помогать им давать информированное согласие на эти вмешательства. Хотя гормональная терапия может ограничить фертильность (Coleman et al., 2012), психологи могут объяснять ТГГНК-людям, что она не может быть единственным средством предохранения даже при аменорее (Gorton & Grubb, 2014). Психологам может быть важно рассказывать также и о безопасных сексуальных практиках, поскольку некоторые сегменты ТГГНК-сообщества (например, трансгендерные женщины и цветные люди) особенно уязвимы к ЗППП, и в этих группах велика как распространённость ВИЧ-инфекции, так и количество новых случаев заражений (Kellogg, Clements-Nolle, Dilley, Katz, & McFarland, 2001; Nemoto, Operario, Keatley, Han, & Soma, 2004).

Психологи могут рассмотреть физические, социальные и эмоциональные последствия для ТГГНК-людей, которые выбирают отложить или остановить гормональную терапию, прибегнуть к вспомогательным репродуктивным технологиям или забеременеть, с учётом того, что именно выбирает человек. Психологические эффекты остановки гормональной терапии могут включать депрессию, резкие перемены настроения, а также реакцию на потерю физической маскулинизации или феминизации, которую обеспечивала гормональная терапия (Coleman et al., 2012). ТГГНК-люди могут решить приостановить гормональную терапию во время попыток зачать ребёнка или во время беременности.

В этот период им может потребоваться дополнительная психологическая поддержка. К примеру, ТГГНК-людям и их семьям может быть нужна помощь при столкновении с дополнительными трансфобными предубеждениями и критикой, когда ТГГНК-человек со стереотипно мужскими чертами внешности становится видимо беременным. Психологи также могут помогать ТГГНК-людям сталкиваться с чувствами, которые возникают, когда они не могут осуществлять репродуктивную функцию в соответствии со своей гендерной идентичностью или когда они сталкиваются с барьерами при зачатии, усыновлении/удочерении или опекуновстве, с которыми не сталкиваются другие люди (Vanderburgh, 2007). Психологам также рекомендуется проверять, насколько транс-аффирмативны организации и учреждения, оказывающие репродуктивные услуги, прежде чем направлять туда ТГГНК-людей. Если у персонала таких организаций недостаточно знаний о ТГГНК-аффирмативном подходе, информацию им также может предоставить психолог.

Рекомендация 14. Психологам стоит признавать возможную пользу междисциплинарного подхода при оказании помощи ТГГНК-людям, а также стараться работать совместно с другими специалистами помогающих профессий.

Обоснование. Междисциплинарное сотрудничество может быть особенно важно при работе с ТГГНК-людьми, поскольку на диагностику и помощь одновременно влияют биологические, психологические и социальные факторы (Hendricks & Testa, 2012). Проблемы, с которыми сталкиваются ТГГНК-люди, а также потребность в переходе, как социальном, так и медицинском, которую испытывают многие из них, могут требовать вовлечения многих специалистов в области здоровья: психологов, психиатров, социальных работников, терапевтов, эндокринологов, медсестёр, фармацевтов, хирургов, гинекологов, урологов, специалистов в области электроэпиляции, специалистов по коррекции речи, физиотерапевтов, священников и пасторов, а также карьерных консультантов или консультантов по образованию. Коммуникация, кооперация и совместная работа сделает помощь более качественной. Точно так же, как психологи часто перенаправляют ТГГНК-людей к врачам для обследования и лечения медицинских проблем, врачи могут обращаться к психологам для оценки того, насколько ТГГНК-клиенты готовы к психологическим и социальным аспектам перехода, а также для того, чтобы помогать им до, во время и после медицинских вмешательств (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009; Lev, 2009). Существующие исследования подтверждают ценность и эффективность междисциплинарного, коллаборативного подхода к ТГГНК-специфической помощи (см. Coleman et al., 2012).

Применение. Совместная работа психологов и их коллег из других сфер в области ТГГНК-специфичной помощи (например, гормонального и хирургического вмешательства, общей терапии (Coleman et al., 2012; Lev, 2009)) может принимать множество форм. Совместная деятельность должна начинаться вовремя, чтобы не осложнять доступ к необходимым услугам (например, нужно учитывать, что это может замедлить процесс перехода). К примеру, психологу, работающему с гендерной дисфорией трансгендерного мужчины, у которого диагностировано биполярное расстройство, может потребоваться координировать работу с терапевтом,

эндокринологом и психиатром, чтобы отрегулировать уровень гормонов и психофармакологических препаратов, учитывая, что тестостерон может оказывать эффект активации. На базовом уровне совместная деятельность может включать составление документов, необходимых ТГГНК-человеку для того, чтобы получить доступ к медицинским вмешательствам, подтверждающим гендер (т. е., к хирургии, гормональной терапии (Coleman et al., 2012)). Психологи могут поддерживать, информировать и обучать коллег из других сфер, которые не знакомы с вопросами, связанными с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением. Это поможет ТГГНК-людям получить ТГГНК-аффирмативную помощь (Holman & Goldberg, 2006; Lev, 2009). К примеру, психолог, помогающий трансгендерной женщине пройти хирургическую операцию на гениталиях, может с её согласия связаться с её гинекологом во время подготовки к первому визиту. В ходе контакта с гинекологом психолог может поделиться общей информацией о гендерной истории клиентки и обсудить, как оба специалиста могут сделать необходимые обследования наиболее аффирмативными, чтобы достичь наилучшего результата для клиентки (Holman & Goldberg, 2006).

В междисциплинарном подходе психологи могут работать также и с врачами, прописывающими гормональную терапию. В рамках такой работы они могут обучать ТГГНК-людей, чтобы те могли принимать полностью информированное решение о начале гормональной терапии (Coleman et al., 2012; Deutsch, 2012; Lev, 2009). Психологи, работающие с детьми и подростками, играют особенно важную роль в междисциплинарной команде ввиду необходимости оценивать когнитивное и социальное развитие, семейную динамику и степень родительской поддержки. Эта роль особенно важна во время психологической оценки, в ходе которой определяется, насколько подростку или ребёнку нужны медицинские вмешательства на этом этапе жизни. Если психологи не работают в соответствующих условиях, особенно если они находятся в изолированных сообществах или в сельской местности, они могут определить, с какими коллегами из других сфер они могут работать и/или к кому из них они могут обращаться (Walinsky & Whitcomb, 2010). К примеру, психолог в сельской местности может узнать, есть ли в округе транс-аффирмативный педиатр и работать совместно с ним и с родителями ТГГНК-детей и подростков.

Помимо совместной работы с другими специалистами, психологи,

получившие дополнительное образование по работе с ТГГНК-людьми могут выступать в качестве консультантов в этой сфере (например, предоставлять дополнительную поддержку специалистам, работающим с ТГГНК-людьми, или проводить тренинги по разнообразию в школах и на рабочих местах). Психологи, являющиеся экспертами по работе с ТГГНК-людьми, могут также выступать консультантами для врачей в больницах и помогать им предоставлять аффирмативную помощь ТГГНК-клиентам. Психологи могут также работать совместно с социальными работниками и учить их предоставлять ТГГНК-аффирмативные рекомендации, связанные с жилищем, финансовой поддержкой, консультированием по вопросам профессии и образования, ТГГНК-аффирмативными религиозными или духовными общинами, взаимоподдержкой и другими ресурсами сообщества (Gehi & Arkles, 2007). Подобная совместная работа может включать обеспечение несовершеннолетних ТГГНК-людей в попечении государства доступом к культурно уместной помощи.

Исследования, образование, профессиональная подготовка

Рекомендация 15. Важно уважать благополучие и права ТГГНК-участников исследований и стремиться представить результаты точно, избегая неправильного использования или неправильной интерпретации данных.

Обоснование. Исторически сложилось, что среди демографических вопросов в психологических исследованиях есть вопрос о поле или гендере респондентов. В этом вопросе есть два варианта ответа: мужчина или женщина. Используя такой подход, психологи лишаются возможности увеличить знания о ТГГНК-людях, которым не подходит ни одна из опций. Также они рискуют отпугнуть ТГГНК-участников и участниц исследования (IOM, 2011). К примеру, мало известно о распространённости ВИЧ, рисках и профилактических потребностях ТГГНК-людей, поскольку большинство исследований в этой области не включает демографические вопросы, выделяющие ТГГНК-участников в выборке. Вместо этого ТГГНК-людей исторически включают в большие демографические категории (например, МСМ¹ или цветные женщины). Это делает невидимым влияние, которое эпидемия ВИЧ оказывает на ТГГНК-популяцию (Herbst et al., 2008). Учёные отмечают, что из-за этой невидимости мало известно о потребностях ТГГНК-популяций с наименьшим доступом к здравоохранению: цветных ТГГНК-людей, иммигрантов, людей с низким доходом, бездомных, ветеранов, заключённых, людей с инвалидностью и людей, проживающих в сельской местности (Bauer et al., 2009; Hanssmann, Morrison, Russian, Shiu-Thornton, & Bowen, 2010; Shipherd et al., 2012; Walinsky & Whitcomb, 2010).

Для создания практики, включая практику аффирмативных подходов к помощи ТГГНК-людям, необходимы исследования. Хотя есть достаточно свидетельств эффективности существующих стандартов помощи (Byne et al., 2012; Coleman et al., 2012), нужно ещё многое узнать, чтобы оптимизировать качество лечения и обеспечить наилучшие результаты для ТГГНК-клиентов. Особенно это касается помощи детям (IOM, 2011; Mikalson et al., 2012). Кроме того, некоторые исследования ТГГНК-популяций были

1 Мужчины, практикующие секс с другими мужчинами.

неправильно использованы и неверно интерпретированы. Это негативно сказалось на доступе ТГГНК-людей к здравоохранению, связанному с гендерной идентичностью и гендерным выражением (Namaste, 2000). В результате ТГГНК-сообщество со скепсисом и подозрением относится к предложениям участвовать в исследованиях. Согласно этическому кодексу АПА (APA, 2010), психологи обязаны проводить исследования и распространять их результаты добросовестно и с уважением к участвующим. Количество исследований ТГГНК-людей увеличивается, и некоторые ТГГНК-сообщества могут составлять несоразмерно большую часть выборки в некоторых географических районах, в то время как цветные ТГГНК-люди могут быть недостаточно отображены в исследованиях (Hwahng & Lin, 2009; Namaste, 2000).

Применение. Всем психологам, проводящим исследования, рекомендуется предоставлять большее разнообразие опций при сборе демографической информации, чтобы включать и точно репрезентировать ТГГНК-людей. Это относится и к исследованиям, нацеленным не исключительно на ТГГНК-популяцию (Conron et al., 2008; Deutsch et al., 2013). Одна экспертная группа рекомендовала использовать двухступенчатый метод и сначала спрашивать о поле, приписанном при рождении, а затем о гендерной идентичности; особенно релевантна эта методика для государственных полевых исследований (GenIUSS, 2013). Включение вопросов о поле, приписанном при рождении, и о текущей гендерной идентичности, может быть важно и для исследований ТГГНК-людей. Оно позволяет разбить ТГГНК-популяцию на подгруппы и потенциально увеличить знание о различиях внутри популяции. Кроме того, данные об одной подгруппе ТГГНК-людей могут быть нерелевантны для других подгрупп. К примеру, результаты исследования цветных трансгендерных женщин, имеющих опыт секс-работы и проживающих в городах (Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004) нельзя распространять ни на всех цветных ТГГНК-женщин, ни на более широкую ТГГНК-популяцию (Bauer, Travers, Scanlon, & Coleman, 2012; Operario et al., 2008).

Занимаясь исследованиями ТГГНК-людей, психологи столкнутся со сложностями, характерными для изучения небольших, географически разбросанных, разнообразных, стигматизированных, скрытых и труднодоступных (IOM, 2011), а исследования ТГГНК-людей стремительно

развиваются, важно рассматривать преимущества и ограничения методов, используемых для изучения ТГГНК-популяции, и интерпретировать и представлять полученные данные с учётом этих преимуществ и ограничений. Некоторые исследователи настоятельно рекомендуют модель совместных исследований (например, исследование через участие), в которой члены ТГГНК-сообщества интегрально вовлечены в исследовательские действия (Clements-Nolle & Bachrach, 2003; Singh, Richmond, & Burnes, 2013). Психологи, которые хотят просвещать общество, публикуя результаты исследований в популярных медиа, также столкнутся со сложностями: знания большинства журналистов о научном методе ограничены, и медиа могут неправильно интерпретировать данные, использовать их в своих целях или попытаться превратить их в сенсацию (Garber, 1992; Namaste, 2000).

Рекомендация 16. Важно обучать людей, получающих психологическое образование, работе с ТГГНК-людьми.

Обоснование. Этические принципы и кодекс АПА (APA, 2010) включают гендерную идентичность в список факторов, для работы с которыми психологам может потребоваться дополнительная подготовка, опыт, консультации или супервизия, чтобы приобрести нужные компетенции (APA, 2010). Кроме того, программы, аккредитованные АПА, должны демонстрировать приверженность принципам культурного и индивидуального разнообразия, которые отдельно включают и гендерную идентичность (APA, 2015). Тем не менее, опросы ТГГНК-людей показывают, что многие специалисты в области психического здоровья не имеют даже базовых представлений и навыков, необходимых для транс-аффирмативной работы (Bradford et al., 2007; O'Hara, Dispenza, Brack, & Blood, 2013; Xavier et al., 2005). Специальная группа АПА по гендерной идентичности и гендерному разнообразию (2009) сообщает, что многие, если не большинство психологов и магистрантов психологии в какой-то момент столкнутся с ТГГНК-клиентами, коллегами и учениками. Тем не менее, профессиональное образование и подготовка в области психологии или включает крайне ограниченную информацию о работе с ТГГНК-людьми, или не включает её вовсе (Anton, 2009; APA TFGIGV, 2009). Дополнительного профессионального образования, доступного психиатрам, также недостаточно (Lurie, 2005). Только 52 % психологов и магистрантов, участвовавших в опросе специальной группы АПА, сообщили, что у них была возможность узнать о проблемах и потребностях ТГГНК-людей в ходе образования. Из этих респондентов только 27 % сообщили о том, что считают свои знания о работе с гендерными вопросами достаточными (n 294; APA TFGIGV, 2009).

Профессиональная подготовка психологов в области гендерной идентичности часто включается в курсы по сексуальной ориентации или сексуальности. Некоторые учёные предположили, что психологи и студенты могут ошибочно полагать, что приобрели адекватное знание и понимание ТГГНК-людей, когда учились работать с ЛГБ-популяциями (Harper & Schneider, 2003). Тем не менее Израэль с соавторами обнаружили, что терапевтические потребности ТГГНК-людей и ЛГБ-людей существенно различаются как с точки зрения клиентов, так и с точки зрения специалистов (Israel et al., 2008; Israel, Walther, Gorcheva, & Perry, 2011). Надаль с соавторами предположили, что отсутствие отдельно определённой,

точной информации о ТГГНК-популяциях в психологической подготовке не только поддерживает непонимание и маргинализацию ТГГНК-людей психологами, но и способствует поддержанию маргинализации ТГГНК-людей в обществе в целом (Nadal et al., 2010, 2012).

Применение. Основным компонентом аффирмативной психологической практики является постоянное продолжение образования в области гендерной идентичности и гендерного самовыражения ТГГНК-людей. Помимо данных рекомендаций, которые преподаватели могут использовать в качестве ресурса при разработке учебных курсов, Американская психотерапевтическая ассоциация (2010) разработала свод компетенций, который также может стать ценным ресурсом. Помимо включения ТГГНК-людей и их проблем в программы общей психологической подготовки (например, развитие личности, мультикультурализм, методы исследования), некоторые программы психологического образования могут предоставить курсы и подготовку для студентов, заинтересованных в получении расширенных знаний по вопросам гендерной идентичности и гендерного самовыражения.

Из-за общего невежества и стигмы в отношении ТГГНК-людей преподавателям потребуется с особым вниманием разрабатывать образовательные и супервизорские программы, которые будут аффирмативны, не будут гипертрофировать проблемы (Namaste, 2000), объективировать и патологизировать ТГГНК-людей (Lev, 2004). Студентам будет полезно получать поддержку от преподавателей, чтобы развивать профессиональное, безоценочное отношение к людям с другим опытом гендерной идентичности и гендерного самовыражения. На данный момент опубликован целый ряд образовательных материалов, которые могут помочь психологам интегрировать информацию о ТГГНК-людях в предлагаемое ими образование (например, Catalano, McCarthy, & Shlasko, 2007; Stryker, 2008; Wentling, Schilt, Windsor, & Lucal, 2008). Поскольку у большинства психологов нет подготовки к работе с ТГГНК-популяциями или такая подготовка крайне ограничена, но психологи при этом не считают, что они недостаточно разбираются в вопросах, связанных с гендерной идентичностью и гендерным самовыражением (APA TFGIGV, 2009), тем психологам, у которых есть необходимые знания и навыки, рекомендуется развивать и распространять информацию, разрабатывать образовательные

программы, чтобы заполнять пробелы в этой области. Психологи, занимающиеся подобным образованием, могут проводить занятия, направленные на осознание цисгендерных привилегий, трансфобии и дискриминации. Они могут провести панельную дискуссию, во время которой ТГГНК-люди поделятся личными историями, или включить подобные истории в литературу по программе (ACA, 2010). При использовании таких подходов важно включать широкий опыт разных ТГГНК-людей, отражающий неотъемлемое разнообразие внутри ТГГНК-сообщества.

Глоссарий

Гендерная бинарность: деление гендера на две различные категории: мальчики/мужчины и девочки/женщины.

Гендерная дисфория: дискомфорт или дистресс, связанный с несоответствием между гендерной идентичностью человека и полом, приписанным при рождении; гендерной идентичностью и первичными и вторичными половыми характеристиками (Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010). В 2013 году в пятой редакции «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (ДСМ-5) был введён диагноз «гендерная дисфория», определяющийся «выраженным несоответствием между гендером, приписанным при рождении, и гендерной идентичностью» (American Psychiatric Association, 2013, p. 453). Гендерная дисфория заменила диагноз «расстройство гендерной идентичности», использовавшийся в предыдущей версии ДСМ (American Psychiatric Association, 2000).

Гендерное самовыражение: выражение человеком разных аспектов гендерной идентичности или гендерной роли через внешность, поведение, выбор одежды и аксессуаров. Гендерное выражение может как соответствовать гендерной идентичности человека, так и не соответствовать ей.

Гендерная идентичность: глубоко переживаемое и неотъемлемое осознание человеком бытия девочкой, женщиной или феминной личностью; мальчиком, мужчиной или маскулинной личностью; носителем одновременно феминных и маскулинных черт или человеком альтернативного гендера. Это осознание может соответствовать, а может не соответствовать полу, приписанному при рождении, а также первичным и вторичным половым признакам. Гендерная идентичность — это внутренне переживаемое ощущение, и потому она не обязательно видна окружающим.

Гендерный маркер (паспортный пол): указание на пол или гендер человека (М, Ж) в документах (например, в паспорте или свидетельстве о рождении).

Гендерно-неконформный (ГНК): прилагательное, использующееся в качестве зонтичного термина для описания людей, чьё гендерное выражение и/или гендерная идентичность отличаются от ассоциирующихся с полом, приписанным при рождении.

Гендерная роль: комбинация внешности, личности и поведения, которые

в данной культуре ассоциируются с мальчиками/мужчинами/мужским, или с девочками/женщинами/женским. Характеристики внешности, личности и поведения могут соответствовать или не соответствовать ожиданиям, которые возлагаются на человека в зависимости от того, какой пол ему приписали при рождении. Термин «гендерная роль» также может относиться к социальной роли (женщины, мужчины, человека другого гендера), где одни характеристики могут соответствовать, а другие не соответствовать тому, что в эту эпоху в этой культуре ассоциируется с девочками/женщинами или мальчиками/мужчинами.

Гейткипинг: (от англ. Gate — ворота, keeping — хранение, охрана) определение психологами и другими специалистами в области психического здоровья того, насколько ТГГНК-человек готов и/или должен проходить гормональную терапию, делать операцию или менять документы. Такая роль потенциально может нарушить автономию ТГГНК-взрослых. Часто она способствует усилению недоверия между психологами и ТГГНК-клиентами.

Гормональная терапия (заместительная гормонотерапия, ЗГТ, ГРТ): использование гормональных препаратов для маскулинизации или феминизации тела, чтобы его физические характеристики больше соответствовали гендерной идентичности человека. Люди, которые хотят феминизации тела, принимают антиандрогены и/или эстрогены; люди, которые хотят маскулинизации тела, принимают тестостерон. Гормональная терапия может быть важной частью терапии, помогающей облегчить гендерную дисфорию.

Интерсекс: зонтичный термин, использующийся для описания широкого спектра физиологических вариаций половых характеристик (включая гениталии, гонады и хромосомы), которые не соответствуют типичным представлениям мужского и женского тела, а также для обозначения людей с такими характеристиками. В некоторых случаях признаки интерсексов видны при рождении, тогда как в других случаях они не проявляются до полового созревания. Некоторые хромосомные интерсекс вариации могут вообще не проявляться физически

Каминг-аут: процесс, в ходе которого люди признают и актуализируют стигматизированную идентичность. Для ТГГНК-людей каминг-аут может включать раскрытие информации о гендерной идентичности, о том, что их гендерная идентичность не соответствует полу, приписанному при рождении, или о том, что их гендерная идентичность менялась в течении жизни. Каминг-аут — индивидуальный процесс, на который влияют возраст и другие факторы.

Кроссдрессинг: ношение одежды, аксессуаров и/или макияжа, а также использование других элементов гендерного выражения, которые, согласно культурным нормам, не принято использовать людям с их данным считаваемым полом (Bullough & Bullough, 1993). Кроссдрессинг не всегда отражает гендерную идентичность или сексуальную ориентацию человека. Кроссдрессеры могут как включать себя в ТГГНК-сообщество, так и не включать.

Небинарный человек: термин, использующийся для описания человека, чья идентичность не вписывается в бинарные гендерные рамки (то есть, человек, который не идентифицирует себя полностью ни как женщина, ни как мужчина). Люди, которые так себя идентифицируют, могут переопределять гендер или вообще отказываться от того, чтобы определять себя в системе гендера. К примеру, небинарные люди могут идентифицировать себя как и мужчину, и женщину (бигендер, пангендер, андрогин); ни мужчину, ни женщину (агендер, гендерно-нейтральная персона); как перемещающихся между гендерами (гендерфлюид) или как воплощающих третий гендер.

Операции, подтверждающие гендер (также «операции по коррекции пола», «аффирмативные хирургические вмешательства»): хирургические операции, изменяющие первичные и/или вторичные половые характеристики, чтобы тело и внешность человека в большей степени соответствовали его или её гендерной идентичности. Хирургические операции могут быть важной частью терапии для трансгендерных людей, так как они помогают облегчить дисфорию. Операции, подтверждающие гендер, включают мастэктомию, гистерэктомию, метоидиопластику, фаллопластику, пластическую операцию по увеличению молочных желёз, орхиэктомию, вагинопластику, операцию по феминизации лица и/или другие хирургические процедуры.

Пасс (англ. — «пройти», в т.ч. «пройти незамеченным»): способность сливаться с цисгендерными людьми так, чтобы человека нельзя было считать как трансгендерного. Для некоторых людей пасс является целью, для других — нет.

Переход: процесс, через который проходят некоторые ТГГНК-люди, которые хотят больше соответствовать гендерной роли, отличной от соответствующей акушерскому полу. Длительность перехода и сами процессы уникальны для каждого человека и во многом зависят от его/её условий жизни. Для многих он включает изменение гендерной роли и гендерного выражения на те, которые больше соответствуют их гендерной идентичности. ТГГНК-люди могут проходить через социальный переход (менять гендерное выражение, гендерную роль, имя, местоимения и гендерный маркер) и/или медицинский

переход (гормональная терапия, операции и/или другие вмешательства). Принято говорить о трансмаскулинном или ФтМ-переходе (процессе, в ходе которого человек с приписанным женским полом переходит к мужской гендерной роли) и трансфеминном или МтФ-переходе (процессе, в ходе которого человек с приписанным женским полом переходит к мужской гендерной роли).

Пол, приписанный при рождении (акушерский пол): обычно пол приписывается человеку при рождении (или до рождения по время УЗИ) на основании вида внешних гениталий. Если пол нельзя однозначно определить по внешним гениталиям, используются другие индикаторы (например, внутренние гениталии, хромосомный или гормональный пол) с целью приписать пол, который с наибольшей вероятностью будет соответствовать гендерной идентичности ребёнка (MacLaughlin & Donahoe, 2004). У большинства людей гендерная идентичность соответствует акушерскому полу (см. «**цисгендерный человек**»). У ТГГНК-людей гендерная идентичность может быть в разной степени отлична от пола, приписанного при рождении.

Сексуальная ориентация: компонент идентичности, включающий сексуальное и эмоциональное влечение одного человека к другому, а также поведение и/или принадлежность к той или иной социальной группе, которые вырабатываются в результате этого влечения. Человек может испытывать влечение к мужчинам, женщинам, и к тем и к другим, ни к кому, а также к людям с другими гендерными идентичностями. Люди могут определять себя как лесбиянок, геев, гетеросексуалов, бисексуалов, пансексуалов, асексуалов и т. п.

Союзник/союзница: цисгендерный человек, который поддерживает ТГГНК-людей и сообщества, продвигает их права.

Стелс (англ. *stealth* — «невидимость, незаметность»): состояние, в котором человек не раскрывает свою ТГГНК-идентичность в новой среде в процессе или после перехода.

ТГГНК: аббревиатура, расшифровывающаяся как «трансгендерные или гендерно-неконформные люди».

Терапия, подавляющее половое созревание (подавление пубертата): терапия, которая используется, чтобы временно подавить развитие вторичных половых характеристик, которое происходит в подростковом возрасте. Обычно в ходе этой терапии используются аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ). Задержка пубертата может быть важной частью

терапии, которая поможет облегчить гендерную дисфорию. Подавление пубертата может дать подросткам время понять, хотят ли они необратимых медицинских вмешательств, а также может послужить диагностическим методом, который поможет определить, нужны ли другие медицинские вмешательства.

Транс-аффирмативный: уважительный к ТГГНК-людям, осведомлённый об их нуждах и поддерживающий их.

Трансгендерность: зонтичный термин, использующийся для обозначения всех гендерных идентичностей, которые не совпадают с полом, приписанным при рождении. Термин «трансгендерность» является наиболее распространённым, но не все ТГГНК-люди определяют себя как трансгендерных.

Трансгендерный мужчина: человек с приписанным при рождении женским полом, определяющий себя как мужчина. Слова «транссексуал», «транссексуальный мужчина», «ФтМ» могут использоваться трансгендерными людьми как названия идентичностей, но не являются корректными терминами.

Трансгендерная женщина: человек с приписанным при рождении мужским полом, определяющая себя как женщина. Слова «транссексуалка», «транссексуальная женщина», «МтФ» могут использоваться трансгендерными людьми как названия идентичностей, но не являются корректными терминами.

Транссексуал: название идентичности, которое используют некоторые люди, совершившие медицинский переход; термин «транссексуализм» используется в МКБ-10 как медицинский диагноз, и потому слова «транссексуал» и «транссексуализм» считаются патологизирующими; не стоит употреблять их, если конкретный человек не попросил называть его или её именно так.

Транс: часто использующийся короткий термин для обозначения трансгендерных или гендерно-неконформных людей. Некоторые трансгендерные люди используют его для описания себя и своей идентичности, но тем не менее, этот термин следует употреблять, только если конкретный трансгендерный человек прямо попросил об этом.

Трансфобия: установки, которые могут привести к обесцениванию, предвзятому отношению и ненависти к людям, чьи гендерная идентичность и/или гендерное выражение не соответствует полу, приписанному при рождении. Трансфобия может приводить к дискриминации в области труда, к преследованию и насилию. ТГГНК-люди могут также разделять эти установки о себе

и своей гендерной идентичности. Это называется интернализированной трансфобией (аналогично интернализированной гомофобии). Трансмизогиния — термин, означающий одновременно сексистские и трансфобные установки, которые в сумме оказывают особенно неблагоприятное воздействие на трансгендерных женщин.

Человек в гендерном поиске: термин, описывающий людей, которые могут исследовать свою гендерную идентичность или сомневаться в том, что она соответствует полу, приписанному при рождении.

Цисгендерный человек: человек, чьи гендерная идентичность и гендерное выражение соответствуют полу, приписанному при рождении; человек, не являющийся ТГГнК-человеком.

Циссексизм: системное предубеждение, основанное на идее того, что гендерное самовыражение и гендерная идентичность определены полом, приписанным при рождении, и не зависят от самоопределения. Циссексизм может проявляться в дискриминации по отношению к ТГГнК-людям и другим людям, чьё поведение или гендерное самовыражение выходит за рамки гендерной бинарности.

Литература

- Adelson, S. L., & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 957–974. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-8567/PIIS089085671200500X.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20, 300–311. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2012.668482>
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15, 355–370.
- American Civil Liberties Union National Prison Project. (2005). Still in danger: The ongoing threat of sexual violence against transgender prisoners. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.justdetention.org/pdf/stillindanger.pdf>
- American Counseling Association. (2010). American Counseling Association competencies for counseling with transgender clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 135–159. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524839>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended June 1, 2010). Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67, 10–42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024659>
- American Psychological Association. (2015). *Standards of accreditation for health service psychology*. Retrieved from <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/standards-of-accreditation.pdf>
- American Psychological Association & National Association of School Psychologists. (2014). Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools. Retrieved from http://www.nasponline.org/about_nasp/resolution/gender_sexual_orientation_diversity.pdf
- American Psychological Association Presidential Task Force on Immigration. (2012). *Crossroads: The psychology of immigration in the new century*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/immigration/report.aspx>
- American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009). *Report of the task force on gender identity and gender variance*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>
- Angello, M. (2013). *On the couch with Dr. Angello: A guide to raising & supporting transgender youth*. Philadelphia, PA: Author.
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist*, 64,

372–453. [http:// dx.doi.org/10.1037/a0015932](http://dx.doi.org/10.1037/a0015932)

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice. New York, NY: Services and Advocacy for LGBT Elders & Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Retrieved from <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/resource.cfm?r520>

Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43–55. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.43>

Baltieri, D. A., & De Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1185–1188. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x>

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 348–361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>

Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K., & Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 12, 292. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-292>

Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health*, 12, 663–670. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-663>

Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, NY: Columbia University.

Bender-Baird, K. (2011). *Transgender employment experiences: Gendered exceptions and the law*. Albany, NY: SUNY Press.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Warner.

Benson, K. E. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum*, 25, 17–40. <http://dx.doi.org/10.1080/08952833.2013.755081>

Berger, J. C., Green, R., Laub, D. R., Reynolds, C. L., Jr., Walker, P. A., & Wollman, L. (1979). Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons.

Galveston, TX: The Janus Information Facility. Bess, J. A., & Stabb, S. D. (2009). The experiences of transgendered persons in psychotherapy: Voices and recommendations. *Journal of Mental Health Counseling*, 31, 264–282. <http://dx.doi.org/10.17744/mech.31.3.f624154681133w50>

Bethea, M. S., & McCollum, E. E. (2013). The disclosure experiences of male-to-female transgender individuals: A Systems Theory perspective. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12, 89–112. <http://dx.doi.org/10.1080/15332691.2013.779094>

Bilodeau, B. L., & Renn, K. A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implications for practice. *New Directions for Student Services*, 2005, 25–39. <http://dx.doi.org/10.1002/ss.171>

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2006). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). Burlington, MA: Elsevier Academic.

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing Veterans Health Administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27–e32. <http://dx.doi.org/10.2105/>

AJPH.2013.301507

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211–224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.001>

Bockting, W. O., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 688–701. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9489-3>

Bockting, W. O., & Cesaretti, C. (2001). Spirituality, transgender identity, and coming out. *The Journal of Sex Education*, 26, 291–300.

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming-out process. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth.

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9, 35–82. http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103, 943–951. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>

Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10, 505–525. <http://dx.doi.org/10.1080/09540129850124028>

Bolin, A. (1994). Transcending and transgenering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K., & Bergman, S. B. (2010). *Gender outlaws: The next generation*. Berkeley, CA: Seal Press.

Boulder Valley School District. (2012). Guidelines regarding the support of students who are transgender and gender nonconforming. Boulder, CO: Author. Retrieved from <http://www.bvdsd.org/policies/Policies/AC-E3.pdf>

Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Arcelus, J., Duisin, D.,... Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two referrals for genital reconstructive surgery ethical? *Sexual and Relationship Therapy*, 29, 377–389. <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>

Boylan, J. F. (2013). *She's not there* (2nd ed.). New York, NY: Broadway Books.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103, 1820–1829. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>

Bradford, J., Xavier, J., Hendricks, M., Rives, M. E., & Honnold, J. A. (2007). The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. Virginia Transgender Health Initiative Study Statewide Survey Report. Retrieved from <http://www.vdh.state.va.us/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf>

Brewster, M. E., Velez, B. L., Mennicke, A., & Tebbe, E. (2014). Voices from beyond: A thematic content analysis of transgender employees' workplace experiences. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 159–169. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000030>

Brill, S., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. San Francisco, CA: Cleis Press.

- Broido, E. M. (2000). Constructing identity: The nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual lives. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 13–33). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10339-001>
- Brothheim, H. (2013). Transgender inmates: The dilemma. *American Jails*, 27, 40–47.
- Brown, N. (2007). Stories from outside the frame: Intimate partner abuse in sexual-minority women's relationships with transsexual men. *Feminism & Psychology*, 17, 373–393.
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Burnes, T. R., & Chen, M. M. (2012). The multiple identities of transgender individuals: Incorporating a framework of intersectionality to gender crossing. In R. Josselson & M. Harway (Eds.), *Navigating multiple identities: Race, gender, culture, nationality, and roles* (pp. 113–128). New York, NY: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199732074.003.0007>
- Butler, J. (1990). *Gender trouble and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.
- Buzuvis, E. (2013). "On the basis of sex": Using Title IX to protect transgender students from discrimination in education. *Wisconsin Journal of Law, Gender & Society*, 28, 219–347.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., . . . American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 759–796. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Califa, P. (1997). *Sex changes: The politics of transgenderism*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Carroll, L. (2010). *Counseling sexual and gender minorities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill.
- Carroll, R. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education & Therapy*, 24, 128–136.
- Case, K. A., & Meier, S. C. (2014). Developing allies to transgender and gender-nonconforming youth: Training for counselors and educators. *Journal of LGBT Youth*, 11, 62–82. <http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2014.840764>
- Catalano, C., McCarthy, L., & Shlasko, D. (2007). Transgender oppression curriculum design. In M. Adams, L. A. Bell, & P. Griffin (Eds.), *Teaching for diversity and social justice* (2nd ed., p. 219245). New York, NY: Routledge.
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2010). *Adult development and aging* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2012). A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual and transgender individuals (DHHS Pub. No. [SMA] 21–4104). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Cerezo, A., Morales, A., Quintero, D., & Rothman, S. (2014). Trans migrations: Exploring life at the intersection of transgender identity and immigration. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 170–180. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000031>
- Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 259–278. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1001915530479>
- Clements-Nolle, K., & Bachrach, A. (2003). Community based participatory research with a hidden

- population: The transgender community health project. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community based participatory research for health* (pp. 332–343). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 51, 53–69. http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04
- Cochran, B. N., & Cauce, A. M. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 135–146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.11.009>
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1892–1897. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>
- Cole, B., & Han, L. (2011). *Freeing ourselves: A guide to health and self love for brown bois*. Retrieved from https://brownboiproject.nationbuilder.com/health_guide
- Coleman, E., & Bockting, W. O. (1988). "Heterosexual" prior to sex reassignment, "homosexual" afterwards: A case study of a female-to-male transsexual. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 1, 6–82.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J.,... Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 37–50. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01552911>
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 313–321. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542999>
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102, 118–122. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Conron, K. J., Scout, & Austin, S. B. (2008). "Everyone has a right to, like, check their box": Findings on a measure of gender identity from a cognitive testing study with adolescents. *Journal of LGBT Health Research*, 4, 1–9.
- Cook-Daniels, L. (2006). Trans aging. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 20–35). New York, NY: Columbia University Press.
- Coolhart, D., Provancher, N., Hager, A., & Wang, M. (2008). Recommending transsexual clients for gender transition: A therapeutic tool for assessing gender. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 301–324. <http://dx.doi.org/10.1080/15504280802177466>
- Currah, P., & Minter, S. P. (2000). *Transgender equality: A handbook for activists and policymakers*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: The Policy Institute of the National Gay & Lesbian Task Force. Retrieved from http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/TransgenderEquality.pdf

- Daley, A., Solomon, S., Newman, P. A., & Mishna, F. (2008). Traversing the margins: Intersectionalities in the bullying of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 19, 9–29. <http://dx.doi.org/10.1080/10538720802161474>
- Daley, C. (2005, August 15). Testimony before the National Prison Rape Elimination Commission. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/pdf/prisonrape.pdf>
- Darnery, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.
- Daskalos, C. T. (1998). Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 605–614. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018725201811>
- D'Augelli, A. R., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 21, 421–448. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00942151>
- Davis, S. A., & Meier, S. C. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26, 113–128. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G.,... Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: Psychosocial outcomes of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15, 126–133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2006.04.002>
- Department of Defense. (2011). Instruction: Number 6130.03. Retrieved from <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/613003p.pdf>
- Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration. (2013). Providing health care for transgender and intersex veterans (VHA Directive 2013–003). Retrieved from http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID2863
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 215–221.
- Deutsch, M. B. (2012). Use of the informed consent model in provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Deutsch, M. B., Green, J., Keatley, J. A., Mayer, G., Hastings, J., Hall, A. M., . . . the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. (2013). Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20, 700–703. <http://dx.doi.org/10.1136/amiainjnl-2012-001472>
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen-stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8, 41–67.
- Devor, H. (1993). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research*, 30, 303–315. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499309551717>
- de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301–320. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 696–704. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958>

- de Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van BerckelaerOnnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 930–936. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276–2283. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, K. M. (2015). Transgender people of color at the center: Conceptualizing a new intersectional model. *Ethnicities*, 15, 3–27. <http://dx.doi.org/10.1177/1468796814547058>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), e16885. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Diamond, L. M. (2013). Concepts of female sexual orientation. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 3–17). New York, NY: Oxford University Press.
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38, 172. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9438-6>
- Dickey, I. m., Burnes, T. R., & Singh, A. A. (2012). Sexual identity development of female-to-male transgender individuals: A grounded theory inquiry. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 118–138. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.678184>
- Dickey, I. m., Reisner, S. L., & Juntunen, C. L. (2015). Non-suicidal self-injury in a large online sample of transgender adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 3–11. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038803>
- Dispenza, F., Watson, L. B., Chung, Y. B., & Brack, G. (2012). Experience of career-related discrimination for female-to-male transgender persons: A qualitative study. *Career Development Quarterly*, 60, 65–81. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0045.2012.00006.x>
- Dreger, A. D. (1999). *Intersex in the age of ethics*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.
- Drescher, J. (2014). Controversies in gender diagnosis. *LGBT Health*, 1, 10–14. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>
- Drescher, J., & Byne, W. (Eds.). (2013). *Treating transgender children and adolescents: An interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badaali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44, 34–45. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Edelman, E. A. (2011). "This area has been declared a prostitution free zone": Discursive formations of space, the state, and trans "sex worker" bodies. *Journal of Homosexuality*, 58, 848–864. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.581928>
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59, 321–336. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 12, 198–210. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.544235>
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337–356. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>

- Ekins, R., & King, D. (2005). Virginia Prince: Pioneer of transgendering. *International Journal of Transgenderism*, 8, 5–15. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n04_02
- Elders, J., & Steinman, A. M. (2014). Report of the transgender military service commission. Retrieved from http://www.palmcenter.org/files/Transgender%20Military%20Service%20Report_0.pdf
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7, 1–12. http://dx.doi.org/10.1300/J085v07N03_01
- Erhardt, V. (2007). *Head over heels: Wives who stay with cross-dressers and transsexuals*. New York, NY: Haworth.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York, NY: Norton.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 11–30. <http://dx.doi.org/10.1080/1557409080292879>
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Flynn, T. (2006). The ties that (don't) bind. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 32–50). Minneapolis, MN: University of Minnesota. FORGE. (n.d.). *Trans-specific power and control tactics*. Retrieved from http://forge-forward.org/wp-content/docs/power-control-tactics-categories_FINAL.pdf
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emler, C. A., Hoy-Ellis, C. P.,... Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54, 488–500. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Emler, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P.,... Petry, H. (2011). The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. Retrieved from <http://caringandaging.org/wp-content/uploads/2011/05/Full-Report-FINAL.pdf>
- Freeman, D., Tasker, F., & Di Ceglie, D. (2002). Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: A brief report of key development features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 423–432. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104502007003009>
- Fruhauf, C. A., & Orel, N. A. (2015). Fostering resilience in LGBT aging individuals and families. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 217–227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fuhrmann, M., & Craffey, B. (2014). *Lessons learned on the path to filial maturity*. Charleston, SC: Createspace.
- Fuhrmann, M., & Shevlowitz, J. (2006). *Sagacity: What I learned from my elderly psychotherapy clients*. Bloomington, IN: IUniverse.
- Gallagher, S. (2014). The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–8. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00585>
- Garber, M. B. (1992). *Vested interests: Cross-dressing & cultural anxiety*. New York, NY: Routledge.
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood, and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 38, 230–236. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023>
- Gehi, P. S., & Arkles, G. (2007). Unraveling injustice: Race and class impact of Medicaid exclusions of transition-related health care for transgender people. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 7–35. <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.7>
- GenIUSS. (2013). *Gender-related measures overview*. Los

- Angeles, CA: Williams Institute. Retrieved from: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/GenIUSS-Gender-related-Question-Overview.pdf>
- Glaser, C. (Ed.). (2008). *Gender identity and our faith communities: A congregational guide to transgender advocacy*. Washington, DC: Human Rights Campaign Foundation. Retrieved from <http://www.hrc.org/resources/entry/gender-identity-and-our-faith-communities-a-congregational-guide-for-trans>
- Glezer, A., McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2013). Transgendered and incarcerated: A review of the literature, current policies and laws and ethics. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 41, 551–559.
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). In-school gender-based victimization and suicide attempts in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 468–475. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029605>
- Gonzalez, M., & McNulty, J. (2010). Achieving competency with transgender youth: School counselors as collaborative advocates. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 176–186. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524841>
- Gooren, L. J., Giltay, E. J., Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism: Clinical and Experimental*, 93, 19–25. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2007-1809>
- Gorton, R. N., & Grubb, H. M. (2014). General, sexual, and reproductive health. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 215–240). New York, NY: Oxford University Press.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Kiesling, M. (2011). Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force. Retrieved from http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf
- Green, E. R. (2006). Debating trans inclusion in the feminist movement: A trans-positive analysis. *Journal of Lesbian Studies*, 10(1/2), 231–248. http://dx.doi.org/10.1300/J155v10n01_12
- Green, J. (2004). *Becoming a visible man*. Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Green, R. (1978). Sexual identity of 37 children raised by homosexual and transsexual parents. *American Journal of Psychiatry*, 135, 692–697. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.135.6.692>
- Green, R. (1988). Transsexuals' children. *International Journal of Transgenderism*, 2(4).
- Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51, 111–128. http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. H., & Hubbard, A. (2006). Parent reactions to transgender youth gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18, 3–16. http://dx.doi.org/10.1300/J041v18n01_02
- Gruberg, S. (2013). Dignity denied: LGBT immigrants in U.S. Retrieved from <https://www.americanprogress.org/issues/immigration/report/2013/11/25/79987/dignity-denied-lgbt-immigrants-in-u-s-immigrationdetention/>
- Hansmann, C., Morrison, D., Russian, E., Shiu-Thornton, S., & Bowen, D. (2010). A community-based program evaluation of community competency trainings. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 240–255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.12.007>
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of communitydwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 257–262. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x>

- Harper, G. W., & Schneider, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 31, 246–252. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023906620085>
- Harrison, J., Grant, J., & Herman, J. L. (2012). A gender not listed here: Genderqueers, gender rebels and otherwise in the National Transgender Discrimination Study. *LGBT Policy Journal at the Harvard Kennedy School*, 2, 13–24. Retrieved from <http://isites.harvard.edu/icb/icb.do?keywordk78405&pageidicb.page497030>
- Hartzell, E., Frazer, M. S., Wertz, K., & Davis, M. (2009). The state of transgender California: Results from the 2008 California Transgender Economic Health survey. San Francisco, CA: Transgender Law Center. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/pubs/the-state-oftransgender-california>
- Harvard Law Review Association. (2013). Recent case: Employment law: Title VII: EEOC affirms protections for transgender employees: *Macy v. Holder*. *Harvard Law Review*, 126, 1731–1738.
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1, 335–344.
- Hastings, D., & Markland, C. (1978). Post-surgical adjustment of twentyfive transsexuals (male-to-female) in the University of Minnesota study. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 327–336. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542041>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. E., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P.,... Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 94, 3132–3154. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460–467. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029597>
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2004). Psychiatric comorbidity in Gender Identity Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 259–261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010>
- Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systemic review. *AIDS & Behavior*, 12, 1–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3>
- Herd, G. (1994). *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, NY: Zone Books.
- Herd, G., & Boxer, A. (1993). *Children of horizons: How gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*. Boston, MA: Beacon Press.
- Herman, J. L. (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people's lives. *Journal of Public Management and Social Policy*, 19, 65–80.
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garafalo, R., Rosenthal, S. M.,... Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56, 285–290. <http://dx.doi.org/10.1159/00355235>
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 6–23. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230903375560>
- Hirschfeld, M. (1991). *Transvestites: The erotic drive to crossdress* (M. Lombardi-Nash, trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910)

- Holman, C., & Goldberg, J. M. (2006). Social and medical transgender case advocacy. *International Journal of Transgenderism*, 9, 197–217. http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_09
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology*, 2, 148–162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2006.03.004>
- Hwahng, S. J., & Lin, A. (2009). The health of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning people. In C. Trinh-Shevrin, N. Islam, & M. Rey (Eds.), *Asian American communities and health: Context, research, policy, and action* (pp. 226–282). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hwahng, S. J., & Nuttbrock, L. (2007). Sex workers, fem queens, and cross-dressers: Differential marginalizations and HIV vulnerabilities among three ethnocultural male-to-female transgender communities in New York City. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 36–59. <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.36>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health, & Sexuality*, 13, 355–370. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Ippolito, J., & Witten, T. M. (2014). Aging. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 476–497). New York, NY: Oxford University Press.
- Israel, T. (2005). . . . and sometimes T: Transgender issues in LGBT psychology. *Newsletter of the Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues*, 21, 16–18.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18, 294–305. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Israel, T., Walther, W. A., Gorcheva, R., & Pery, J. S. (2011). Policies and practices for LGBT clients: Perspectives of mental health services administrators. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 15, 152–168. <http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2010.539090>
- Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42, 301–306. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8>
- Kellogg, T. A., Clements-Nolle, K., Dille, J., Katz, M. H., & McFarland, W. (2001). Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 380–384. <http://dx.doi.org/10.1097/00126334-200112010-00012>
- Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B. (2005). Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, 8, 57–66. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_06
- Kenagy, G. P., & Hsieh, C. (2005). Gender differences in social service needs of transgender people. *Journal of Social Service Research*, 31, 1–21. http://dx.doi.org/10.1300/J079v31n303_01
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 143–156. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037599>
- Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2008). Understanding spirituality and religiosity in the transgender community: Implications for aging. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20, 29–62. <http://dx.doi.org/10.1080/15528030801922004>
- Kins, E., Hoebek, P., Heylens, G., Rubens, R., & De Cuypere, G. (2008). The female-to-male transsexual

- and his female partner versus the traditional couple: A comparison. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 429–438. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230802156236>
- Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moore, R. P., & Quam, J. K. (2011). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Retrieved from <http://www.n4a.org/pdf/ReadyToServe1.pdf>
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. O. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12, 115–118. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.509215>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University.
- Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 271–288). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Palmer, N. A., & Boesen, M. J. (2014). The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in our nation's schools. New York, NY: Gay, Lesbian & Straight Education Network. Retrieved from http://www.glsen.org/sites/default/files/2013%20National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report_0.pdf
- Krieger, N. (2011). *Nina here nor there: My journey beyond gender*. Boston, MA: Beacon Press.
- Kuhn, A., Brodmer, C., Stadlmayer, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92, 1685–1689. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>
- Kulick, D. (1998). *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49, 244–254. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>
- Lambda Legal. (2012). Professional organization statements supporting transgender people in health care. Retrieved from http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/fs_professional-org-statements-supporting-trans-health_1.pdf
- Lawrence, A. A. (2014). *Men trapped in men's bodies: Narratives of autogynephilic transsexualism*. New York, NY: Springer.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, NY: Haworth Clinical Practice.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11, 74–99. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008032>
- Levy, D. L., & Lo, J. R. (2013). Transgender, transsexual, and gender queer individuals with a Christian upbringing: The process of resolving conflict between gender identity and faith. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 32, 60–83. <http://dx.doi.org/10.1080/15426432.2013.749079>
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 221–228. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>

- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42, 89–101. http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05
- Lurie, S. (2005). Identifying training needs of health care providers related to the treatment and care of transgender persons: A qualitative needs assessment in New England. *International Journal of Transgenderism*, 8, 93–112. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_09
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350, 367–378. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra022784>
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50, 453–470. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x>
- Matarazzo, B. B., Barnes, S. M., Pease, J. L., Russell, L. M., Hanson, J. E., Soberay, K. A., & Gutierrez, P. M. (2014). Suicide risk among lesbian, gay, bisexual, and transgender military personnel and veterans: What does the literature tell us? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 200–217. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12073>
- McGuire, J. K., Anderson, C. R., & Toomey, R. B. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1175–1188. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7>
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The demographics of the transgender population. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook of the demography of sexuality* (pp. 289–327). New York, NY: Springer.
- Meier, S. C., Pardo, S. T., Labuski, C., & Babcock, J. (2013). Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 463–474. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0052-2>
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14, 75–85. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Merksamer, J. (2011). *A place of respect: A guide for group care facilities serving transgender and gender non-conforming youth*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: Sylvia Rivera Law Project. Retrieved from http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2013/07/A_Place_Of_Respect.pdf
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38–56. <http://dx.doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, W. J. (2009). World Professional Association of Transgender Health's Standards of Care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11, 127–132. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008065>
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Mikalson, P., Pardo, S., & Green, J. (2012). First do no harm: Reducing disparities for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning populations in California. Retrieved from http://www.eqcal.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF

- Miller, J., & Nichols, A. (2012). Identity, sexuality and commercial sex among Sri Lankan nachchi. *Sexualities*, 15, 554–569. <http://dx.doi.org/10.1177/1363460712446120>
- Minter, S. M., & Wald, D. H. (2012). Protecting parental rights. In J. L. Levi & E. E. Monnin-Browder (Eds.), *Transgender family law: A guide to effective advocacy* (pp. 63–85). Bloomington, IN: Authorhouse.
- Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 146–158. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000029>
- Mlinac, M. E., Sheeran, T. H., Blissmer, B., Lees, F., Martins, D. (2011). Psychological resilience. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto, *Resilience in aging* (pp. 67–87). New York, NY: Springer.
- Mollenkott, V. (2001). *Omnigender: A trans-religious approach*. Cleveland, OH: Pilgrim Press.
- Moody, C. L., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 739–752. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Morales, E. (2013). Latino lesbian, gay, bisexual, and transgender immigrants in the United States. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7, 172–184. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.785467>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systemic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72, 214–231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murray, S. B., Boon, E., & Touyz, S. W. (2013). Diverging eating psychopathology in transgendered eating disorder patients: A report of two cases. *Eating Disorders*, 21, 70–74. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.741989>
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, 100, 2426–2432. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319>
- Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions in everyday life: Experiences of lesbians, gays, bisexuals, and transgender individuals. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217–240). New York, NY: Wiley.
- Nadal, K. L., Skolnik, A., & Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 55–82. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>
- Namaste, V. K. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Nanda, S. (1999). *Neither man nor woman, the Hijras of India* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- National Center for Transgender Equality. (2012). *Reassessing solitary confinement: The human rights, fiscal, and public safety consequences*. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/97473428/NCTE-Testimony-U-S-Senate-Solitary-Confinement-Hearing> National Center for Transgender Equality. (2014).
- Medicare and transgender people. Retrieved from <http://transequality.org/PDFs/MedicareAndTransPeople.pdf>
- National Coalition of Anti-Violence Programs. (2011). *Hate violence against lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-affected communities in the United States in 2011: A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs*. New York, NY: Author. Retrieved from <http://avp.org/>

storage/documents/Reports/2012_NCAVP_2011_HV_Report.pdf

National LGBTQ Task Force. (2013). Hate crimes laws in the U. S. Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/issue_maps/hate_crimes_06_13_new.pdf

National Senior Citizens Law Center. (2011). LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field. Washington, DC: Author; National Gay and Lesbian Task Force, Services and Advocacy for GLBT Elders, Lambda Legal, National Center for Lesbian Rights, & National Center for Transgender Equality. Retrieved from <http://www.nslc.org/wp-content/uploads/2011/07/LGBT-Stories-from-theField.pdf>

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J. A., Han, L., & Soma, T. (2004). HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health, 94*, 1193–1199. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1193>

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviors among male-to-female transgenders of color. *AIDS Care, 16*, 724–735. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120413331269567>

Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy, 24*, 108–125. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990902926764>

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*, 12–23. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490903062258>

O'Hara, C., Dispenza, F., Brack, G., & Blood, R. A. (2013). The preparedness of counselors in training to work with transgender clients: A mixed methods investigation. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7*, 236–256. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.812929>

Operario, D., Soma, T., & Underhill, K. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes, 48*, 97–103. <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e31816e3971>

OutServe-Servicemembers Legal Defense Network. (n.d.). Transgender service. Retrieved from https://www.outserve-sldn.org/?p=transgender_service

Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2008). Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a gender-focused network. *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 20*, 203–220. <http://dx.doi.org/10.1080/10538720802235179>

Porter, K. E., Ronneberg, C. R., & Witten, T. M. (2013). Religious affiliation and successful aging among transgender older adults: Findings from the Trans MetLife Survey. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 25*, 112–138. <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2012.739988>

Preves, S. E. (2003). *Intersex and identity: The contested self*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 23*, 1–8. <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.23.1.C01>

Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experience of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism, 6*(1).

Reed, G. M., McLaughlin, C. J., & Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context: The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist, 57*, 100–108.

57, 1041–1047. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1041>

Rodin, D., & Stewart, D. E. (2012). Resilience in elderly survivors of child maltreatment. *SAGE Open*, 2, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1177/2158244012450293>

Rodriguez, E. M., & Follins, L. D. (2012). Did God make me this way? Expanding psychological research on queer religiosity and spirituality to include intersex and transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 3, 214–225. <http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2012.700023>

Ryan, C. (2009). Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender children. San Francisco, CA: Family Acceptance Project, Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University. Retrieved from http://familyproject.sfsu.edu/files/FAP_English%20Booklet_pst.pdf

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescence and the Health of LGBT Young Adults*, 23, 205–213.

Saffin, L. A. (2011). Identities under siege: Violence against transpersons of color. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 141–162). Oakland, CA: AK Press.

Samons, S. (2008). *When the opposite sex isn't: Sexual orientation in male-to-female transgender people*. New York, NY: Routledge.

Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 607–627. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1002058505138>

Schleifer, D. (2006). Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities*, 9, 57–75. <http://dx.doi.org/10.1177/1363460706058397>

Schmidt, J. (2003). Paradise lost? Social change and Fa'afafine in Samoa. *Current Sociology*, 51, 417–432. <http://dx.doi.org/10.1177/0011392103051003014>

Serano, J. (2006). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Emeryville, CA: Seal Press.

Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality. (2012). *Improving the lives of transgender older adults*. New York, NY: Author. Retrieved from <http://transequality.org/Resources/TransAgingPolicyReportFull.pdf>

Sevelius, J. (2009). "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 398–410. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>

Sheridan, V. (2009). *The complete guide to transgender in the workplace*. Santa Barbara, CA: Praeger.

Sherman, M. D., Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Street, R. L., Jr. (2014). Communication between VA providers and sexual and gender minority veterans: A pilot study. *Psychological Services*, 11, 235–242. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035840>

Shipherd, J. C., Mizock, L., Maguen, S., & Green, K. E. (2012). Male-to-female transgender veterans and VA health care utilization. *International Journal of Sexual Health*, 24, 78–87. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2011.639440>

Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Component of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 3, 41–48. http://dx.doi.org/10.1300/J082v03n01_04

Siegel, M., & Robinson, J. (1987). Order effects in children's genderconstancy responses. *Developmental*

Psychology, 23, 283–286. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.283>

Singh, A. A. (2012). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression, finding support. *Sex Roles: A Journal of Research*, 68, 690–702. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z>

Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2009). Creating developmentally appropriate, safe counseling environments for transgender youth: The critical role of school counselors. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3, 215–234. <http://dx.doi.org/10.1080/15538600903379457>

Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2010). Shifting the counselor role from gatekeeping to advocacy: Ten strategies for using the Competencies for Counseling with Transgender Clients for individual and social change. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 241–255. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.525455>

Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. (2011). Strategies in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling and Development*, 89, 20–27. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x>

Singh, A. A., & Jackson, K. (2012). Queer and transgender youth: Education and liberation in our schools. In E. R. Meiners & T. Quinn (Eds.), *Sexualities in education: A reader* (pp. 175–186). New York, NY: Peter Lang.

Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act”: The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 20, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1177/1534765610369261>

Singh, A. A., Richmond, K., & Burnes, T. (2013). The practice of ethical and empowering participatory action research with transgender people and communities. *International Journal of Transgenderism*, 14, 93–104. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.818516>

Smith, L. C., Shin, R. Q., & Officer, L. M. (2012). Moving counseling forward on LGB and transgender issues: Speaking queerly on discourses and microaggressions. *The Counseling Psychologist*, 40, 385–408. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000011403165>

Spade, D. (2006). Compliance is gendered: Struggling for gender self-determination in a hostile economy. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 217–241). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Spade, D. (2011a). Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of the law. Brooklyn, NY: South End.

Spade, D. (2011b). Some very basic tips for making higher education more accessible to trans students and rethinking how we talk about gendered bodies. *Radical Teacher*, 92, 57–62.

Stanley, E. A. (2011). Fugitive flesh: Gender self-determination, queer abolition, and trans resistance. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 1–11). Oakland, CA: AK Press.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582–590. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>

Stein, E. (2012). Commentary on the treatment of gender variance and gender dysphoria in children and adolescents: Common themes and ethical reflections. *Journal of Homosexuality*, 59, 480–500. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653316>

Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Berkley, CA: Seal Press.

Tanis, J. E. (2003). *Trans-gendered: Theology, ministry, and communities of faith*. Cleveland, OH: Pilgrim.

- Taylor, J. K. (2007). Transgender identities and public policy in the United States: The relevance for public administration. *Administration & Society*, 39, 833–856. <http://dx.doi.org/10.1177/0095399707305548k>
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 452–459. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029604>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. H., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 37–45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037490>
- Transgender Law Center. (2005). Peeing in peace: A resource guide for transgender activists and allies. San Francisco, CA: Author. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/issues/public-accomodations/peeing-in-peace>
- Transgender Law Center. (n.d.). Transgender health benefits: Negotiating inclusive coverage. Retrieved from <http://translaw.wpengine.com/issues/health/healthinsurance>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papaimitriou, M. (2012). Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Retrieved from <http://transpulseproject.ca/wpcontent/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Supportfor-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Vanderburgh, R. (2007). *Transition and beyond: Observations on gender identity*. Portland, OR: Q Press.
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. O. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47, 337–342. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
- Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62, 878–885. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.878>
- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 306–316. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154>
- Walinsky, D., & Whitcomb, D. (2010). Using the ACA Competencies for counseling with transgender clients to increase rural transgender wellbeing. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 160–175. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524840>
- Wallace, R., & Russell, H. (2013). Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: Toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. *International Journal of Transgenderism*, 14, 113–126. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.824845>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1413–1423. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Warner, L. R. (2008). A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles: A Journal of Research*, 59, 454–463. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>
- Wentling, T., Schilt, K., Windsor, E., & Lucal, B. (2008). Teaching transgender. *Teaching Sociology*, 36, 49–57. <http://dx.doi.org/10.1177/0092055X0803600107>
- White, T., & Ettner, R. (2004). Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8, 129–147.
- White, T., & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 215–221. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-006-0591-y>

- Whitman, J. (2013). Safe schools: Prevention and intervention for bullying and harassment. In E. Fisher & K. Hawkins (Eds.), *Creating school environments to support lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students and families: A handbook for school professionals* (pp. 123–139). New York, NY: Routledge.
- Wiercxk, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F.,... T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27, 483–487. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Witten, T. M. (2003). Life course analysis—The courage to search for something more: Middle adulthood issues in the transgender and intersex community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8, 189–224. http://dx.doi.org/10.1300/J137v8no2_12
- Witten, T. M., & Eyler, A. E. (2012). *Gay, lesbian, bisexual, and transgender aging: Challenges in research, practice, and policy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- World Health Organization. (2015). Transsexualism F64.0. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F64.0>
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, DC Transgender Needs Assessment Survey*. Washington, DC: Us Helping Us, People Into Living. Retrieved from <http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml>
- Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, 8, 31–47. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_04
- Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., & Honnold, J. A. (2012). Transgender health care access of Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism*, 14, 3–17. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.689513>
- Zucker, K. J. (2008a). Children with gender identity disorder. Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56, 358–364. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>
- Zucker, K. J. (2008b). On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1361–1363. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818960cf>
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369–397. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>

ЛГБТ-инициативная группа «Выход»

«Выход» работает с 2008 года для поддержки ЛГБТ-сообществ и развития движения за равные права в Санкт-Петербурге. В рамках нашей инициативной группы работают несколько программ. Мы предоставляем бесплатную психологическую и юридическую поддержку ЛГБТ-людям и их близким, занимаемся просветительской деятельностью — проводим встречи, семинары, круглые столы, выпускаем информационные материалы по ЛГБТИК-вопросам и смежным с ними темам, ведем мониторинг дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности и гендерного самовыражения, инициируем культурные события в Петербурге, создавая площадки для диалога между различными частями общества.

Если вы нуждаетесь в **бесплатной консультации психолога**:

Запишитесь через форму на сайте (<http://comingoutspb.com/poluchit-konsultatsiyu>), по электронной почте **psych@comingoutspb.ru**, или по тел. **+7 (812) 242 54 69**

Если вы нуждаетесь в **консультации юриста** по вопросам, связанным с нарушением прав по признакам сексуальной ориентации и/или гендерной идентичности:

Запишитесь через форму на сайте (<http://comingoutspb.com/poluchit-konsultatsiyu>), по электронной почте **pravo@comingoutspb.ru**, или по тел. **+7 (812) 242 54 69** и **+7 (950) 020 39 60**

Если вы — **трансгендерный человек** и нуждаетесь в консультации от других трансгендерных людей, активистов Транс*миссии «Выхода», либо нуждаетесь в юридической консультации по смене документов:

Напишите по электронной почте **trans@comingoutspb.ru**

О других программах «Выхода» и о нашей деятельности вы можете узнать здесь:

comingoutspb.com

<https://vk.com/comingoutspb>

<https://www.facebook.com/comingoutspb>

