

Снижение вреда  
и профилактика ВИЧ  
среди ГБМСМ,  
практикующих химсекс  
и другие виды  
сексуализированного  
употребления ПАВ.  
Руководство  
для организаций  
и специалистов.



**Особые отношения ГБМСМ  
и трансгендерных людей с ПАВ**

Психосоциокультурные причины  
и последствия

Светлой памяти Льва Смирнова и Дэвида Стюарта — пионеров снижения вреда от химсекса в гей-сообществе.

Часть работы над этим Руководством была поддержана Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ). Содержимое этого Руководства отражает точку зрения автора, которая может не совпадать с точкой зрения ЕАСВ.

Значительная часть работы в рамках подготовки данного Руководства была выполнена совершенно волонтерски, либо за счёт самофинансирования со стороны ЛГБТ-портала «Парни ПЛЮС». Содержимое этого Руководства отражает точку зрения автора, которая может не совпадать с точкой зрения ЛГБТ-портала «Парни ПЛЮС».

Руководитель проекта: Евгений Писемский

Автор текста: Тимофей В. Созаев

Редактор: Анастасия Лекук

Дизайн: Ксандр Шмидт

Верстка: Ксандр Шмидт, Мария Яковлева

Издано не в России, 2024.

## Условия использования

Данная публикация «Снижение вреда и профилактика ВИЧ среди ГБМСМ, практикующих химсекс и другие виды сексуализированного употребления ПАВ. Руководство для организаций и специалистов», публикуется на условиях лицензии Creative Commons CC BY-NC-SA, т.е. «С указанием авторства — Некоммерческая — С сохранением условий».

### Ссылка при цитировании:

Созаев Тимофей. Снижение вреда и профилактика ВИЧ среди ГБМСМ, практикующих химсекс и другие виды сексуализированного употребления ПАВ. Руководство для организаций и специалистов. Ч.2: Особые отношения ГБМСМ и трансгендерных людей с ПАВ: психосоциокультурные причины и последствия. — ЛГБТ-портал «Парни ПЛЮС», 2024.



# Структура Руководства

A large, stylized number '1' in a dark red color, centered within a light gray square background.

## **Часть 1**

Непредубежденность: что такое снижение вреда?

A large, stylized number '2' in a white color, centered within an orange square background.

## **Часть 2**

Особые отношения ГБМСМ и трансгендерных людей с ПАВ: психосоциокультурные причины и последствия.

A large, stylized number '3' in a light green color, centered within a light gray square background.

## **Часть 3**

Химсекс как явление гей-сообщества: культурная уникальность, практики и эффекты.

A large, stylized number '4' in a blue color, centered within a light gray square background.

## **Часть 4**

Снижение вреда как инструмент укрепления здоровья и благополучия сообщества.

A large, stylized number '5' in a purple color, centered within a light gray square background.

## **Часть 5**

Организация комплексной работы программ снижения вреда от химсекса, centered on the community.

# Предисловие автора из 2024 года

При чтении этой, второй, части Руководства необходимо учитывать, что работа над её текстом была завершена в 2021 году, ещё до преступного военного вторжения России в Украину 24 февраля 2022 года. Это событие привело к драматическим изменениям в жизни огромного числа людей во многих странах региона, особенно в Украине.

В России вторжение сопровождалось антивоенными протестами и массовым исходом из страны людей, не согласных с действиями государственного аппарата, особенно после объявления массовой мобилизации в сентябре 2022 года. Антивоенные протесты обернулись усилением репрессивной политики государства по отношению к несогласным и полным разгромом публичной внесистемной оппозиции.

Массовая эмиграция антивоенно настроенных и либерально ориентированных россиян, экономические санкции западных стран, жизнь в условиях авторитарного государства с усиливающимися репрессиями, а также множество других факторов привели к структурной реорганизации российского общества. Какие будут долгосрочные последствия этих процессов, сейчас предсказать невозможно.

Очевидно, что перечисленные выше факторы оказывают непосредственное влияние на обращение людей к широкому спектру доступных ПАВ (как легальных, например алкоголя, так и нелегальных) с целью **самолечения**. «Коммерсантъ», со ссылкой на аналитику проекта «Если быть точным», сообщил, что 2023 год стал рекордным для России **по спросу на крепкий алкоголь** за последние девять лет, что свидетельствует **об увеличении его потребления**. Также «Коммерсантъ», со ссылкой на данные из сборника Росстата «Здравоохранение в России — 2023», сообщил, что в 2022 году был отмечен **рост постановки диагноза «алкогольная зависимость»**.

Впрочем, представители официального Минздрава и Национального научного центра наркологии поспешили опровергнуть эти данные и заявили о снижении потребления алкоголя в 2023 году, а также о том, что «данные, приведённые в отчёте Росстата об увеличении количества людей, страдающих от алкогольной зависимости, не дают основания говорить о значительном росте». Было бы странно, если бы представители государственных ведомств сказали что-то иное: это свидетельствовало бы, скажем мягко, о некоторых проблемах в той антиалкогольной кампании, которую они реализуют в рамках своих договорённостей с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

**Смертность россиян от отравлений ПАВ** (не включая алкоголь) **продолжает расти**. Эпидемия COVID-19 привела к увеличению смертности: в 2020 году она выросла на 60% по сравнению с 2019 годом; в 2021 году — на 37% по сравнению с 2020 годом; в 2022 году — на 16% по сравнению с 2021 годом. По официальным данным Государственного антинаркотического комитета, в 2023 году уровень смертности от отравлений ПАВ в целом по стране остался на уровне 2022 года. Тем не менее, в ряде регионов было зафиксировано увеличение: в Москве — на 8,5%, в Санкт-Петербурге — на 15,4%. При этом **усиливается репрессивная наркополитика** по отношению к простым потребителям, продолжается идеологическое противодействие подходу снижения вреда под предлогом борьбы с «пропагандой наркотиков» и **стигматизации** людей, употребляющих ПАВ, что фактически делает невозможным получение ими необходимой, своевременной и **основанной на фактических данных помощи**, поддержки и лечения.

Параллельно наблюдается интенсификация действий по созданию и пропаганде новой государственной идеологии так называемых **«традиционных ценностей»**. Она базируется на идее «цивилизационного противостояния» между Россией, позиционирующей себя последним оплотом «традиционных ценностей», и «коллективным Западом», стремящимся якобы разрушить эти «ценности» в сфере сексуальности, гендера и «традиционного уклада жизни». Российская (про)государственная пропаганда использует этот нарратив для обоснования вторжения в Украину, называя это «освобождением» от «ЛГБТ-фашизма», который «навязывается Украине Западом».

Идеология «традиционных ценностей» была привнесена в Россию в 1990-е годы американскими правыми, связанными с христианскими евангелическими, фундаменталистскими и харизматическими движениями, которые трансформировались в движение **«христианского национализма»** (Christian Nationalism). Борьба за «традиционные ценности» является элементом **«культурных войн»** в США с 1970-х годов. Глобальное распространение «культурных войн», «борьбы за традиционные ценности» и «христианского национализма» происходило постепенно — за счёт расширения контактов и влияния североамериканских носителей данной идеологии по всему миру.

В России она закрепилась как часть государственной политики в конце 2000-х, получив свою легализацию в 2013 году через принятие закона «о запрете пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений несовершеннолетним». В 2022 — 2023 годах **политико-идеологический гетеросексизм** российской власти перешёл на новый уровень, обретая свою плоть в новых неправовых законах: в 2022 году законе о полном запрете так называемой «пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений и смены пола» среди всего населения страны, в июле 2023 года в законе о запрете трансгендерного перехода, в ноябре 2023 года в решении Верховного суда России о внесении «международного движения ЛГБТ» в список экстремистских.

Это всё сопровождается нагнетанием **«моральных паник»** в медиа и активным победным шествием **вигилантов** «традиционных ценностей» по регионам России. В итоге Россия закрепила за собой статус международного лидера, защищающего «традиционные ценности», а ЛГБТ-сообщество стало удобным **«внутренним врагом»**, под лозунгами борьбы с которым государственная власть осуществляет **идеологическую мобилизацию** — как внутри страны, так и за рубежом.

На этом фоне многие российские ЛГБТ-люди утратили чувство физической, онтологической и экзистенциальной **безопасности и защищённости**. Вполне закономерно, что социальный и политический кризис привёл многих из них к **экзистенциальному кризису**, то есть к утрате экзистенциальных смыслов, погружению в чувства физической, онтологической и экзистенциальной угрозы, небезопасности, незащищённости, тревоги, а также к ослаблению способности видеть свои жизненные перспективы.

В результате некоторая часть ЛГБТ-людей смогла уехать из России, фактически став **беженцами, вынужденными переселенцами** во многих странах региона и по всему миру (следуя логике «Конвенции о статусе беженца» (ООН, 1951)). Их положение вызывает особую обеспокоенность, однако эту тему невозможно раскрыть в рамках данного Руководства. В то же время существенное число ЛГБТ-людей не могут покинуть Россию в силу разных причин — и их положение, даже по сравнению с 2021 годом, существенно изменилось в худшую сторону, поскольку фактически они стали **заложниками авторитарного государства**.

Данное Руководство изначально было посвящено описанию работы с одним из сегментов российского ЛГБТ-сообщества — геями, бисексуалами и другими мужчинами, практикующими секс с мужчинами (ГБМСМ), участвующими в хомосексе. В то же время, очевидно, что перечисленные выше факторы привели к фундаментальным изменениям ситуации всего российского ЛГБТ-сообщества и всех российских ЛГБТ-людей, оказывая всеобъемлющее влияние на их жизнь, здоровье и благополучие. Эти изменения также оказали непосредственное влияние на помогающих специалистов: равных консультантов, социальных работников, психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов и других специалистов, а также на некоммерческие и профессиональные организации, ограничив их возможности оказания адекватной помощи и поддержки своим клиентам.

Читателю следует учитывать этот радикально изменившийся контекст. Тем не менее, текст Руководства публикуется в неизменённом варианте 2021 года.

Тимофей В. Созаев  
Сентябрь, 2024

# Оглавление

<b>Аббревиатуры и сокращения</b>	<b>10</b>
<b>Вступительное слово руководителя проекта</b>	<b>11</b>
<b>Предисловие от автора</b>	<b>12</b>
<b>Благодарности</b>	<b>20</b>
<b>Введение</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Употребление психоактивных веществ ГБМСМ и трансгендерными людьми</b>	<b>29</b>
<b>2.2. Характер, тенденции и модели употребления ПАВ</b>	<b>31</b>
<b>2.3. Социальные детерминанты здоровья и факторы риска</b>	<b>34</b>
2.3.1. Стигматизация, микроагрессия, гомофобия, бифобия, трансфобия	39
2.3.2. Усвоенные гетеросексизм, бисексизм, трансфобия	42
2.3.3. Стресс меньшинства	45
2.3.4. Травма	48
2.3.5. Психическое здоровье, риск суицидальных тенденций, двойной диагноз	53
2.3.6. Мужская гендерная социализация и употребление ПАВ	55
2.3.7. Гендерные факторы, трансгендерные люди и ПАВ	58
2.3.8. Насилие	59
2.3.9. Уязвимость для ВИЧ, гепатитов В и С и ПАВ	68
2.3.10. Процесс становления ГBT-идентичности, камин-аут и употребление ПАВ	70
2.3.11. Семья происхождения и семья по выбору	78
2.3.12. Влияние жизненного пути	83
2.3.13. Правовой контекст как фактор риска	84
2.3.14. Опыт сообщества, коллективная травма	88
2.3.15. Синдемия	92
2.3.16. Психологическая резилентность и сильные стороны ГБМСМ и трансгендерных людей	94
<b>2.4. Работа с ГБМСМ и трансгендерными людьми, относящимися к разным группам</b>	<b>97</b>
2.4.1. Геи	98
2.4.2. Бисексуальные мужчины	99
2.4.3. Мужчины, практикующие секс с мужчинами, идентифицирующие себя гетеросексуалами	100
2.4.4. Трансгендерные люди	103
2.4.5. ГБМСМ и трансгендерные люди, живущие с ВИЧ	110
2.4.6. Молодые ГБМСМ и трансгендерные люди	113
2.4.7. ГБМСМ и трансгендерные люди старшего возраста	116

2.4.8.	ГБМСМ и трансгендерные люди, принадлежащие к этническим меньшинствам или являющиеся мигрантами	117
2.4.9.	Религиозные и консервативные ГБМСМ и трансгендерные люди	119
2.4.10.	ГБМСМ и трансгендерные люди с особыми потребностями в сфере здоровья	121
2.4.11.	ГБМСМ и трансгендерные секс-работники	122

<b>Заключение</b>		<b>123</b>
-------------------	--	------------

## Список схем

2.1	<b>Взаимодействие социальных детерминант здоровья на разных уровнях социально-экологической модели</b>	36
2.2.	<b>Спираль стыда (Роналд Т. Поттер-Эфрон)</b> Роналд Т. Поттер-Эфрон. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. стр. 54.	44
2.3.	<b>Интегративная модель стресса меньшинства</b> Тимофей В. Созаев, 2021. На основе: Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. <i>Psychological Bulletin</i> , 129(5), 674 —697. Vanden Berghe, W. J. M. E. (2013). An analysis of health outcomes among sexual minorities with a focus on the HIV/AIDS epidemic among men who have sex with men in Belgium. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universitaire Pers Maastricht. Smith-Hunter, R. M. (2016). A Community Engaged Approach to Address Intimate Partner Violence among Sexual Minority Women. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Psychology. Portland State University. Juster, R.-P., Vencill, J., Johnson P. J. (2017). Impact of Stress and Strain on Current LGBT Health Disparities. In book: Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients: What Every Healthcare Provider Should Know. Springe. pp.35-48. Goldbach JT, Gibbs JJ. (2017). A developmentally informed adaptation of minority stress for sexual minority adolescents. <i>J Adolesc.</i> 2017 Feb; 55:36-50.	47
2.4.	<b>Расширенная модель треугольника насилия Йохана Галтунга (Кирти Джаякумар)</b> Kirthi Jayakumar. Redrawing the Galtung Triangle — Finding Place for Healing Trauma in Peace Work. Transcend Media Service, 2019.	60
2.5.	<b>Типология насилия в классификации ВОЗ</b> Этьен Г. Круг, Линда Л. Дальберг, Джеймс А. Мерси & Рафаэль Лозано. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Всемирная организация здравоохранения. 2003. С.7.	61

<b>2.6. Типы и формы насилия</b>	<b>65</b>
<p>На основе: а) Culture Power and Control Wheel by Domestic Abuse Intervention Programs. б) Power and Control Wheel by Jill Cory &amp; Karen McAndless-Davis, 2008. в) The Maze of Coercive Control by Kathy Jones / DVSur5r, 2017.</p>	
<b>2.7. Модель становления гей/лейсбийской идентичности по Вивьен Каас</b>	<b>72</b>
<b>2.8. Биопсихосоциальные факторы синдемии у геев, бисексуалов и других МСМ</b>	<b>93</b>
<p>Halkitis, PN, Wolitski, RJ, Millett, GA. (2013). A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. В издании: Continuing the Advance against HIV/AIDS: A Community Driven Health Literacy and Wellness Agenda. National Minority AIDS Council. 2014, p.14.</p>	
<b>2.9. Факторы, влияющие на развитие психологической резилентности ЛГБТ</b>	<b>94</b>
<p>Erickson-Schroth, L., Glaese E. The Role of Resilience and Resilience Characteristics in Health Promotion / Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients. What Every Healthcare Provider Should Know. 2017.</p>	
<b>3.0. Модель сильных сторон меньшинств</b>	<b>96</b>
<p>Perrin, PB, Sutter, ME, Trujillo, MA, Henry, RS, Pugh, M. The minority strengths model: Development and initial path analytic validation in racially/ethnically diverse LGBTQ individuals. J Clin Psychol. 2020.</p>	

## **Список таблиц**

<b>2.1. Модель восстановления от травмы и эмпаурмента для мужчин (M-TREM)</b>	<b>52</b>
<p>Addressing the Specific Behavioral Health Needs of Men. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 56. HHS Publication No.(SMA) 13-4736. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA), 2013. P. 72...3.0</p>	
<b>2.2. Как сделать вашу организацию более дружественной к трансгендерным людям</b>	<b>109</b>
<p>Адаптировано из: A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2012. P. 99.</p>	

# Аббревиатуры и сокращения

<b>АРВ</b>	антиретровирусная терапия
<b>ВДА/ДФС</b>	Взрослые дети алкоголиков/из дисфункциональных семей
<b>ВИЧ</b>	ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
<b>ГБМСМ</b>	ГБМСМ — геи, бисексуалы и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами
<b>ГБТ-идентичности</b>	гомосексуальная, бисексуальная, трансгендерная идентичности
<b>ГБТ-фобные</b>	гомосексуально-, бисексуально-, трансгендернофобные
<b>ДКП</b>	доконтактная профилактика ВИЧ
<b>ИППП</b>	инфекции, передающиеся половым путём
<b>К—ПТСР</b>	комплексное посттравматическое стрессовое расстройство
<b>ЛГБТ</b>	лесбиянки, геи, бисексуальные и трансгендерные люди
<b>МДМА</b>	метилэ́ндио́ксиметамфе́тамин
<b>МСМ</b>	мужчины, практикующие секс с мужчинами
<b>НПВ</b>	новые психоактивные вещества
<b>ПАВ</b>	психоактивные вещества
<b>ПТСР</b>	посттравматическое стрессовое расстройство
<b>САР</b>	стимуляторы амфетаминового ряда
<b>СПИД</b>	синдром приобретённого иммунодефицита
<b>СУН</b>	сексуализированное употребление наркотиков
<b>М—TREM</b>	Men's Trauma Recovery and Empowerment Model
<b>SAMHSA</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Управление наркологическими и психиатрическими службами)
<b>α—PVP</b>	альфа-пирролидиновалерофенон
<b>в т.ч.</b>	в т.ч. — в том числе
<b>т.е.</b>	т.е. — то есть

# Вступительное слово

Идея создать это пособие возникла после того, как я сам остался один на один с проблемами, распространёнными среди гомосексуальных мужчин, использующих наркотики для секса.

Моё увлечение наркотиками, которое приносило массу наслаждения от секса, быстро превратилось в сильную зависимость, выхода из которой я не видел. Как только на горизонте возникли первые проблемы, связанные с зависимостью, я начал искать помощь. Но её просто не было в нашей стране. Не было никаких информационных материалов о хемсексе, сервисов, равных консультантов, психологов и наркологов, которые могли бы мне помочь. Мысль о том, что единственный вариант — это идти в сервисы, где я обязательно столкнусь с гомофобией, пугала меня. Однако другого выхода просто не было...

Благодаря кризису, который вызвал хемсекс в моей жизни, у меня появились возможности посмотреть на неё по-новому. Сейчас я намного лучше чувствую контакт с самим собой, чем до того, как начал постоянно использовать наркотики во время секса. Однако, я думаю, мне повезло найти помощь среди опытных коллег, работающих с наркопотребителями. Большинство геев и бисексуалов в России остаётся наедине со всеми проблемами, которые может вызывать хемсекс в их жизни.

Это пособие — часть моего личного опыта и опыта геев и бисексуалов, которые столкнулись со сложностями, вызванными хемсексом. Это пособие — часть ответа гей-комьюнити на вызовы, с которыми мы сталкиваемся в своей жизни.

Я надеюсь, что оно поможет некоммерческим организациям создать эффективную систему помощи геям и бисексуалам, которые столкнулись с проблемами, вызванными хемсексом, и не знают, как их решить.

Главный редактор ЛГБТ-сайта «Парни+»  
Евгений Писемский

# Предисловие от автора

Сложно представить более неподходящее время для публикации данного Руководства. Работа над этой книгой была начата в другом мире — мире, которого больше нет. В нём Россия стремительно становилась авторитарной империей, но ещё не была страной-агрессором, ведущей захватническую войну на территории соседнего государства. В том мире права и свободы человека в России стремительно сокращались; последовательно велось наступление на ЛГБТ-сообщества, ЛГБТ-движение, гражданское общество, неудобные властям некоммерческие организации; усиливалась репрессивная наркополитика, а 228 статья УК получила именование «народной»; отрицались современные, основанные на фактических данных, стратегии и тактики — такие, как подход снижения вреда, — ответные меры на эпидемию ВИЧ. Но, несмотря на это, в том мире ещё можно было представить что какая-то системная работа в сфере снижения вреда среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (ГБМСМ) в контексте химсекса, всё-таки возможна. Это было в сентябре 2020 года, когда мы начали работать над данным Руководством в рамках проекта, поддержанного Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ).

Сейчас, в сентябре 2022 года, когда работа над Руководством завершена, мне — его автору — сложно представить, как и кем в России его рекомендации и предложения могли бы быть приняты в работу. И без того слабая инфраструктура НКО, работающих в сфере снижения вреда, профилактики ВИЧ и ЛГБТ-инициативных групп, если не разрушена полностью, то значительно ослаблена, поскольку огромное число активистов, специалистов, равных консультантов бежало из России после того, как она начала войну против Украины.

С другой стороны, именно это время — время тотального кризиса — и является наиболее актуальным для тех предложений, которые написаны в настоящем Руководстве. Как хорошо известно, в кризисное время обращение к психоактивным веществам (ПАВ) для многих людей оказывается проверенной стратегией совладания с повышающимся стрессом. И группы населения, которые исторически подвергались различным формам стигматизации, дискриминации и угнетения (в нашем случае это геи, бисексуалы, другие МСМ и трансгендерные люди), оказываются наиболее и непропорционально уязвимыми в обращении к этой копинг-стратегии и, следовательно, в распространении ВИЧ-инфекции и расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Поэтому я надеюсь, что данное Руководство найдёт своих читателей среди тех активистов, специалистов, помогающих практиков и равных консультантов, кто остались в России и продолжают свою самоотверженную работу.

Изначально это Руководство должно было предложить альтернативу организациям и инициативам, желающим включить в свою работу услуги по снижению вреда для ГБМСМ и трансгендерных людей, употребляющих ПАВ для химсекса. Существовавшие на тот момент пособия и руководства касались либо исключительно вопросов профилактики ВИЧ в этих группах, либо снижения вреда от наркотиков в группах, относящихся к основной популяции. Химсекс и другое сексуализированное употребление наркотиков среди ГБМСМ в частности и ЛГБТ в целом в специальной литературе практически не освещались. Это создавало препятствия для организаций, работающих в сфере снижения вреда, поскольку они не всегда были знакомы со спецификой и проблемами этих сообществ. В то же время, в ЛГБТ-организациях и инициативах (даже тех, что включились в работу по профилактике ВИЧ) существуют наркофобия, непонимание проблем и потребностей ГБМСМ, употребляющих ПАВ, и подхода снижения вреда, что также является препятствием для начала работы.

По мере работы над Руководством его изначальная задумка существенно трансформировалась. При анализе имеющейся литературы оказалось, что на русском языке практически нет публикаций, которые бы доступно раскрывали **сущность подхода снижения вреда** и работали бы с наркофобными установками активистов, специалистов и волонтеров, не знакомых непосредственно с этой областью. Поэтому было принято решение включить в Руководство **первую часть**, которая знакомит читателя с методологией и философией подхода снижения вреда, создаёт понимание ценности непредубеждённости как ключевой характеристики подхода, рассказывает о существующих позициях к определению зависимости, аддикции и в целом к употреблению ПАВ, знакомит с континуумом употребления ПАВ и континуумом снижения вреда, описывает стадии изменения поведения и обращается к вопросам этики работы с людьми, употребляющими ПАВ.

Точно так же оказалось, что за годы работы ЛГБТ-движения в России и развития русскоязычной ЛГБТ-психологии, практически не существует сколько-нибудь глубоких материалов, касающихся **анализа социальных детерминант здоровья ЛГБТ-сообщества и употребления ПАВ среди ГБМСМ** (кроме редких переводных текстов). Русскоязычная ЛГБТ-психология драматично сфокусировалась на вопросах усвоенной гомофобии, камин-аута и развития квинности своих клиентов, игнорируя весь спектр остальных вопросов, характеризующих жизненный цикл представителей данной популяции. Поэтому было принято решение посвятить **вторую часть** Руководства обзору более широкого горизонта отношений ГБМСМ с ПАВ. Обширный раздел посвящён описанию социальных детерминант здоровья и факторов риска — таких, как стигматизация, гетеросексизм, стресс меньшинства, травма и т.д. До сих пор как среди самих представителей ГБМСМ-сообществ, так и среди помогающих специалистов

нет понимания **культурного разнообразия** этих сообществ и того, как делать свою работу чувствительной к культурным вопросам: различное национальное происхождение, принадлежность к разным религиям, разный возраст, опыт миграции и т.д. Поэтому второй большой раздел в этой части посвящён специфике работы с различными подгруппами ГБМСМ и трансгендерными людьми — что является необходимыми элементами **культурной компетентности** и **культурного смирения**.

Точно также была выявлена лакуна в описании **сексуализированного употребления ПАВ**. О сексуализированном употреблении наркотиков нет ни слова ни в Национальном руководстве по наркологии (под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2016 г.), ни в «Терапевтические вмешательства в аддиктологии. Практическое руководство для врачей» Зобина Н.Л. (Издательство Кнорус). Также в них нет и раздела, посвящённого описанию отношению с ПАВ ЛГБТ-сообщества как отдельной уязвимой субпопуляции. Но невозможно анализировать вопросы **химсекса как специфичной культурной практики гей-сообщества**, не раскрывая в целом опыт сообщества, касающийся сексуализированного употребления ПАВ. Поэтому **третья часть** Руководства посвящена разграничению понятий «секс под воздействием ПАВ» и «сексуализированное употребление ПАВ», а также выделению **химсекса как особой формы сексуализированного употребления, характерной для гей-сообщества и других МСМ**. Последнее особенно важно, поскольку злоупотребление термином «химсекс» приводит к неизменным ошибкам и недопониманию как среди профессионалов, так и среди широкой аудитории. В этой части раскрываются культурная и региональная специфики химсекса, описываются сексуальные практики и формы употребления; риски, с ним сопряжённые; положительные и отрицательные эффекты, которые получают люди, его практикующие; а также ставится вопрос о культурной апроприации при размывании этого понятия.

Точно также оказалось, что на русском языке не существует сколько-нибудь системных публикаций по **community building и community work** во всём многообразии этих подходов. Но для того, чтобы говорить о **снижении вреда на уровне сообщества, как о практике сообщества, ставящий в свой центр потребности сообщества**, необходимо, чтобы у читателя уже было понимание как самих этих концептов, так и следующих из них практик в контексте **укрепления здоровья** как на **индивидуальном уровне**, так и на **уровне сообщества**. Поэтому было принято решение включить в текст Руководства **четвёртую часть**, раскрывающую значение таких понятий как укрепление здоровья и благополучия, просвещение по вопросам здоровья, грамотность в вопросах здоровья, эмпаурмент сообщества в интересах здоровья и т.д., поскольку снижение вреда является инструментом укрепления здоровья и благополучия сообщества.

Также здесь говорится о микро-, мезо- и макроуровнях помогающих практик; рассматривается само понятие сообщества, такие его характеристики, как резилентность, устойчивость и здоровье; а также даётся обзор различных практик сообщества. Раскрываются подходы к здоровью и благополучию, основанные на сообществе, а снижение вреда рассматривается как практика сообщества.

И, наконец, заключительная, **пятая часть** Руководства непосредственно посвящена **рекомендациям по организации системных и комплексных программ снижения вреда среди ГБМСМ, практикующих химсекс**.

Кроме обзора основного пакета услуг через призму **социально-экологической модели** описывается многоуровневая модель программ снижения вреда с услугами на индивидуальном, межличностном, групповом уровнях и уровне сообщества. Даётся обзор основных интервенций по уровням, описывается модель организации работы по теме **«трезвый секс после химсекса»**. Даётся обзор онлайн работы и освещаются некоторые вопросы управления программами снижения вреда, включая вопросы структуры программы, системы управления программой, трудовой дисциплины, стандартов подготовки сотрудников и волонтеров, профессиональной этики и т.д. Отдельно освещаются вопросы развития травма-информированности, профессиональных компетенций, культурой компетентности и культурного смирения, уровней ЛГБТ-чувствительности сотрудников и волонтеров.

Иными словами, анализ литературы показал существенные лакуны, без заполнения которых просто текст по организации сервисов снижения вреда оказался бы выкинутым в пространство, лишённое необходимых для системного понимания характера этой работы смыслов. Это был бы очередной мёртворождённый текст, стандартно пересказывающий международные рекомендации, но имеющий лишь косвенное отношение к реальности, в которой он публикуется. Поэтому было принято решение о расширении данного текста и включения в него тех разделов, которые первоначально не были запланированы. Это существенно увеличило сроки работы над текстом, а насколько это было удачным решением — судить вдумчивому читателю.

Когда мы только планировали работу над этим Руководством, то ориентиром для нас было пособие «Поддержка людей, живущих с ВИЧ» (М., 2003) Николая Недзельского и Елизаветы Морозовой. Их руководство было одним из первых в своём роде и остаётся актуальным до сих пор. Однако с момента его публикации было издано огромное число различных документов, и нам не хотелось просто повторять то, что уже в них написано. Тем более, что зачастую информация переписывается из пособия в пособия, меняется только группа, о которой пишут, — ЛЖВ, ЛУН, СР, МСМ и так далее.

Безусловно, без повторения какой-то базовой информации писать текст в той же сфере невозможно. Однако я стремился свести к минимуму повторение и там, где это уместно, добавить отсылки к существующим русскоязычным или англоязычным ресурсам в надежде на то, что читатели данного Руководства заинтересованы в углублении своего понимания темы и смогут самостоятельно с этой информацией ознакомиться. Чтобы облегчить вам поиск, мы создали папку на Google Диске с некоторыми материалами, на которые мы ссылаемся. [Перейти на Google Диск](#)

Основой для данного Руководства послужили результаты исследования «Употребление наркотиков для химсекса среди МСМ и транс людей в Москве и Санкт-Петербурге», которое проводилось организацией «Феникс+» в 2020 году, а также существующие в данной сфере международные рекомендации и известные лучшие практики иностранных организаций, в том числе через экспертное интервью с пионером снижения вреда в гей-сообществе от химсекса Дэвидом Стюартом (David Stuart), а также основателем и лидером организации Controlling Chemsex Игнасио Лабайен Де Инса (Ignacio Labayen De Inza). Кроме того, я опирался на свой личный опыт работы по строительству ЛГБТ-сообществ с 2000 года, организационного ЛГБТ-активизма с 2006 года, работы в ВИЧ-сервисе с 2013 года, в том числе на страновом уровне.

Изначально это Руководство планировалось издавать в печатном виде и, поскольку оно не претендует на статус академического издания, было принято решение не разбавлять текст многочисленными ссылками на литературу (тем более, что она преимущественно на английском языке): это буквально сотни наименований статей в академических журналах, монографий, публикаций международных организаций и НКО. Когда стало понятно, что Руководство будет опубликовано только в электронном виде, также было принято решение не вносить изменения в изначальную задумку и не расставлять по тексту гиперссылки на цитируемую литературу, поскольку это значительно увеличило бы время предпечатной подготовки. Все ссылки на источники представлены в списке использованной литературы — отдельным PDF-файлом.

Несмотря на то, что издание не претендует на академический статус, данное Руководство будет полезно и специалистам, работающим в сфере наркологии, психиатрам-наркологам, а также сотрудникам реабилитационных центров. Здесь представлены комплексные, практически не существовавшие до этого на русском языке сведения об употреблении ПАВ в ЛГБТ-сообществе и рекомендации, как сделать работу врачей и помогающих специалистов культурно приемлемой и чувствительной к представителям этих сообществ. Для сравнения: в Великобритании подход снижения вреда является основополагающим в клинической практике

для всех специалистов, работающих в данной сфере, а химсексу уделяется пристальное внимание в официальных государственных клинических рекомендациях, принятых Департаментом здравоохранения, — Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management (Independent Expert Working Group, 2017. London: Department of Health).

При написании я столкнулся с некоторыми сложностями, связанными с поиском адекватной русскоязычной терминологии, поскольку, к сожалению, либо многие освещаемые в данном Руководстве понятия на русском языке описываются впервые, либо существующая русскоязычная терминология не помогает адекватному пониманию существующего международного опыта, идей и практик. Поэтому в ряде случаев я предлагаю новые — возможно не всегда благозвучные, но позволяющие лучше их понять — переводы и привожу в скобках термины на английском.

Мне отдельно важно подчеркнуть, что дизайн и вёрстка данного издания выполнена с учётом рекомендаций для подготовки электронных публикаций для людей в спектре нейроразнообразия, в частности для людей с дислексией.

### **Ограничения этого руководства**

Первоначально планировалось, что это пособие охватит организацию программ снижения вреда как для ГБМСМ, так и для трансгендерных людей. Однако охватить обе эти темы в рамках одного Руководства оказалось невозможно: есть какие-то сходства, но различий и специфики у каждой из этих групп намного больше. Признавая, что трансгендерные люди также вовлечены в практики сексуализированного употребления наркотиков, мы, тем не менее, считаем, что называть эти практики «химсексом» скорее неуместно. Такое обобщение размывало бы понятие, поскольку имеется ряд различий, значимых и чувствительных с как с точки зрения сообществ, так и с точки зрения предоставления сервисов. Поэтому было принято решение сфокусировать текст этого Руководства на описании организации программ снижения вреда для ГБМСМ при очень фрагментарном упоминании опыта трансгендерного сообщества.

Тем не менее, данное пособие может быть полезным и транс-активистам, которые, безусловно, лучше понимают специфику сексуализированного употребления наркотиков среди трансгендерных людей. В конце концов, описываемые здесь инструменты снижения вреда — такие как краткосрочное вмешательство, мотивационное интервью или когнитивно-поведенческие интервенции — при соответствующей корректировке, учитывающей

особенности группы и контекста, могут применяться в работе как с ГБМСМ, так и с трансгендерными людьми.

Важным аспектом снижения вреда для людей, употребляющих запрещённые ПАВ, является снижение вреда от существующей репрессивной наркополитики и репрессивного законодательства. Однако эта тема заслуживает отдельной книги, которую могли бы написать только компетентные юристы. В данном Руководстве мы предлагаем небольшое Приложение, написанное виднейшими экспертами по этой теме — Михаилом Голиченко, Арсением Левинсоном, Тимуром Мадатовым. Если консультанты смогут ознакомить клиентов с этой информацией, то и это для них будет существенной помощью в осознанном управлении своими рисками в данной сфере, что поможет сохранению их жизни, здоровья, благополучия, свободы и безопасности.

При всей широте охвата темы, данное Руководство не претендует на то, что оно является полным и исчерпывающим. Многие вопросы и темы были затронуты здесь лишь вскользь. Это Руководство призвано помочь сориентироваться, дать минимум необходимой информации и показать, где можно углубить свои знания по указанным темам.

В этом Руководстве я использую слово «наркотики» и аббревиатуру «ПАВ» как взаимозаменяемые. Я согласен со всей критикой использования слова «наркотики», в т.ч. с той, которая говорит, что оно стигматизирует сами вещества, употребляемые людьми с целью изменения состояния своего сознания. Тем не менее, в данном пособии я использую это понятие, не вкладывая в него стигматизирующей коннотации или негативного значения. Выбор этого понятия обусловлен его широким использованием, в том числе в контекстах, свободных от стигматизации, — например, в названиях сетей, объединяющих людей, употребляющих эти вещества. К сожалению, создание на все случаи жизни абсолютно корректной лексики, которая бы удовлетворила абсолютно всех, — задача недостижимая. Она не стояла перед автором этого Руководства. Выбор слов, конечно, имеет значение. Но большее значение имеет реальное отношение к явлениям, проблемам и людям.

Во время подготовки к публикации данного Руководства коллеги из ЕКОМ Илья Радевич и Николай Лунченков опубликовали «Руководство по работе с людьми, практикующими хомосекс», которое даёт прекрасные рекомендации для равных консультантов и других профессионалов по проведению индивидуальной работы с клиентами.

В своём Руководстве я минимизировал данную часть, поскольку функция этого Руководства — дать рекомендации по выстраиванию системной работы на уровне организации, инициативной группы, программы. Таким образом, два руководства прекрасно дополняют друг друга.

### Как читать это Руководство

Разные части Руководства освещают различные темы и подходят для широкого круга читателей — кто-то из них может быть специалистом в одной теме, но иметь ограниченные представления о другой. Поэтому чтение этого Руководства вполне может быть выборочным, нелинейным. Предпочтительным является **«активное чтение»** или **«чтение для практики»**, когда читатель знает, какую практическую задачу он решает и, соответственно, какая информация из данного Руководства ему может в этом помочь. Именно от того, как читатель планирует воспользоваться полученной из Руководства информацией, во многом и будет зависеть его прочтение. Иными словами, **возьмите из этого Руководства то, что применимо в вашем контексте и не обращайтесь внимание на всё остальное.**

Цель этой книги — вдохновить читателей искать собственные пути использования подхода снижения вреда там, где это возможно, и в тех формах, в каких это возможно, в конкретном контексте читателей, чтобы сохранять жизни и здоровье, преумножать благополучие людей и сообществ, частью которых мы являемся и с которыми мы работаем.

Мы будем рады получить ваши отклики, комментарии, вопросы и предложения на емейл [harmreductionchemsex@gmail.com](mailto:harmreductionchemsex@gmail.com)

Тимофей В. Созаев  
Сентябрь, 2022

# Благодарности

Я благодарен многим людям, которые поддерживали меня как на всех этапах работы над этой книгой, так и тем, общение с кем, сделало меня способным эту книгу написать. Поэтому я в полной мере могу сказать, что она является результатом нашего прямого и опосредованного взаимодействия. Тем не менее, есть несколько человек, кому я хочу выразить отдельную признательность.

Написание данного Руководства стало для меня личным и профессиональным вызовом, который я с радостью принял от моего дорогого друга и коллеги, создателя и бессменного главного редактора уникального русскоязычного ЛГБТ-портала «Парни ПЛЮС», Евгения Писемского. Его страсть, убежденность в важности этой публикации, гибкость и долготерпение в процессе написания, редактирования и предпечатной подготовки Руководства были для меня бесконечным источником поддержки и вдохновения.

За время, ценные комментарии и диалоги о рукописи на различных стадиях её становления, я благодарю клинического психолога Константина Констанцию, Максима Малышева, Дэвида Стюарта (David Stuart), Игнасио Лабайен Де Инса (Ignacio Labayen De Inza), Игоря Синельникова, Марка Кандольского, Владимира Коханевича, Ярослава Распутина, Николая Горбачева, Марину Владимирову, Маргариту Татарченко, Владана Райнса и человека, который попросил не упоминать его имени.

За создания приложения, освещающего некоторые юридические вопросы, я благодарю Михаила Голиченко, Арсения Левинсона и Тимура Мадатова. За важные инсайты, вдохновение, навигацию по некоторым темам, профессиональную и дружескую поддержку я благодарю Валентину Самус, Алексея Лахова, Марию Пепперль, Светлану Гаврилову, Антона Макинтоша, Петра Ульянова, Петра Смирнова, Кита Уолтерса (Keith Walters) и мою маму — Нину Созаеву.

За профессиональное редактирование рукописи и подготовку её к публикации, я благодарю Анастасию Лекук, а за дизайн и вёрстку с использованием принципов универсального дизайна, чтобы книга была доступна и читателям с особенностями восприятия текста, я благодарю Ксандера Шмидта и Марию Яковлеву.

И, наконец, я благодарю Терри Каванах (Terry Cavanagh), Лероя Мейкл (Leroy Meikle), Эда Волфа (Ed Wolf) и всё сообщество Радикальных фей Портленда (Орегон, США), оказавших мне витальную поддержку, ставших моей семьёй по выбору, и показавших мне в реальности, что такое травма-информированное сообщество, практикующее снижение вреда как глубинный принцип межличностного общения и субъект-СУБЪЕКТНОГО сознания.

Любые ошибки, неточности и недочёты остаются исключительно на моей совести.

# Введение

В своей книге «Практическая терапия снижения вреда» психотерапевты Патт Деннинг и Дженни Литтл пишут: «Чтобы использовать принципы, изложенные в этой книге, клиницисты должны разработать своего рода “информированный эклектизм” (informed eclecticism). Информированный эклектизм — это, по определению Цукера, хорошо продуманная смесь теорий, подходов и техник, которые достаточно гибки, чтобы работать с широким кругом клиентов, и в то же время достаточно последовательны, чтобы мы могли сообщать о своей работе друг другу и давать нам основание для самооценки».

Данное Руководство для организаций и специалистов, работающих с геями, бисексуалами и другими МСМ, практикующими химсекс, строится на тех же принципах **информированного эклектизма**. В нём представлено множество теоретических моделей и практических инструментов, помогающих создать программы снижения вреда для людей, относящимся к этим сообществам. **Это Руководство, междисциплинарное по своему характеру, стремится создать объёмную картину самого химсекса как уникальной культурной практики гей-сообщества, а также тех программ, которые могут быть созданы для удовлетворения потребностей людей, вовлечённых в эту культурную практику.**

**Основопологающим для этого Руководства является подход снижения вреда.** Зачастую в современной России он неверно понимается как чиновниками, так и специалистами-наркологами как подход «поощряющий» людей к употреблению ПАВ. Однако нет ничего более далекого от реальности, чем данное заблуждение. В самом названии подхода заложено однозначное понимание того, что употребление ПАВ сопряжено с риском и вредом. Однако этот подход **реалистично** воспринимает людей и их поведение, поэтому из него **изъято моральное осуждение людей, обращающихся к ПАВ.** Снижение вреда предлагает прагматичные и гуманные инструменты работы для решения проблем этих людей как в их отношениях с ПАВ, так и с их собственным здоровьем, а также социальным окружением. Одна из ценностей снижения вреда заключается в принципе: «Поддержка, а не наказание или осуждение».

Снижение вреда опирается на современные научные представления о **процессе изменения поведения людей**, а также на понимание того, что такое **психологическая травма** и какое воздействие она оказывает на человека.

**Снижение вреда — это реалистичный подход, подчёркивающий, что у каждого человека развиваются свои уникальные отношения с ПАВ, и изменить эти отношения может быть очень нелегко в силу разнообразных причин.**

Модель изменения поведения утверждает, что **человек меняет поведение тогда, когда у него есть для этого достаточно навыков и сил.**

До изменения поведения он может многократно предпринимать попытки и они могут не приводить к желаемому результату. Но это не означает, что они бесполезны. **Изменение поведения развивается по спирали**, каждый раз на новом витке, который позволяет сделать выводы и чему-то научиться из опыта предыдущего витка.

**Ошибки и недостижение результата — это естественная и нормальная часть процесса научения. Поэтому к ним необходимо относиться с вниманием и уважением, а к самим себе — с самосостраданием.**

Говоря о снижении вреда, зачастую забывают о двух его принципах.

Первый: **«Если ты не употребляешь наркотики — не употребляй».**

**Поэтому профилактика употребления является важным элементом подхода снижения вреда.** Только строится эта профилактика

на других принципах, отличающихся от широко распространённых запрета и запугивания — **принципах знания, понимания и оценки рисков.**

И профилактика употребления во многих случаях оказывается эффективной.

Однако, как это показывают многочисленные данные, в случае переплетения множества факторов — в том числе психологической травмы, культурного насилия и угнетения, недоступности культурно приемлемой психологической помощи и поддержки — профилактика может оказаться неэффективной и человек обращается к ПАВ как инструменту самолечения.

**И снижение вреда верит: если человек уже на самом начальном этапе своих отношений с ПАВ будет уметь управлять своими рисками и знать, как он может снизить вред, то это поможет сохранить его здоровье и жизнь, предотвратить развитие проблемных отношений с ПАВ.**

Второй, зачастую забываемый принцип: **«Воздержание от употребления — это опция на континууме снижения вреда».**

Поддерживаемая в современной культуре выздоровления ложная дихотомия «трезвость — пьянство», «воздержание — употребление» как будто бы выводит воздержание из орбиты снижения вреда, устанавливая свой примат на трезвость и здоровый образ жизни. И это ложное убеждение способствует тому, что люди ставят перед собой изначально нереалистичные цели

и, не достигая их, испытывают токсичный стыд и вину, самоосуждение и полное бессилие, что может приводить к ещё большому риску в их отношениях с ПАВ. Поэтому подход **снижения вреда говорит о том, что изначально важно выбирать реалистичные цели (пусть и небольшие), двигаться малыми, но приводящими к успеху шагами, поскольку положительный опыт побуждает двигаться дальше — к новому положительному опыту.** И на этом пути важна поддержка, помогающая человеку работать в его «**зонах ближайшего развития**», как это называл Л.С. Выготский.

**Успешная работа в сотрудничестве с равным консультантом, психологом или другим помогающим практиком в зоне ближайшего развития, когда профессионал помогает клиенту создать реалистичный план снижения вреда и сопровождает в движении по нему, становится залогом реального уменьшения рисков, которым подвергает себя человек, употребляющий ПАВ.**

При этом подход снижения вреда настойчиво повторяет, обращаясь к людям, употребляющим ПАВ: **«Для того, чтобы получить помощь, для того, чтобы снижать вред, вам не нужно прекращать употреблять ПАВ».** И консультанту действительно необходимо искренне разделять это убеждение, для того, чтобы не навязывать клиенту свою собственную скрытую повестку. Употребление ПАВ — это, с точки зрения клиента, наилучший способ себе помочь. **Его отношения с ПАВ — сложные и запутанные, и человек будет защищать эти отношения от внешней интервенции, даже если понимает, что эти отношения приносят ему вред.** Поэтому в том, как клиент может снижать вред в этих отношениях, **консультант должен стать его союзником**, а не оппонентом или врагом, от которого нужно обороняться, защищая свои отношения с ПАВ.

**Отсутствие скрытой повестки со стороны консультанта или психотерапевта, принятие клиента в том, на каком витке отношений с ПАВ он сейчас находится, — это основа для построения доверительных отношений и/или терапевтического альянса.**

Именно доверие в отношениях клиента и консультанта является фундаментом для выбора клиентом реалистичных и релевантных для себя целей снижения вреда. Ещё раз: **эта позиция не потворство употреблению ПАВ, но реалистичное признание сильных и слабых сторон конкретного человека, его потребностей и способностей в настоящий момент**

**времени и, в итоге, признание, что именно он является экспертом в своей жизни.**

Как отмечается в докладе Глобальной комиссии по наркополитике, **употребление ПАВ и стремление к изменённому состоянию сознания являются культурной универсалией, присутствующей во всех известных на данный момент человеческих культурах.** Люди не только на протяжении всей истории употребляли ПАВ, но и накапливали опыт взаимодействия с ними, опыт **минимизации** того **ущерба**, который ПАВ могут нанести человеческому здоровью и социальным отношениям.

**Снижение вреда — это традиционная практика, сопровождающая всю историю развития человечества, и современное снижение вреда — это подход, вбирающий в себя многовековую мудрость человечества для достижения большего здоровья и благополучия человеческих сообществ.**

И эта мудрость включает всё **многообразие подходов**: от более безопасного употребления, контролируемого или управляемого употребления, до воздержания от употребления.

Взгляд на химсекс через призму подхода снижения вреда помогает понять и увидеть, что **химсекс — это не столько проблема наркотиков, сколько выражение других, более глубоких вопросов.** Поэтому неотъемлемой частью подхода снижения вреда и данного руководства является **травма-информированность.** Если проанализировать, зачем геи, бисексуалы и другие МСМ начинают практиковать химсекс и почему они продолжают его практиковать, несмотря на все те проблемы и сложности, к которым он может приводить, то мы получим ответ на вопрос, чего людям не хватает в трезвом состоянии, что препятствует им получать удовольствие в трезвом сексе. И окажется, что **подавляющая часть этих препятствий и потребностей фокусируется в сфере психосоциокультурной — сфере усвоенного гетеросексизма, традиционной мужской гендерной социализации, сексофобии.** И это задаёт нам важное направление: **если мы действительно хотим помочь людям снижать вред от ПАВ и сформировать сексуальные отношения без ПАВ, которые будут отвечать их потребностям, то нам необходимо сосредоточиться и на этих психосоциокультурных вопросах.** И это подразумевает **многоуровневую работу как на эмоциональном, так и на когнитивном уровне** — работу с травмами, вызванными усвоенным гетеросексизмом и традиционной мужской гендерной социализацией. Поэтому как психиатрам-наркологам, так и сотрудникам реабилитационных центров необходимо знать, что такое

**травма-информированная гей-аффирмативная** психотерапия и обладать навыками её использования.

**Химсекс — это коллективная практика. Это значит, что работы исключительно на индивидуальном уровне не будет достаточно. Необходима работа на уровне сообщества. Поэтому в данном случае необходимо говорить о снижении вреда как практике сообщества, центрированной на сообществе и, желательно, под руководством сообщества.**

И здесь огромное место принадлежит организациям сообщества, активистам, равным консультантам, комьюнити-центрам и ЛГБТ-медиа. Обращение к **социально-экологической модели** позволяет укрепить идею о том, что ЛГБТ-сообщества, по крайней мере какие-то его части, группы, субкультуры, сцены могут **формировать такие экосистемы**, в которых снижение вреда, здоровье и благополучие будут **реальной ценностью, выражающейся в реальных практиках сообщества.**

**Социально-экологический подход к снижению вреда позволяет сосредоточиться на отношениях между человеком и его окружением; между человеком и теми группами, сообществами, частью которых он является; между самими этими группами и сообществами, принятыми в них ценностями, нормами и практиками, которые способствуют снижению вреда, здоровью и благополучию.**

Человек не остров, и различные сообщества, связанные друг с другом, оказывают взаимное влияние. На них, в свою очередь, оказывает влияние более обширный контекст — контекст социальных структур, институтов, культуры, политики, экономики. И понимание этой **структурной модели**, в том числе **структурного насилия, коллективной и исторической травмы сообщества**, является ключевым для подхода снижения вреда.

Поэтому снижение вреда предаёт фундаментальное значение **эмпатурменту — обретению сил и способностей оказывать положительное влияние на собственную жизнь**. Речь идёт как об индивидуальном эмпатурменте, так и эмпатурменте сообществ. Для исторически угнетаемых и стигматизируемых сообществ, которые живут под гнётом культурного насилия, ключевым оказывается **принятие силы, принятие возможности контролировать собственную жизнь и вносить посильный вклад в развитие собственного сообщества.**

Роль ПАВ в этом процессе неоднозначная: для кого-то они могут стать инструментом эмансипации, но для других этот путь может привести к ещё большей потере внутренней силы, потере способности контролировать собственную жизнь, к зависимости от ПАВ, разрушению социальных связей, имеющихся кругов поддержки. И если это происходит, то человеку может понадобиться огромная работа по восстановлению своего психического и физического здоровья, отношений с близкими и сообществом. И важнейшую роль в этом играют **системы самопомощи сообщества**. В каких-то случаях эти системы существуют уже — человеку нужно лишь помочь стать их частью. Но в других случаях таких систем может не существовать и **их нужно создавать с нуля**.

**Самопомощь и взаимопомощь — это ключевой элемент подхода снижения вреда на уровне сообщества. Именно через практики самопомощи и взаимопомощи и формируются сообщества как таковые.**

На уровне полевой работы в центре снижения вреда находятся каждый отдельный человек, его история, его отношения с близкими и сообществом. Но также в центре снижения вреда находятся и другие уровни социально-экологической системы. В том числе тот **язык**, на котором ведётся разговор о людях, употребляющих ПАВ, о самих ПАВ, о тех рисках, которые сопровождает это поведение. Поэтому при написании этого Руководства я постоянно держал в своём сознании вопрос, прочитанный мною в тексте Энтони К. «Лига «Деконструкция аддикции»»: «Каким образом мы можем гарантировать, что способ, которым мы говорим, пишем и действуем в этой сфере, не усиливает желание людей пойти и что-нибудь употребить и не способствует увеличению риска в жизни людей?». И я верю, что ответ на этот вопрос возможен без того, чтобы начать демонизировать ПАВ или ложно утверждать о существовании «одного единственного пути к спасению от зависимости». Как показывает опыт, **универсального, общего для всех людей пути не существует: что работает для одних, может совершенно не подходить другим**. Но среди «истинно верующих» в эксклюзивную спасительность своего метода зачастую распространена банальная «ошибка выжившего», а все, кому этот метод не подошёл, объявляются недостаточно приложившими усилия и поражёнными «духовной болезнью».

В противоположность этим подходам, задачи снижения вреда намного более приземлённые: **предложить человеку действия, которые он сможет сделать для того, чтобы в конкретный момент использования ПАВ он остался жив, были уменьшены риски передозировки и распространения ВИЧ и других инфекций**. Здесь не говорят громкие

слова о «духовном пробуждении», хотя для кого-то путь снижения вреда может быть именно таким путём. **Чтобы снижать риски и уменьшать вред, человеку не нужно отказываться от своих убеждений и принимать новое «спасительное» мировоззрение. Его спасают конкретные его действия, навыки осознанности по отношению к своему поведению и состоянию здоровья.** Таким образом, к основным принципам снижения вреда относятся следующие:

- Встречать людей там, где они есть.
- Самолечение наркотиками — это вопрос здоровья, а не преступления.
- Понимание воздействия психологической травмы.
- Существует больше одного пути к выздоровлению.
- Не существует выздоровления от фатальных передозировок.
- Мы можем предотвратить смерти от передозировок.
- Поддержка, а не стигма или наказание.
- Не каждый готов, имеет силы и навыки перестать использовать наркотики.
- Противоположность зависимости — взаимосвязь.

Эти принципы доказали свою эффективность в простых и основанных на фактических данных практиках, которые, в том числе, описаны в настоящем Руководстве.



## Часть 2

# Особые отношения ГБМСМ и трансгендерных людей с ПАВ: психосоциокультурные причины и последствия



### Из этой части вы узнаете:

- общие сведения, касающиеся употребления ПАВ ГБМСМ и трансгендерными людьми;
- характеристики и модели употребления, а также факторы, которые делают ГБМСМ и трансгендерных людей более уязвимыми перед потенциально опасными сценариями употребления ПАВ;
- специфику различных субгрупп ГБМСМ и влияние этой специфики на эффективность работы в процессе сопровождения их в рамках проектов снижения вреда и наркологической помощи.

Профессиональные равные консультанты проектов снижения вреда не могут непосредственно работать с большинством вопросов, касающихся психического здоровья и благополучия, травмы, стыда, опыта сексуального насилия и пр. и описывающихся в этой части. Однако они должны иметь достаточные представления по этим вопросам, обладать компетенциями, позволяющими проводить первичную оценку клиентов и тем самым выявлять проблемы в этих сферах и при необходимости переадресовывать к специалистам, имеющим необходимую квалификацию для работы с конкретным вопросом. Специалистам-наркологам данная информация также окажется полезной, поскольку раскрывает социальные детерминанты здоровья пациентов, относящихся к сексуальным и гендерным меньшинствам.

## 2.1.

# Употребление психоактивных веществ ГБМСМ и трансгендерными людьми

Употребление ПАВ ГБМСМ и трансгендерными людьми — явление такое же сложное и многогранное, как и употребление ПАВ во всём обществе. Как отмечается в авторитетном «Руководстве для поставщиков медицинских услуг по вопросам злоупотребления ПАВ для ЛГБТ», изданном Управлением наркологических и психиатрическими службами США в 2012 году, **определить точные показатели частоты и распространённости употребления ПАВ среди ЛГБТ трудно** даже на Западе, где соответствующие исследования ведутся.

Это связано как с **неопределённостью количества ЛГБТ-популяции**, так и с тем, что ведущиеся генерализованные исследования об употреблении ПАВ **не задают вопрос о сексуальной ориентации и трансгендерном статусе**. Кроме того, существующие исследования об употреблении непосредственно среди ЛГБТ сложно поддаются сравнению из-за **несовместимости методологий**. Сказывается и то, что последние не всегда чётко определяют разницу между **употреблением** и **злоупотреблением** (или **проблемным употреблением**) ПАВ, что также затрудняет сравнение. Как и во всём обществе, **не любое употребление ПАВ ГБМСМ и трансгендерными людьми вызывает сложности и становится проблемным**.

Тем не менее, это научно подтверждённый на материале западных стран факт: **ЛГБТ-люди как субпопуляция употребляют ПАВ в среднем больше, чем негетеросексуальные и нетрансгендерные люди**. У ЛГБТ также выше уровень злоупотребления ПАВ, они с меньшей вероятностью воздерживаются от ПАВ и с большей вероятностью будут продолжать увеличивать употребление ПАВ в позднем возрасте. На это влияет и постоянный стресс меньшинства; и уровень распространения в обществе всего разнообразия стереотипов и фобий (гомофобии и пр.) по отношению к сексуальным и гендерным меньшинствам, включая связанное с ними насилие; и усвоенный гетеросексизм, который напрямую соотносится с процессом становления ЛГБТ-идентичности конкретного человека; и исторические особенности формирования современных городских ЛГБТ-сообществ с оформлением разнообразия сегментированных сцен (например, клубная гей-сцена, медведи, БДСМ-сцена, химсекс-сцена и пр.).

### Понятие «сцена», «гей-сцена»

Использование понятия «сцена» (**scene**) в качестве аналитической и описательной категории ознаменовало уход от субкультурной теории в социологии, этнографии и культурных исследованиях, которая объективировала тех, кого исследовала.

**Оно наделило их голосом, чтобы показать жизнь через их собственную призму.** Этот подход используется в исследованиях **посттрадиционных сообществ**, к которым, безусловно, относится и гей-сообщество, поэтому в литературе используется понятие «**гей-сцена**» (**gay-scene**).

**Исследование сцены — это исследование действия, индивидуализации, построения сообщества, образа жизни и взаимодействия.** Люди, вовлечённые в сцены, с одной стороны, **индивидуализированы**, а с другой стороны, в силу этого **формируют новые посттрадиционные формы социальной интеграции — сообщества.** «Сцены — это сообщества, связанные с образом жизни, и как таковые они являются не географически, а **символически, эстетически и тематически расположенными «территориями» в социальном пространстве.** Принадлежность к сценам определяется не личностными атрибутами, а **стилистическими аспектами поведения, общения, потребления, способов мышления** и т.д... (Эти сообщества) тематически сфокусированные культурные сети людей, которые **разделяют определенные материальные и/или ментальные формы коллективной самостилизации** и которые **стабилизируют и развивают эти сходства в типичных местах в типичное время в качестве сцены».**

В русском языке уже устоялись понятия «молодёжные сцены», «клубная сцена» и «наркосцена». Если активисты внимательно ознакомятся с теоретической рамкой этого подхода, они смогут найти для себя важные инструменты, которые помогут им более эффективно работать со своими сообществами.

**Понимание специфики этой субпопуляции, влияния на нее средовых факторов, особенностей** — в том числе конкретных моделей употребления ПАВ, — с которыми она сталкивается в контексте употребления ПАВ, необходимо всем, кто работает с этой группой, чтобы **обеспечить комплексную и компетентную поддержку и сопровождение.**

В том числе поэтому зачастую в процессе работы с зависимым поведением необходимо решить вопросы, связанные именно с их опытом как ЛГБТ. Как говорится в специальном докладе «Сталкиваясь с зависимостью в Америке», **специализированные программы лечения, предназначенные именно этой группе, показывают более высокий уровень эффективности в сравнении с аналогичными, но не специализированными программами.**

**Способность оказывать культурно приемлемые услуги для ЛГБТ-клиентов составляет основу культурной компетентности и культурного смирения помогающих специалистов в данной сфере.**

## 2.2.

# Характер, тенденции и модели употребления ПАВ

**Характер употребления** ПАВ ГБМСМ и трансгендерными людьми так же **разнообразен**, как и обществом в целом. Однако кроме всего прочего он **обусловлен разнообразием самих ЛГБТ-сообществ и представленных здесь культурных сцен**, а также **особым опытом** ГБМСМ и трансгендерных людей в рамках их социокультурного контекста, включая уровень гомофобии и трансфобии, социальной маргинализации, стигматизации и дискриминации этих сообществ.

Как и в обществе в целом, ГБМСМ и трансгендерные люди могут употреблять ПАВ в **рекреационных целях** — в первую очередь, в контексте баров и клубов, атмосфера которых располагает к употреблению ПАВ (в особенности алкоголя) и которые долгое время оставались единственным легальным местом встречи ГБМСМ и части трансгендерных людей. Взаимное проникновение рейв-сцены и клубной гей-сцены способствовало более широкому распространению в этой части гей-сообщества «наркотиков для вечеринок» (party drugs) или «классических клубных наркотиков», таких как экстази, амфетамин, кокаин.

Учитывая влияние на ГБМСМ и трансгендерных людей постоянных факторов — таких как стресс меньшинства, гетеросексизм и гомофобия, — различить, в каких случаях имеет место исключительно рекреационное использование ПАВ, а в каких — **самолечение** (self-medication), чтобы уменьшить давление стрессоров, депрессии и травматичного опыта, невозможно. Сложность, в том числе, обусловлена тем, что, как известно, **не все мотивы могут одинаково осознаваться человеком**.

**Часть мотивов будет играть решающую роль в его поведении, при этом для него самого они могут оставаться неосознаваемыми.**

По-видимому, и самолечение, и рекреационное использование, и какие-то другие мотивы имеют примерно равное значение для употребления ГБМСМ и трансгендерными людьми ПАВ.

Западные исследования показывают, что **некоторые наркотики пользуются большей популярностью** среди ГБМСМ, чем в других популяциях. Так, отмечается более частое употребление ГБМСМ марихуаны, психоделиков, галлюциногенов, седативных средств, транквилизаторов, стимуляторов, в т.ч. кокаина, МДМА, метамфетамина, бутирата. Амилнитритные ингалянты («попперс») ГБМСМ употребляют в 21—33 раза чаще, по сравнению с гетеросексуалами.

Отмечается, что употребление клубных наркотиков может привести к более рискованному сексуальному поведению под их воздействием. А употребление попперсов сопряжено с сексуальным поведением высокого риска, включая потенциально более травматичные сексуальные практики. При этом **следует различать секс под воздействием наркотиков и сексуализированное употребление наркотиков**. Подробнее о сексуализированном употреблении наркотиков (СУН), в т.ч. химсексе, как одной из форм СУН вы прочитаете в Части 3. Однако здесь важно отметить, что **сексуализированное употребление наркотиков среди ГБМСМ и трансгендерных людей распространено чаще, чем среди гетеросексуальной популяции**.

Как отмечают западные исследователи, за последние несколько лет произошли изменения в структуре употребления наркотиков среди ГБМСМ с заметным **переходом от клубных наркотиков** (например, МДМА) **к использованию препаратов, связанных с химсексом**. В частности, как отмечает Дэвид Стюарт, именно этот переход от «классических клубных наркотиков» (экстази, амфетамин, кокаин) к «классическим препаратам для химсекса» переключила часть участников гей-сцены Лондона с гей-клубов на ещё более сексуально открытые пространства саун и частных вечеринок.

Среди ГБМСМ и трансгендерных людей, также, как и в общей популяции, фиксируется рост употребления так называемых **новых психоактивных веществ** (НПВ) или «дизайнерских наркотиков». Многие из них, в частности мефедрон и  $\alpha$ -PVP, могут использоваться в сексуализированном контексте, в т.ч. в практиках химсекса, но могут употребляться и вне него. **Отмечается более высокий аддиктивный потенциал этих веществ**, развивающих сильнейшую психологическую зависимость, сравнимую с зависимостью от метамфетамина.

ГБМСМ и трансгендерные люди употребляют наркотики всеми разнообразными способами. В том числе и инъекционным. В США и Западной Европе фиксируется высокий уровень инъекционного употребления метамфетамина. В России, в силу большей распространённости и доступности, фиксируется большее инъекционное употребление мефедрона и  $\alpha$ -PVP.

**При этом люди, употребляющие наркотики инъекционным способом, подвергаются большей стигматизации как среди других людей, употребляющих наркотики (неинъекционным образом), так и среди ГБМСМ и трансгендерных людей.**

Это подтверждает и исследование, проведённое порталом «Парни ПЛЮС» среди людей, практикующих химсекс в Москве и Санкт-Петербурге.

Значимой проблемой называется и то, что многие программы снижения вреда ориентированы на гетеросексуальных потребителей героина и, таким образом ГБМСМ и трансгендерные люди, употребляющие **инъекционно** метамфетамин, мефедрон или  $\alpha$ -PVP, остаются вне фокуса их внимания и не могут получить необходимые им сопровождение и поддержку. При этом сообщается, что именно среди ГБМСМ и трансгендерных людей, употребляющих метамфетамин инъекционным образом, по-видимому, **наблюдается более высокие показатели распространённости ВИЧ и гепатитов, чем среди гетеросексуалов**, употребляющих наркотики инъекционно, или геев и бисексуалов, которые не употребляют метамфетамин.

Также отдельно отмечается, что ГБМСМ и трансгендерные **люди, живущие с ВИЧ, чаще употребляют ПАВ**, чем ГБМСМ и трансгендерные люди с ВИЧ-отрицательным статусом. Отмечаются различия в моделях употребления ПАВ между ГБМСМ и трансгендерными людьми с ВИЧ-положительным статусом и без него.

**Культурная травма, связанная с эпидемией ВИЧ, влияет на всех ГБМСМ и трансгендерных людей. Однако личный опыт делает ГБМСМ и трансгендерных людей, живущих с ВИЧ, более уязвимыми к формированию более проблемных моделей употребления ПАВ, распространению ИППП, включая гепатиты, возникновению психологических проблем и других психо-поведенческих сложностей.**

Несмотря на то, что Россия была участницей глобального Европейского интернет-исследования среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (EMIS) в 2010 и 2017 годах, обозначить количественные данные распространённости и моделей употребления ПАВ среди российских ГБМСМ крайне затруднительно. По данным отчёта исследования за 2010 год, в котором приняло участие 5035 респондентов, употребление ПАВ распределяется следующим образом: 3% «клубные наркотики», 5,5% марихуана, 3% седативные вещества, 9,7% попперсы. При этом 35% респондентов отметили ежедневное употребление алкоголя.

Излишне говорить о том, что за 10 лет значимые изменения произошли как на гей-сцене, так и на наркосцене, а также в контексте жизни российских ГБМСМ, что не могло не повлиять на динамику употребления ими ПАВ. Однако сравнить данные 2010 года не с чем, поскольку российский национальный отчёт по результатам исследования в 2017 году — на момент написания этого Руководства в 2021 году — опубликован не был.

В то же время исследование, проведённое «Парни ПЛЮС» в 2020 году, имеет значимое ограничение, поскольку изначально к участию приглашались те, кто уже практикует хймсекс. Таким образом, в настоящее время нет прямых данных о распространённости и моделях употребления ПАВ российскими ГБМСМ и трансгендерными людьми, и любые утверждения могут носить лишь оценочный характер. Поэтому одной из насущных потребностей для ЛГБТ-инициатив и ВИЧ-сервисных организаций, работающих с сообществом, является проведение исследований на эту тему.

Простые и эффективные инструменты снижения вреда при хймсексе:

Дэвид Стюарт. [Хймсекс: План заботы](#)

Дэвид Стюарт. [Хймсекс: Первая помощь](#)

Дэвид Стюарт. [Хймсекс-психоз](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.3.

# Социальные детерминанты здоровья и факторы риска

Кроме общих для всех людей факторов риска, приводящих к запуску механизмов, способствующих развитию проблемных моделей употребления ПАВ, **для ГБМСМ и трансгендерных людей можно выделить группу уникальных факторов, которые проявляются на всех уровнях общества и культуры как системы и характеризуют опыт именно этих сообществ.**

Общее понимание этих факторов и механизмов их работы важно не только для проектов снижения вреда и наркологической помощи, работающих

непосредственно с ГБМСМ и трансгендерными людьми, но и для проектов снижения вреда и наркологической помощи широкой направленности. Вполне вероятно, что во всех этих программах есть ГБМСМ и трансгендерные клиенты, которые не совершают камин-аута перед сотрудниками программ из опасения получить негативную реакцию, а сами сотрудники не спрашивают клиентов об их сексуальной ориентации/гендерной идентичности, поскольку считают несущественной эту информацию для оказания поддержки своим клиентам.

Тем не менее, существующий консенсус между учёными и специалистами, работающими в данной сфере, состоит в том, что **понимание профессионалами специфики группы, с которой они работают, и сознательная демонстрация открытой и непредубеждённой позиции не только оказываются значимыми для установления доверительного контакта между клиентом и профессионалом, но и помогают сделать всю работу более клиентоориентированной.**

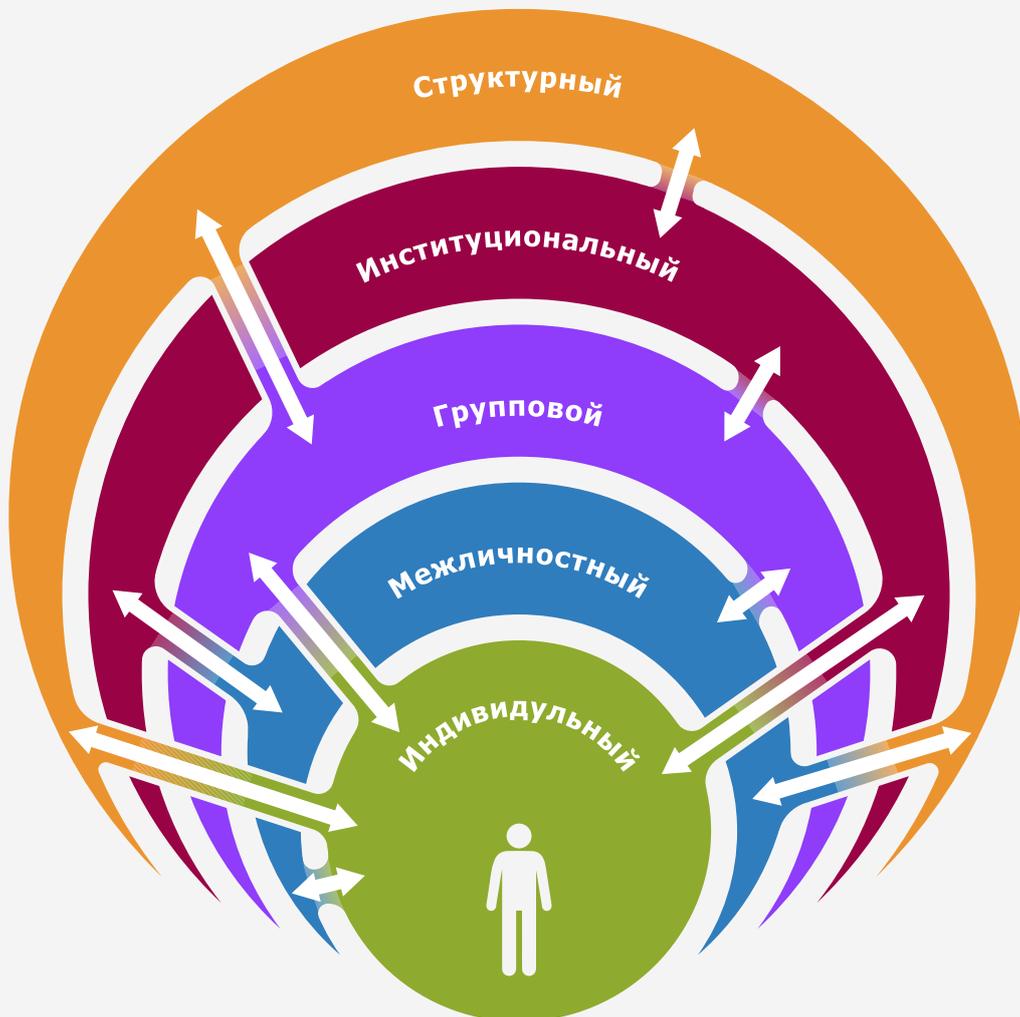
В настоящее время учёные и медики всё больше говорят не только о биологических и индивидуальных поведенческих определяющих состояния здоровья как отдельного человека, так и различных популяционных групп, но и о **социальных детерминантах здоровья (Social determinants of health)** — социальной среде, физической среде и услугах здравоохранения.

**Социальные детерминанты здоровья — это факторы, которые не поддаются контролю человека, накапливаются в течение жизни и сохраняются из поколения в поколение.**

К **факторам социальной среды**, в частности, относят дискриминацию, бедность, уровень образования, семейное положение, стигму и пр. К **физической среде**, в свою очередь, относят место проживания, лишение свободы, плотность населения, застроенность пространства и пр. К **факторам услуг здравоохранения** относят доступ к медицинским услугам, наличие медицинской страховки, качество медицинских услуг, медицинскую грамотность и пр. Как отмечает ВОЗ, «**именно социальные детерминанты здоровья лежат в основе большинства несправедливостей в отношении здоровья, то есть дискриминационных и устранимых различий в показателях здоровья, наблюдаемых в странах и между странами.**»

**Все детерминанты здоровья непосредственно влияют на возникновение факторов риска и проявляются на различных уровнях социокультурной системы.**

Схема 2.1. Взаимодействие социальных детерминант здоровья на разных уровнях социально-экологической модели



В соответствии с социально-экологической моделью, выделяют **индивидуальный**, **межличностный**, **групповой**, **институциональный** и **структурный** уровни социокультурной системы. Соответственно, одни и те же факторы риска проявляются и функционируют по-разному на каждом из уровней, а также они оказывают взаимное влияние, усиливая воздействие друг друга.

Однако **организующим для всех факторов риска ГБМСМ является структурный уровень системного гетеросексизма или гетеросексистской психосоциокультурной матрицы, т.е. исторически сконструированной системы властных отношений и практик, устанавливающих, утверждающих и воспроизводящих доминирование гетеросексуальности над всеми иными формами сексуальности во всех сферах бытия человека.**

### **Гетеросексизм — это идеологическая рамка, наподобие расизма.**

Иными словами, это не просто уровень индивидуального негативного восприятия и отношения к гомосексуальности, но **идеологическая система, на основе которой происходит конструирование определённого типа социальных отношений и практик**; то, что на уровне структуры общества закрепляется в законах, например, о запрете т.н. «гей-пропаганды» или определения брака как «союз мужчины и женщины», отражает идеологическую установку, что негетеросексуальные отношения не равноценны гетеросексуальным. **Установление этих законов создаёт иерархию граждан** — гетеросексуалы оказываются более «нормальными, правильными и предпочтительными» гражданами, чем негетеросексуалы. И далее на всех других уровнях социокультурной системы эта идеология проявляется в различных формах, вплоть до мотивированного гомофобией или трансфобией насилия.

Таким образом, на **разных уровнях социально-экологической модели гетеросексизм проявляется в следующих дополнительных для ГБМСМ и трансгендерных людей факторах риска**:

- влияние неблагоприятного детского опыта, обусловленного гетеросексизмом и гомофобией в семье по рождению/родительской семье;
- опыт, связанный со становлением и раскрытием своей ГBT-идентичности;
- стресс меньшинства, т.е. хронический стресс, связанный с принадлежностью к стигматизируемому меньшинству;
- усвоенные/интернализированные гетеросексизм, бифобия, трансфобия;
- социокультурные гетеросексизм, циссексизм, гомофобия, бифобия, трансфобия;
- травмы, связанные с традиционными моделями гендерной социализации;
- травмы, связанные с эпидемией ВИЧ в данных сообществах;
- травмы, связанные с сексуальностью, включая особое чувство стыда, связанного с гомосексуальным сексом;
- опыт насилия как прямого — физического или сексуального, так и психологического, и структурного, мотивированного ЛГБТ-фобиями;
- опыт жизни в странах, в которых гетеросексизм и гомофобия поддерживаются государством;
- синдром религиозной травмы как следствие особой формы индивидуального и социокультурного насилия, связанного с сексуальной ориентацией/гендерной идентичностью;

- травмы, связанные с особым режимом коммуникаций, отношений и взаимодействия внутри сообществ и сцен ГБМСМ и трансгендерных людей, включая различные формы компенсаторной и токсичной маскулинности;
- травмы, связанные с коллективным опытом сообщества, в том числе культурные травмы, травмы, связанные с утратой исторической памяти сообществом и пр.;
- утрата чувства онтологической безопасности по причине принадлежности к стигматизируемому меньшинству.

**Все перечисленные выше факторы могут приводить к запуску механизмов, способствующих развитию проблемных моделей употребления ПАВ у ГБМСМ и трансгендерных людей, поскольку они будут стремиться справиться с ними с помощью ПАВ.**

**В случае принадлежности человека к нескольким стигматизируемым группам — например, гомосексуальный мужчина, живущий с ВИЧ, потребитель инъекционных ПАВ, отбывший срок тюремного заключения, относящийся к этническому меньшинству, — все эти различные идентичности, пересекаясь, усиливают стигматизированный статус друг друга (перекрёстная стигма), становясь самостоятельным фактором риска.**

## 2.3.1.

# Стигматизация, микроагрессия, гомофобия, бифобия, трансфобия

**Стигматизация, гомофобия, бифобия, трансфобия, стресс меньшинства являются частными выражениями системного гетеросексизма** по отношению к ГБМСМ и трансгендерным людям.

Во многом функционирование этих механизмов схоже, но есть различия. Для консультантов и помогающих практиков, работающих по вопросам снижения вреда и наркологической помощи, понимание того, какое влияние эти механизмы оказывают на ГБМСМ и трансгендерных клиентов, необходимо как для того, **чтобы учитывать эти дополнительные факторы при консультировании и сопровождении, так и для того чтобы не допускать проявлений этих механизмов со своей стороны и в рамках организаций, в которых они работают.**

**Предрассудки, предубеждения и стереотипы в отношении какой-либо группы людей основываются на чрезмерных обобщениях, недостатке информации, дезинформации.**

В социологии эти предрассудки и стереотипы называют **«стигма»**, т.е. **сильный негативный ярлык, в отношении какого-либо поведения или особенности, которые не соответствуют общепринятым предписаниям, касающимся «нормы», и поэтому воспринимаются как отрицательные.** Стигма не указывает на индивидуальность человека, может распространяться на него потому, что он **принадлежит к группе**, которой приписываются негативные характеристики.

**Стигма полностью меняет отношение к другим людям и к самому себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества.**

### Примеры гомо-, би-, трансфобии в контексте служб сопровождения и лечения людей, употребляющих ПАВ

- ГBT-фобные разговоры.
- Использование ГBT-фобных оскорблений.
- Шутки о сексуальном поведении, сексуальной ориентации или гендерной идентичности ГБМСМ и трансгендерных людей.
- Праздное любопытство относительно сексуальной жизни ГБМСМ и трансгендерных людей.
- Праздное любопытство относительно строения тела, особенно гениталий, трансгендерных людей.
- Стремление «объяснить» ГБМСМ и трансгендерным людям, что с ними «что-то неправильно».
- Демонстрация неуважения и пренебрежения (микроагрессия) к ГБМСМ и трансгендерным людям.
- Подшучивания в глаза или за глаза над открытыми ГБМСМ или трансгендерными сотрудниками.
- Отсутствие ГБМСМ и трансгендерных сотрудников.
- При сопровождении ГБМСМ и трансгендерных клиентов — игнорирование или отказ включать представителей их семей, партнёров или других значимых людей в процесс помощи и поддержки.
- Гетероцентризм и цисцентризм, т.е. предположение со стороны помогающего практика, что клиент «по умолчанию» является гетеросексуальным и цисгендерным (нетрансгендерным), могут проявляться, например, в том, что консультант при разговоре о семье с клиентом-мужчиной, о сексуальной ориентации которого он ничего не знает, всё равно использует слово «жена». Для клиента, находящегося в однополых отношениях, это становится дополнительным фактором стресса, поскольку создаёт напряжение из-за опасения столкнуться с гомофобией в случае раскрытия того, что его партнёром является мужчина. Чтобы этого не происходило, до того как достоверно станет известно о гетеросексуальности клиента, консультанту предпочтительно использовать гендерно-нейтральное понятие «партнёр».

**Стигматизация — это процесс навешивания «ярлыков» (стигм) на отдельных людей, группы, сообщества; определённый вид отношений, когда одна группа людей выражает своё презрение и неприятие другой группы людей, объявляя их поведение или особенности несоответствующими общепринятым предписаниям, касающимся «нормы». Следовательно, объявляя этих людей или сообщества носителями таких негативных характеристик, как безнравственность, аморальность, асоциальность, безответственность, неполноценность и так далее.**

Одним из проявлений стигматизации является **микроагрессия**, т.е. **краткие реплики (в т.ч. якобы шутки) или незначительные действия, выражающие пренебрежение, неуважение к человеку, навязывание стереотипов по признаку его принадлежности к стигматизированной группе.**

Стигматизация приводит к **угнетению** и **дискриминации** как стигматизируемых групп в целом, так и отдельных людей, принадлежащих к этим группам. Также стигматизация может приводить к **дегуманизации**, когда **представители другой группы воспринимаются как «недочеловеки», не заслуживающие, чтобы с ними обращались, как с людьми. Это открывает возможности для применения насилия к представителям этой группы.**

Некоторые люди, в том числе специалисты помогающих профессий или консультанты по химической зависимости, считают, что те негативные эмоции или убеждения, которые у них есть, и дискриминация в отношении гомо-, бисексуальных и трансгендерных людей — это «естественно» и «нормально», поскольку, с их точки зрения, только гетеросексуальность — «нормальная», «природная» сексуальная ориентация, а «здоровый» человек не захочет «поменять пол». Однако это не так.

**Неконтролируемые отрицательные эмоции** (брезгливость, отвращение, страх, гнев и т. п.) по отношению к гомо- и бисексуальным людям называют **гомофобия** и **бифобия**. Негативное отношение к трансгендерным людям — **трансфобия**. Имеется в виду **неспособность человека контролировать не выражение своих эмоций, но их возникновение.** Рациональное, интеллектуальное неприятие гомосексуальности, поиск аргументов против её существования и против существования гомосексуальных людей и их равного положения в обществе, называют **гомонегативизмом.**

Он может сопровождаться или не сопровождаться отрицательными эмоциями (гомофобией). Однако в **широком значении, гомофобией называют любые проявления негативного отношения (ненависти или неприязни, агрессии) к представителям ЛГБТ-сообществ.** Такой подход распространён не только в публицистической литературе, но и в теоретической, когда бифобия рассматривается как «форма гомофобии», а трансфобия как «аспект гомофобии». К сожалению, в рамках данного Руководства я не имею возможности осветить эту интереснейшую и важную теоретическую дискуссию, поэтому отмечу, что все формы фобий по отношению к сексуальным и гендерным меньшинствам имеют свою важную и особую специфику, а вопрос об их соподчинённости и соотнесённости остаётся открытым.

Подробнее см. Доминик Дэвис. [Гомофобия и гетеросексизм в книге Розовая психотерапия: руководство по работе с сексуальными меньшинствами.](#)

В любом случае, **все эти фобии — частный случай процесса стигматизации**. В рамках данного Руководства важно подчеркнуть, что **ни гомофобия, ни гомонегативизм не являются естественными — они возникают и конструируются в рамках конкретных обществ, под давлением конкретных культурных ценностей и установок**. Поэтому **если помогающие специалисты обнаруживают у себя гомофобию или гомонегативизм, то им необходимо проработать их в рамках собственной психотерапии и супервизии**. Если у людей не имеется собственных непроработанных комплексов в этой сфере, то они будут безразличны к личной, в том числе сексуальной жизни других людей, если она не касается их непосредственно.

## 2.3.2.

# Усвоенные гетеросексизм, бисексизм, трансфобия

Системный характер стигмы, дискриминации и насилия приводит к формированию у ЛГБТ-людей сознательных и бессознательных убеждений и моделей поведения, которые сейчас принято называть **интернализированный гетеросексизм, интернализированный бисексизм и интернализированная трансфобия**. **Интернализированный — значит усвоенный**.

**Интернализация — это психологический процесс, когда человек усваивает из внешнего окружения убеждения и в результате они воспринимаются им как собственные.**

**Интернализированный гетеросексизм** ранее называли интернализированной гомофобией (в русском переводе «внутренней гомофобией»). Эти понятия до сих пор встречаются в специальной литературе и в таком виде их могут знать ГБМСМ-люди. **Усвоенный гетеросексизм** присутствует в жизни геев, бисексуалов и негетеросексуальных трансгендерных людей.

**Усвоенный/интернализированный бисексизм** (ранее усвоенная бифобия) — это особый процесс, которому подвержены бисексуальные люди. Его **специфика** в том, что перед бисексуальными людьми стоит **собственная особая задача — развитие бисексуальной идентичности**, что может встречать сложности как со стороны гетеросексуальной культуры, так и со стороны гомосексуального сообщества.

**Усвоенная/интернализованная трансфобия** — это процесс, аналогичный усвоенному гетеросексизму, т.е. дискомфорт по поводу собственной трансгендерности в результате интернализации нормативных гендерных ожиданий общества, которому подвержены трансгендерные индивиды и сообщества.

**Все эти усвоенные процессы самостигматизации могут быть направлены как себя, так и на других представителей своей группы, а также усиливаться из-за постоянно испытываемого ЛГБТ-людьми стресса меньшинства (о нём ниже).**

Эти механизмы наносят ущерб ГБМСМ и трансгендерным людям **на протяжении всей их жизни**. Психологи утверждают, что, **поскольку гетеросексистская и циснормативная социализация довольно сильна, полное преодоление этих усвоенных механизмов маловероятно**. Исследования установили, что **ущерб**, который они наносят ГБМСМ и трансгендерным людям, **варьируется от умеренного** (склонность к неуверенности в себе) **до серьезного**, в т.ч. **фатального**. (открытая ненависть к себе и саморазрушающее поведение, в том числе формирование проблемных моделей употребления ПАВ и распространение рискованного сексуального поведения).

**Ядром этих усвоенных механизмов самостигматизации является стыд**. В литературе его называют **гей-стыд** (или, чтобы описать опыт не только гомосексуальных людей, квир-стыд).

**Стыд — это эмоция, касающаяся самого «Я» человека — «Я плохой, неправильный». Он отличается от вины — эмоции, касающейся поступков человека — «Я сделал что-то неправильное».**

Часто у ГБМСМ и трансгендерных людей присутствуют обе эмоции, но стыд оказывает более отравляющее воздействие, поскольку это чувство глубокой уязвлённости, ущербности, недостойности, неполноценности, унижения, бесправности.

**Испытывать стыд — значит желать спрятаться, «провалиться сквозь землю», перестать существовать, изменить полностью своё «Я».**

Схема 2.2. Спираль стыда (Роналд Т. Поттер-Эфрон)



**Гей-стыд (квир-стыд) охватывает всё «Я» ГБМСМ или трансгендерного человека, вынуждая его жить «в шкафу», «не афишируя». Это глубокая уязвлённость «Я» распространяется как на сознательные, так и бессознательные установки человека.**

О гей-стыде см.: Себастьян Шовен. [Гомосексуальный стыд](#)  
 Созаев Т. [Лесбиянки и геи: между стыдом и гордостью](#)  
 Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

В итоге, у ГБМСМ и трансгендерных людей формируется **«стигматизированная идентичность»** — образ «Я», в который интегрировано негативное отношение (стигма) к гомо-, бисексуальности или трансгендерности, что и становится

**источником экзистенциального чувства стыда за себя как ГБМСМ или трансгендерного человека.** Для ГБМСМ особое значение гей-стыд имеет в вопросах сексуальности (об этом подробнее см. Химсекс: культурная уникальность явления в Части 3). Парадоксальность этого чувства заключается в том, что оно может оставаться невидимым, неосознаваемым для самого человека. Теоретически по мере становления его гомо-, бисексуальной или трансгендерной идентичности происходит трансформация чувства стыда. Для понимания важности этих вопросов в процессе сопровождения ГБМСМ и трансгендерных людей, употребляющих ПАВ, см. раздел Становление ГBT-идентичности.

Как известно, именно чувство стыда лежит в основе воспроизведения всех форм зависимого поведения, о чём писал Роналд Т. Поттер-Эфрон в своей книге «Стыд, вина и алкоголизм», сформулировав концепцию **«спирали стыда»**. Иными словами, **если человек продолжает испытывать стыд за свою сексуальную ориентацию или гендерную идентичность и не может с этим стыдом ничего сделать, то позже это становится благоприятным фактором для развития у него алкогольной или наркотической зависимости, или поведенческих зависимостей, в том числе, компульсивного сексуального поведения. И химсекс в этом смысле является для ЛГБТ-людей «идеальной» копинг-стратегией для адаптации к этому глубинному чувству стыда.**

## 2.3.3.

### Стресс меньшинства

**Внешние факторы — гетеросексизм, гомо-, би- и трансфобия, — и внутренние факторы — усвоенные гетеросексизм, бисексизм, трансфобия и гей/квир-стыд, — а также взаимное усиление внешних и внутренних факторов приводят к тому, что ГБМСМ и трансгендерные люди испытывают постоянный стресс, поскольку являются представителями стигматизируемого меньшинства.**

Этот стресс получил название **«стресс меньшинства»**. Впервые это понятие в 1980-е использует Вирджиния Брукс, но концептуализировал эту модель в том виде, как она распространена и применяется сейчас, профессор психиатрической эпидемиологии Илан Майер в 2003 году.

Сейчас эта модель — одна из основных при обсуждении того бремени в сфере физического и психо-поведенческого здоровья и психологического благополучия, которому подвержены сексуальные и гендерные меньшинства. Она используется в системе общественного здравоохранения США, Канады, Великобритании, Австралии, а также ВОЗ и других межправительственных организаций.

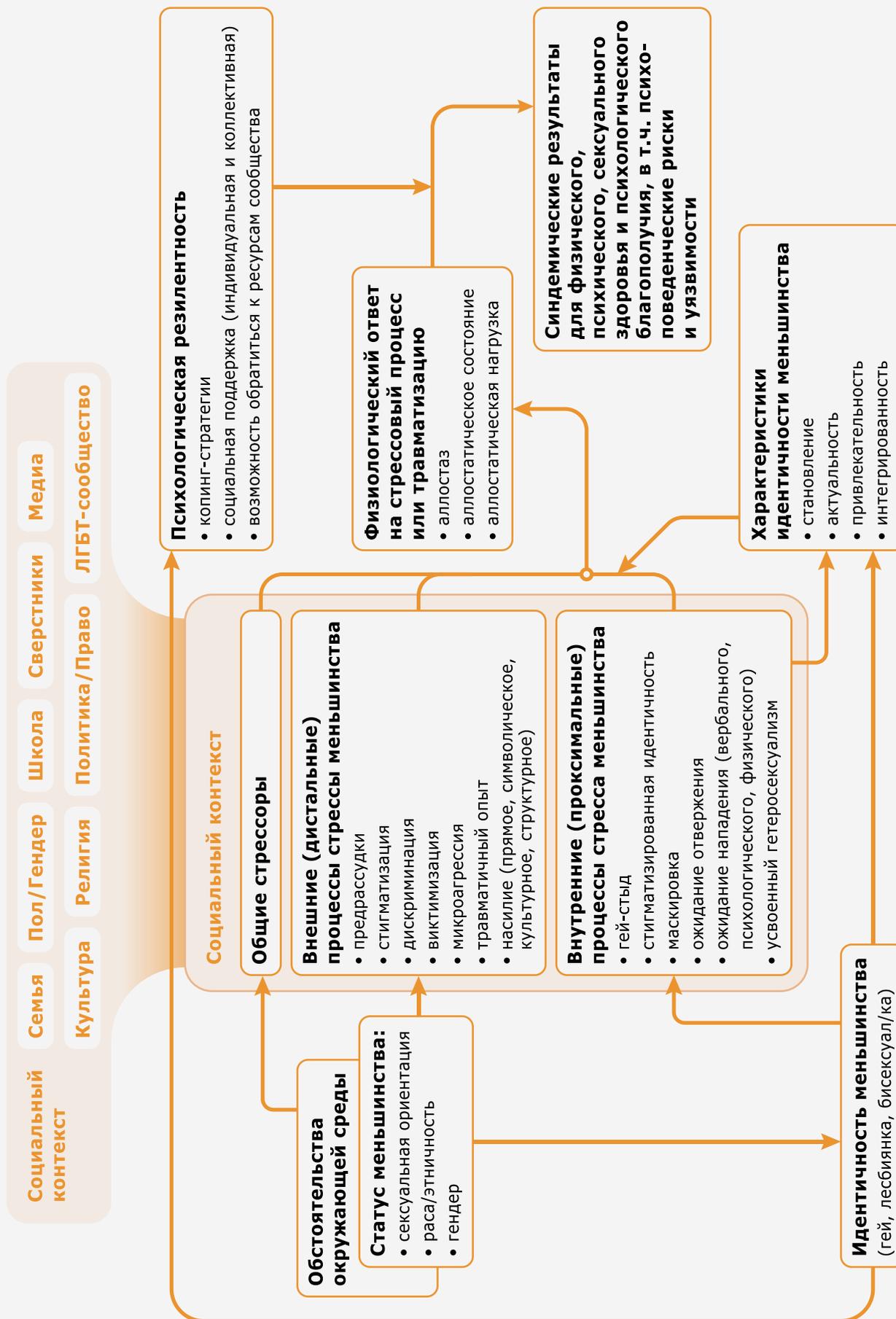
**Особенность стресса меньшинства** в том, что а) он **уникальный** именно для групп меньшинств, поскольку **носит дополнительный характер по отношению к общим стрессовым факторам**, которым подвергаются все люди; б) он имеет **хронический** характер, т.е. является **относительно стабильным и устойчивым, поскольку в его основе лежат социальные и культурные структуры**; в) **своим источником он имеет социальные причины — процессы, институты, структуры, — а не индивидуальные особенности человека**. При этом подчёркивается, что **источником внутренних факторов, приводящих к стрессу, являются внешние** — гетеросексизм, бисексизм, трансфобия и гей/квир-стыд не являются характеристиками, присущими ГБМСМ и трансгендерным людям, а **интернализуются ими из внешнего мира**, поэтому речь и идёт об усвоенном характере этих механизмов.

Важным аспектом стресса является **постоянная настороженность и бдительность** ГБМСМ и трансгендерных людей, ожидание внешних стрессовых событий и условий — например, гомофобной реакции, оскорбления, насилия, поскольку сама внешняя среда враждебна по отношению к сексуальным и гендерным меньшинствам. **Со временем происходит накопление стрессоров, что и вызывает долгосрочный дефицит для здоровья представителей меньшинств.**

При этом **сама характеристика меньшинства может выступать для человека дополнительным стрессором — чем более стигматизированным является меньшинство в общественном сознании, тем более неприемлемым для человека будет самоидентификация с ним, что будет создавать для человека дополнительное напряжение** — случай некоторых МСМ, которые идентифицируют себя как гетеросексуалов, отказываясь от гомо- или бисексуальной идентичности.

Соответственно, в зависимости от того, насколько человек является открытым или закрытым, на какой ступени становления идентичности находится, он будет сталкиваться с различными внешними и внутренними стрессорами. Например, в одном случае постоянным стрессором может быть страх разоблачения его негетеросексуальности и отвержение вследствие этого со стороны значимых других, а в другом — постоянное опасение насилия или дискриминации, мотивированных гомофобией.

Схема 2.3. Интегративная модель стресса меньшинства



В настоящее время многочисленные исследования подтвердили воздействие стресса меньшинства на здоровье ГБМСМ и трансгендерных людей. И это связано в том числе с **физиологическим ответом организма на стресс: уровнем кортизола и адреналина — «гормонами стресса» — и уровнем аллостатической нагрузки.**

**Аллостатическая нагрузка — мультисистемное физиологическое нарушение регуляции организма, фактически «износ» мозга и остального тела из-за несбалансированного выделения адреналина и кортизола, вызываемого хроническим стрессом и травматизацией.**

**Сексуальная ориентация и процесс становления сексуальной идентичности связаны с аллостатической нагрузкой.** Предварительные исследовательские данные показывают, что копинг-стратегии, к которым обращаются ЛГБТ-люди в ключевые периоды становления сексуальной идентичности, могут служить защитой от аллостатической нагрузки и ухудшения психического здоровья.

Консультантам и специалистам, работающим с ГБМСМ и трансгендерными людьми, употребляющими ПАВ, необходимо постоянно учитывать фактор стресса меньшинства в своей работе, поскольку он влияет как на само взаимодействие между клиентом и консультантом, установление между ними необходимого доверия, так и на весь процесс сопровождения и поддержки.

Подробнее см.:

Созаев Т. [Стресс меньшинства и зависимость от ПАВ](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.3.4.

### Травма

В настоящее время **подход, основанный на понимании травмы** (Trauma-informed care), является обязательным для профессионалов, работающих с людьми, употребляющими ПАВ, в США, Канаде, Великобритании.

Данный подход **рассматривает травму через призму экологических и культурных аспектов и признаёт, что контекст играет важную роль в том, какое воздействие оказывает травма в разных условиях**

## **и на разные группы населения и как люди воспринимают и перерабатывают опыт травмирующего события или процесса.**

Управление наркологическими и психиатрическими службами США (SAMHSA) определяет **травму как результат «события, серии событий или набора обстоятельств, вредных или опасных для жизни, переживаемых человеком физически или эмоционально, и имеющих длительные неблагоприятные последствия для функционирования человека и его психического, физического, социального, эмоционального или духовного благополучия».**

### **Ключевая информация, касающаяся травмы и употребления ПАВ**

- Многие люди переживают травматичный опыт в течение жизни.
- Хотя многие люди, подвергшиеся травме, мало демонстрируют или совсем не проявляют стойких симптомов, люди, которые пережили повторяющиеся, хронические или множественные травмы, с большей вероятностью будут демонстрировать выраженные симптомы и испытывать негативные последствия, включая расстройства, связанные с употреблением ПАВ, психические заболевания и проблемы с физическим здоровьем.
- Травма может существенно повлиять на то, как человек функционирует в основных сферах жизни и реагирует на лечение.
- Многие люди, употребляющие ПАВ или страдающие психическими расстройствами, пережили травмы в детстве или во взрослом возрасте.
- Люди с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, пережившие травму, имеют худшие результаты лечения, чем люди, не имевшие травматичных событий и опыта в своей жизни.
- Травматический стресс увеличивает риск психического заболевания и увеличивает тяжесть симптомов психического заболевания.
- Люди с серьёзными психическими заболеваниями, у которых имеется травматичный опыт, часто проявляют другие психологические симптомы или расстройства, обычно связанные с травмой, включая беспокойство, расстройства настроения и расстройства, связанные с употреблением ПАВ.
- Употребление ПАВ и психические расстройства повышают риск травм, а травмы повышают риск развития употребления ПАВ и психических расстройств.

KAP Keys Based on TIP 57. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015.

Многие люди переживают в течение жизни как минимум одно травмирующее событие. Однако люди, обращающиеся за помощью в связи с проблемными моделями употребления ПАВ или психическими расстройствами, подвергались множественным или хроническим травматическим событиям. В случае **единичного травмирующего события** у людей может развиваться посттравматический стресс или **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**. В случае длительного травмирующего воздействия у людей может развиваться **комплексное ПТСР (к-ПТСР)**.

С одной стороны, травма — это один из общих факторов. С другой стороны, как видно из списка выше, **у ГБМСМ и трансгендерных людей существует уязвимость перед уникальным травматичным опытом, который может быть сопряжён как с детством, так и со всей последующей жизнью человека. Поэтому для профессионалов важно как общее понимание травмы, так и травмы, специфичной для ГБМСМ и трансгендерных людей.**

Как отмечается в авторитетной коллективной монографии «Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients. What Every Healthcare Provider Should Know»: «**Маргинальный статус сексуальных и гендерных меньшинств повышает их уязвимость к травматическим и нетравматическим стрессорам; поэтому понимание последствий посттравматического стрессового расстройства и расстройств, связанных с травмами, среди ЛГБТ-людей имеет решающее значение для обеспечения охраны здоровья, в т.ч. психического, с учетом культурных особенностей.**».

**Во многих случаях жизни ЛГБТ-людей в гомофобном пространстве они находятся не просто под влиянием стресса меньшинства, но длительного процесса травматизации, что может привести к формированию специфичного для этой популяции к-ПТСР.**

#### Книги о травме

- Бессел ван дер Колк. Тело помнит всё. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть.
- Стивен Джозеф. Что нас не убивает. Новая психология посттравматического роста.
- Джудит Герман. Травма и исцеление. Последствия насилия от абьюза до политического террора.
- Пит Уокер. Комплексное ПТСР: руководство по восстановлению от детской травмы.
- Ариэль Шварц. Терапия комплексного посттравматического стрессового расстройства.
- Габор Матэ. В царстве голодных призраков. Лицом к лицу с зависимостями.

Отдельно стоит остановиться на **влиянии гендерного фактора на травму**. Создатели специальной групповой программы восстановления от травмы, ориентированной на мужчин — **Модель восстановления от травмы и эмпаурмента для мужчин** (Men's Trauma Recovery and Empowerment Model, M-TREM) сформулировали восемь предположений, чем лечение травмы для мужчин должно отличаться от лечения травмы для женщин.

<b>Предположение</b>	<b>Ответ</b>
Мужчины и женщины по-разному понимают травматический опыт и реагируют на него.	Модель W-TREM делает упор на эмаурменте женщин; модель M-TREM фокусируется на эмоциях и отношениях в тех областях, в которых возникают трудности у мужчин.
Мужчины, пережившие травму, должны либо отключиться от ожиданий к мужской гендерной роли, чтобы почувствовать страх, уязвимость и бессилие, связанные с травмой, либо отключиться от этих своих чувств, чтобы сохранить своё чувство мужской идентичности.	M-TREM фокусируется на исследовании взаимосвязи между травмирующим опытом и ожиданиями к мужской гендерной роли.
Многие мужчины, пережившие травму, развивают реакции по принципу «всё-или-ничего», особенно эмоциональные реакции (например, гнев или робость), или способы поддержания отношений (например, зависимость или эмоциональная дистанция).	M-TREM учит мужчин широкому спектру выражения эмоций и путей нахождения в отношениях.
Несмотря на кажущуюся независимость, являющуюся результатом попыток соответствовать мужской гендерной роли, мужчины, пережившие травматичный опыт, чувствуют себя отрезанными от своих семей, сообществ и самих себя.	M-TREM использует навыки воссоединения эмоционального, когнитивного и психо-поведенческого самопознания и учит взаимности в отношениях, чтобы улучшить понимание мужчинами того, как быть в отношениях.
Мужчины, получившие травму в раннем возрасте, потеряли возможность развивать важные навыки, необходимые во взрослой жизни.	M-TREM использует психообразование и подход ориентированный на навыки в лечении травмы.

Предположение	Ответ
Мужчины, пережившие травму, обладают навыками и сильными сторонами, которые могут помочь им в восстановлении.	М-TREM использует подход, основанный на сильных сторонах.
Как и у женщин, дисфункциональные реакции на травму (или её симптомы) у мужчин могли начаться как полезные стратегии выживания.	М-TREM помогает клиентам пересмотреть проблемное поведение как попытку справиться с травмой.
Любая попытка справиться с травмой, скорее всего, будет иметь как преимущества, так и недостатки.	М-TREM помогает клиентам объективно оценить затраты и преимущества своих стратегий преодоления и переосмыслить проблемы, чтобы они могли выбрать наилучшие стратегии преодоления.

Таблица 2.1. Модель восстановления от травмы и эмпаурмента для мужчин (М-TREM)

Подробнее о травма-информированном подходе в работе проектов снижения вреда и организаций наркологической помощи см. раздел Травма-информированность в Части 5.

**Подробнее о травме ЛГБТ-людей см.:**

- Созаев Т. [Травма и зависимость от ПАВ](#)
- Созаев Т. [Индивидуальный уровень травмы ЛГБТ-людей и зависимость от ПАВ](#)
- Созаев Т. [Травма ЛГБТ-людей, взаимоотношения с другими и зависимость от ПАВ](#)
- Созаев Т. [Травма ЛГБТ-людей, социальные институты и зависимость от ПАВ](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.3.5.

# Психическое здоровье, риск суицидальных тенденций, двойной диагноз

Постоянный стресс, вызванный гетеросексизмом, и связанный с ним травматичный опыт являются **ведущими факторами для возникновения рисков, относящихся к психическому здоровью и психологическому благополучию** ГБМСМ и трансгендерных людей. Эти риски включают в том числе **суицидальные тенденции** — от эпизодических суицидальных мыслей до смерти в результате самоубийства.

Как показывают исследования, именно **сложности в сфере психического здоровья и психологического благополучия могут стать для части людей главным мотивом обращения к ПАВ в качестве самолечения.**

Учитывая всё вышесказанное, ГБМСМ и трансгендерные люди оказываются одной из групп, склонных обращаться к способам самолечения, что **ставит их в уязвимое положение** перед формированием моделей проблемного употребления ПАВ. Кроме того, это **делает их более уязвимыми перед развитием так называемого «двойного диагноза»** (dual diagnosis) — расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и предшествовавших им или спровоцированных ими проблем с психическим здоровьем и психологическим благополучием ГБМСМ и трансгендерных людей.

Зачастую это могут быть недиагностированные состояния типа синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), биполярное аффективное расстройство (БАР), пограничное расстройство личности (ПРЛ), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), антисоциальное расстройство личности, социофобия, депрессивное и тревожное расстройства, шизофрения, паталогический гамблинг, расстройства пищевого поведения и т.д.

**Сложность с получением своевременной профессиональной помощи в этом случае присутствует на всех уровнях.** Обычно человек обращается к самолечению с помощью ПАВ, поскольку не может обратиться за необходимой ему психологической или психотерапевтической помощью или получить её. Это может быть связано с низкой психологической культурой людей в целом — ситуации, в которой обращение к психологу или психотерапевту в массовом сознании стигматизируется. Также это может быть связано с наследием советской культурной травмы, когда «карательная психиатрия» была инструментом репрессивного подавления в рамках тоталитарного государства. Также это может быть обусловлено травмой традиционной мужской гендерной социализации ГБМСМ, при которой признание своей психологической уязвимости становится невозможным

и обращение за профессиональной помощью считается «женской» практикой. Также это может быть связано с общим недоверием психологам и психотерапевтам, поскольку гомо- и бисексуальность долгое время рассматривалась как заболевание. Из-за этого у человека возникает опасение встретить гомофобную реакцию со стороны профессионала или компенсаторное нежелание обращаться к специалисту, чтобы не демонстрировать свою психологическую уязвимость как ГБМСМ.

В некоторых случаях у людей может быть негативный опыт, при котором психологи пытались «исправить» их гомо- или бисексуальность, что и могло привести к сложностям в психологическом состоянии человека и утрате доверия другим специалистам. У трансгендерных людей дополнительным фактором может выступать опыт обязательного обследования у психологов и психиатров, которое требуется для трансгендерного перехода, поэтому в последующем они могут избегать посещения соответствующих специалистов. Люди могут быть убеждены, что самолечение с помощью ПАВ является для них наиболее подходящим вариантом.

Эти же факторы могут играть решающую роль в том, что люди не обращаются за соответствующей помощью и при развитии сложностей с психическим здоровьем и психологическим благополучием на фоне употребления ПАВ. При этом к данным факторам будут добавляться опасение встретить со стороны специалистов наркофобную реакцию, а также страх и стыд о необходимости делать камин-аут как человеку, употребляющему ПАВ.

Поэтому в части случаев обращение к психологу, психотерапевту или психиатру для человека, приходящего в проекты снижения вреда, будет вне зоны ближайшего развития, а главную помощь он станет ожидать от профессионального равного консультанта или социального работника.

Подробнее см. вебинар Созаев Т. [ЛГБТ, суицидальные риски, поддержка и помощь на протяжении жизни.](#)

## 2.3.6.

# Мужская гендерная социализация и употребление ПАВ

Управление наркологическими и психиатрическими службами США (SAMHSA) выделяет **особые потребности мужчин в контексте психо-поведенческого здоровья** (behavioral health).

Эти потребности связаны с особенностями мужской гендерной социализации, т.е. процессом научения и усвоения мальчиками и мужчинами, что такое «мужественность», какое поведение (включая психологические реакции) соответствует мужской роли, каковы общепринятые отношения мальчиков и мужчин между собой и с женщинами.

Всю совокупность данных представлений, установок, ценностей, предписаний, ритуалов, стереотипов, гласных и негласных санкций за их нарушение называют **«идеологиями мужественности»** (masculinity ideologies). Являясь культурным конструктом, представления о мужественности различаются в разных обществах и со временем изменяются.

Обычно на русский язык «behavioral» переводят как «поведенческое». На мой взгляд такой перевод не полностью отражает смысл этого концепта, поэтому в рамках данного Руководства используется понятие **«психо-поведенческое»**, подчёркивающие **взаимосвязь между психическими процессами и поведением**.

**Под психо-поведенческим здоровьем понимается психическое/эмоциональное состояние и/или выбор и действия, которые влияют на благосостояние человека.** Сфера психо-поведенческого здоровья включает в себя вопросы как беспроblemного, так и проблемного употребления ПАВ, включая различные формы зависимого и аддиктивного поведения, расстройства, связанные с употреблением ПАВ, а также вопросы сохранения психического здоровья, жизни с психическими расстройствами, суицидальность, серьёзные психологические проблемы и другие аспекты.

Понятие «психо-поведенческое здоровье» используется в контексте описания системы услуг, охватывающих укрепление эмоционального здоровья, профилактику и лечение психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением ПАВ, непосредственно употребления ПАВ и связанных с этим проблем, а также относящиеся к этому услуги и поддержка — в том числе долгосрочная — в процессе выздоровления.

Существует достаточное количество данных, подтверждающих, **что ряд аспектов традиционной мужской гендерной социализации негативно влияет на психо-поведенческое и физическое здоровье мальчиков и мужчин**, в том числе связанное с употреблением ПАВ. Также есть данные, подтверждающие различия в моделях употребления ПАВ женщинами и мужчинами и разницу в физиологической реакции на определённые вещества (например, кокаин, метамфетамин и др.), а также показывающие, какие методы поддержки и помощи оказываются наиболее эффективными при работе с мужчинами. Понимание этого заставляет **учитывать гендерный фактор в процессе сопровождения клиентов в проектах снижения вреда и при получении психологической и наркологической помощи**. Выделяют следующие аспекты мужественности и мужской роли, влияющие на употребление мужчинами ПАВ:

- **Ритуалы и обряды мужского перехода** — во всех культурах распространены индивидуальные, семейные практики или практики на уровне сообщества, отмечающие смену жизненного цикла или социального положения человека, в том числе, приобщение к какому-либо сообществу. Эти практики вполне могут включать употребление ПАВ. Также существует точка зрения — например, её высказывает юнгианский аналитик Луиджи Зойя, — что само употребление ПАВ является поиском опыта инициации.
- **Эмоциональная сдержанность** — некоторые мужчины избегают выражения своих эмоций, поскольку эмоциональность в культуре традиционно характеризуется как «женственное» качество, а также стигматизируется как «гейское». Мальчиков с детства учат сдерживать свои эмоции, поэтому у мужчин в среднем хуже развит эмоциональный интеллект. Для тех ГБМСМ, кто стремятся соответствовать стереотипному воспроизведению маскулинности, не могут принять свою гомо- или бисексуальность, стараются дистанцироваться от гей-сообщества, выражение эмоций зачастую неприемлемо. Для того, чтобы справиться с эмоциями, эти мужчины могут обращаться к употреблению ПАВ.
- **Ориентация на конкуренцию, достижения и успех** — мужчины могут обращаться к употреблению ПАВ из-за стресса, связанного с нахождением в высококонкурентной среде, необходимости постоянно подтверждать свой статус и компетентность для того, чтобы поддерживать своё место в социальной иерархии или перемещаться на более высокие ступени. Также они могут обращаться к ПАВ для того, чтобы подавить своё чувство незащищённости, уязвимости или неудачи.
- **Агрессивность, бесстрашие, неуязвимость** — для того, чтобы подтвердить или доказать свою мужественность, некоторые мужчины могут пренебрегать очевидными рисками, включая большее количество ПАВ.

- **Сексуальные достижения** — повышенная сексуальность и сексуальные завоевания представляются как проявление «настоящей мужественности». Для ГБМСМ эта сфера также может служить компенсаторным механизмом, обусловленным гетеросексизмом, поэтому дискуссионным остаётся вопрос, является ли центрированность на сексе доминирующей гей-культуры её естественной характеристикой или же защитным компенсаторным компульсивным механизмом в контексте структурного угнетения. Тем не менее, сексуализированное употребление ПАВ, включая химсекс, распространены среди ГБМСМ в среднем больше, чем среди гетеросексуалов.
- **Независимость и самодостаточность** — данная установка препятствует мужчинам обращаться за помощью, в том числе в контексте проблемного употребления ПАВ. Также установка «Я сам решаю свои проблемы, и мне не нужна помощь» может приводить к тому, что мужчины обращаются за помощью на более поздних стадиях развития проблемного поведения или отказываются от неё совсем. Это приводит к негативному, иногда фатальному влиянию на состояние их психо-поведенческого и физического здоровья не только в контексте употребления ПАВ, но и всего их состояния в целом, в том числе, лечения ВИЧ-инфекции.

Также мужчины иначе, чем женщины, реагируют на травматичный опыт. Это связано со всеми перечисленными выше особенностями традиционной маскулинности.

**Одним из последствий приверженности данной модели является большее чувство отрезанности, отчуждённости от своих семей, сообществ и самих себя (своих собственных, а не навязанных социализацией, чувств и желаний).**

Мужчинам, пережившим детскую или сексуальную травму, сложнее, чем женщинам, об этом говорить, поскольку начать такой разговор — признать свою уязвимость, что невозможно для традиционной мужской роли. Поэтому эти мужчины могут чувствовать страх из-за необходимости отключиться от своей мужской гендерной роли, а значит — необходимости утратить свой социальный статус.

Понимание сложностей, с которыми сталкиваются ГБМСМ с сильной традиционной гендерно-ролевой акцентуацией, поможет профессионалам учесть их в своей работе, создать безопасное пространство, в котором клиенту будет комфортно исследовать и трансформировать свои представления о мужественности и о себе, как о мужчине. Очевидно, что помогающие специалисты и равные консультанты сами должны быть свободны от гендерных стереотипов.

Также необходимо помнить, что определённые группы, не только этнические, но и, например, субкультурные, могут иметь более жёсткие предписания, касающиеся мужской гендерной роли. Это важно учитывать, например, при

работе с ГБМСМ из кавказского региона, мигрантами из Центральной Азии, выходцами из «пацанских» или аналогичных субкультур.

## 2.3.7.

# Гендерные факторы, трансгендерные люди и ПАВ

**Давление традиционных гендерных стереотипов и установок на трансгендерных людей будет отличаться для трансфеминных, трансмаскулинных и небинарных людей.**

Как показывают исследования, именно трансгендерные женщины (люди с приписанным при рождении мужским полом, идентифицирующие себя как женщины) оказываются наиболее уязвимыми перед развитием проблемных моделей употребления ПАВ, в частности из-за риска попасть в секс-работу.

**Гендерная чувствительность особенно важна при работе с трансгендерными клиентами.**

Как отмечалось во Введении, работа с трансгендерными людьми — это обширная тема, заслуживающая отдельного рассмотрения, которое не может быть сделано в рамках данного Руководства.

Современную информацию, основанную на фактических данных и Стандартах Всемирной профессиональной ассоциации по вопросам здоровья трансгендерных людей ([World Professional Association for Transgender Health \(WPATH\)](#)), можно найти в курсе на русском языке [«Трансгендерные и гендерно отличные люди: что нужно знать психологу»](#).

Русский перевод: [«Стандарты медицинской помощи трансгендерным и гендерно отличным людям. 8-я версия»](#).

Вопросы работы с трансгендерными людьми в контексте ВИЧ, освещаются в пособии [«Быстрое руководство по использованию TRANSIT — Адаптация пособия TRANSIT для трансгендерных людей и сотрудников\(-ц\) организаций под руководством трансгендерных людей»](#).

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.3.8.

### Насилие

Понимание **насилия как фактора, приводящего к употреблению ПАВ**, является крайне важным для консультантов. У тех людей, кто имеет опыт пережитого насилия, сам этот опыт, воспоминания о нём или любые механизмы, которые даже случайно запускают процесс ретравматизации, могут вызвать желание обратиться к ПАВ как средству самолечения — например, для уменьшения симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Однако не каждая травма возникает в ходе насилия (например, травмы вследствие несчастного случая или природных катаклизмов) и не каждый акт или опыт насилия приводит к формированию травмы и ПТСР — окажет ли конкретная ситуация травматичное воздействие на конкретного человека зависит от множества факторов и люди, оказавшиеся в одной и той же ситуации будут по-разному её переживать — у кого-то травма может не образоваться, а у тех, у кого она образуется, глубина и серьёзность травмы будут индивидуальны.

**Сознание людей, имеющих опыт насилия, отличается особой чувствительностью: хотя со стороны они могут казаться психологически сохранными, это впечатление создаётся ими за счёт диссоциации от своих воспоминаний, чувств, мыслей, контакта с телом. Выявление опыта насилия в истории человека и того, какое воздействие этот опыт оказал на человека, является важным этапом построения плана сопровождения и поддержки, ориентированного на потребности конкретного человека.**

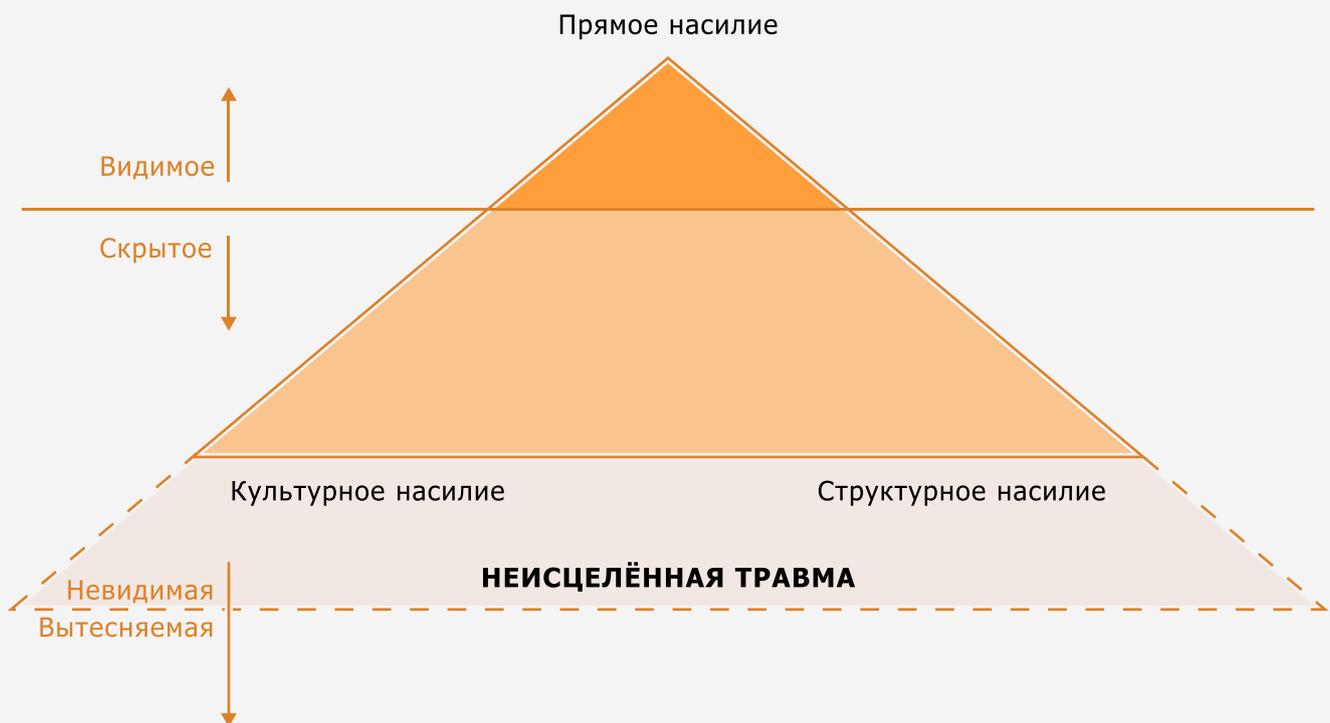
ГБМСМ и трансгендерные люди рискуют оказаться жертвами насильственных инцидентов, мотивированных гомо-, би- или трансфобией. В случае пересекающих стигматизированных идентичностей — например, открытый ВИЧ-положительный статус, принадлежность к мигрантам или этническим меньшинствам, секс-работа, — также увеличивается угроза насилия. Люди, употребляющие ПАВ также рискуют стать жертвой насилия, мотивированного наркофобией. Поэтому ГБМСМ и трансгендерные люди, употребляющие ПАВ, в этом контексте более уязвимы.

## Насилие — это сложный и многоуровневый феномен.

В 2019 году Кирти Джаякумар предложила расширенную модель треугольника насилия Йохана Галтунга. За 50 лет до этого Галтунг выделил три вида насилия: прямое, структурное и культурное.

**Прямое насилие** — это **все видимые формы индивидуального или группового насилия**. Они являются следствием скрытых форм насилия — структурного и культурного. Государственная гомофобия и наркофобия, закреплённые в соответствующих репрессивных законах, — это структурные формы насилия, которые выражают культурные ценности и стереотипы — культурный гетеросексизм и социальную наркофобию. В свою очередь, физическое насилие в отношении отдельных ЛГБТ-людей или людей, употребляющих ПАВ, — это прямое насилие, вызванное культурным и структурным насилием.

Схема 2.4. Расширенная модель треугольника насилия Йохана Галтунга (Кирти Джаякумар)



Важным аспектом модели Галтунга является то, что **отдельные люди как представители стигматизируемых групп страдают от культурного и структурного насилия не меньше, чем от прямого**. Кирити Джаякумар предлагает гипотезу, по которой **в основе любого насилия находится невидимая или скрывающаяся неисцелённая травма**, которая и побуждает каких-то людей или сообщества проявлять насилие по отношению к другим группам или сообществам, создавая для легитимации своих действий идеологии превосходства, предубеждения, стигматизации в отношении других.

**Всемирная организация здравоохранения** в докладе «Насилие и его влияние на здоровье» (2002) определяет насилие как **«Преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или сообщества, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб»**, и предлагает следующую типологию:

Схема 2.5. Типология насилия в классификации ВОЗ



Одним из факторов, располагающих к употреблению ПАВ может быть **стресс, связанный с процессом знакомства и свиданиями, опасениями и реальным опытом подставного свидания, сопровождавшегося насилием или шантажом со стороны гомофобов или полиции**. При этом важно помнить, что ГБМСМ и трансгендерные люди, употребляющие ПАВ, могут подвергаться насилию не только со стороны гомофобно, бифобно, трансфобно, наркофобно настроенных незнакомцев, но и со стороны родственников. У них может присутствовать опыт насилия, в том числе сексуального, пережитого в детском возрасте. Также они могут подвергаться насилию **со стороны интимного партнёра**, в том числе, если ГБМСМ находится в отношениях с женщиной, то и со стороны женщины.

[«Справимся вместе»](#) — сеть помощи персонам, оказавшимся в ситуации партнерского или домашнего насилия или проявляющим насилие.

Употребление ПАВ в сексуализированном контексте, в том числе химсекс, создаёт для людей **дополнительную уязвимость перед насилием**. При этом положительный ВИЧ-статус человека будет являться дополнительным фактором уязвимости. Опрос, проведённый «Парни ПЛЮС» среди ГБМСМ и трансгендерных людей, практикующих химсекс, показал, что 13% опрошенных подвергались ограблению, 19% — шантажу, у 26% были проблемы с полицией, 32% встречались с агрессией со стороны партнёров. В состоянии сознания, изменённом воздействием ПАВ, увеличивается риск принуждения к нежелательным сексуальным практикам, в том числе к сексу без презерватива, а также изнасилования. Или могут оказаться в ситуации **стелтинга** (англ. stealthing - скрытность) — когда партнер тайно снимает презерватив во время секса без согласия другого человека. Также возрастают риски принуждения к совместному использованию ПАВ в контексте сексуального взаимодействия или более мягкие формы эмоционального доминирования, когда человеку становится «неудобно» отказаться от использования ПАВ или отказать в сексе. В особо уязвимом положении ко всем формам насилия оказываются секс-работники и молодёжь.

Также следует помнить о цифровом насилии, когда личные фото или видео сексуального характера, и/или с моментами употребления ПАВ, могут использоваться для шантажа или вымогательства. Это может произойти как в случае онлайн-секса (секс в Скайпе, Зуме и пр.) и секстинга (обмен фото/видео в сообщениях), так и в случае оффлайн-секса, когда фото или видео может быть сделано без согласия человека, который находится в изменённом состоянии сознания, либо человек может дать это согласие на съёмку поскольку воздействие ПАВ не позволило ему оценить все возможные для себя риски. При этом эти фото/видео могут использоваться как злоумышленниками с целью вымогательства денег, так и как средства шантажа со стороны партнёра: «Если ты от меня уйдёшь, то я обнародую эти материалы».

С точки зрения профилактики насилия в контексте сексуальных отношений на консультанта ложится роль обсуждения с клиентом его понимания **принципа активного согласия. Активное согласие — это принцип, когда любое сексуальное взаимодействие допустимо при наличии чёткого вербального согласия в ситуации, когда человеку ничего не угрожает за отказ от этого взаимодействия, он находится в ясном сознании, понимает, на что соглашается и может отозвать своё согласие в любой момент.**

Обсуждение принципа активного согласия может оказаться достаточно триггерной темой для человека, поскольку в постсоветской культуре в целом и гей-культуре в частности распространены представления, что в «постели

всё должно быть понятно без слов». В действительности это заблуждение ведёт к фрустрации, злоупотреблению, принуждению и насилию. Обсуждение принципа согласия может быть затруднено из-за широко распространённого чувства стыда гомосексуального секса, а также непонимания человеком своих истинных потребностей, желаний и границ.

Консультант снижения вреда — не психолог и не секс-терапевт. Тем не менее, не менее для него важно уметь обсуждать с клиентом эту тему — в рамках своих компетенций — поскольку это важный аспект снижения вреда для здоровья и благополучия клиента.

В контексте химсекса обсуждение этой темы особенно непросто, поскольку здесь оказывается дискуссионным вопрос насколько согласие, данное в сознании, которое находится под воздействием ПАВ, является «ясным». Именно поэтому может быть важным обсудить с человеком его собственные ограничения, касающиеся его сексуального поведения, которые он не хотел бы переходить ни в каком состоянии.

Возможно, в случае химсекса может оказаться полезным обсуждение принципов согласия, распространённых на БДСМ/кинк-сценах. Следование этим принципам подразумевает, что участники **предварительно** и открыто обсуждают то, что между ними будет происходить **до того**, как они начинают сексуальное взаимодействие. Во время этого обсуждения **чётко проговариваются лимиты и ограничения**, а также **«стоп-слово»** — использование которого во время сексуального взаимодействия означает, что партнёр должен **немедленно прекратить** то, что он делает. Не нужно практиковать БДСМ для того, чтобы практиковать эти принципы, поскольку они, в первую очередь, об осознанном и уважительном отношении к самому себе, своей сексуальности и безопасности.

Наиболее известный принцип **«безопасный, разумный, по обоюдному согласию»** (англ. Safe, Sane and Consensual; SSC). Этот принцип подразумевает, что всё взаимодействие основано на безопасной деятельности, что все участники достаточно здоровы в своем поведении и что все участники согласны со всем происходящим.

Альтернативным этому является принцип **«осведомлённая о рисках, практикуемая по обоюдному согласию причуда»** (англ. Risk-Aware Consensual Kink; RACK). В отличие от SSC, RACK подчёркивает, что нет «безопасного» и «небезопасного», но только «безопаснее» и «менее безопасно», поэтому здесь подчёркивается необходимость того, чтобы все участники были хорошо осведомлены о возможных рисках и предварительно выразили обоюдное добровольное согласие участвовать в этих практиках.

Другой принцип **«практикуемая под личную ответственность и по обоюдному согласию, информированная причуда»** (англ. Personal Responsibility, Informed Consensual Kink; PRICK). Этот принцип подчёркивает личную ответственность за самого себя и принимаемые собою решения, которые делаются на основе информированности — понимании и осознании — возможных рисков.

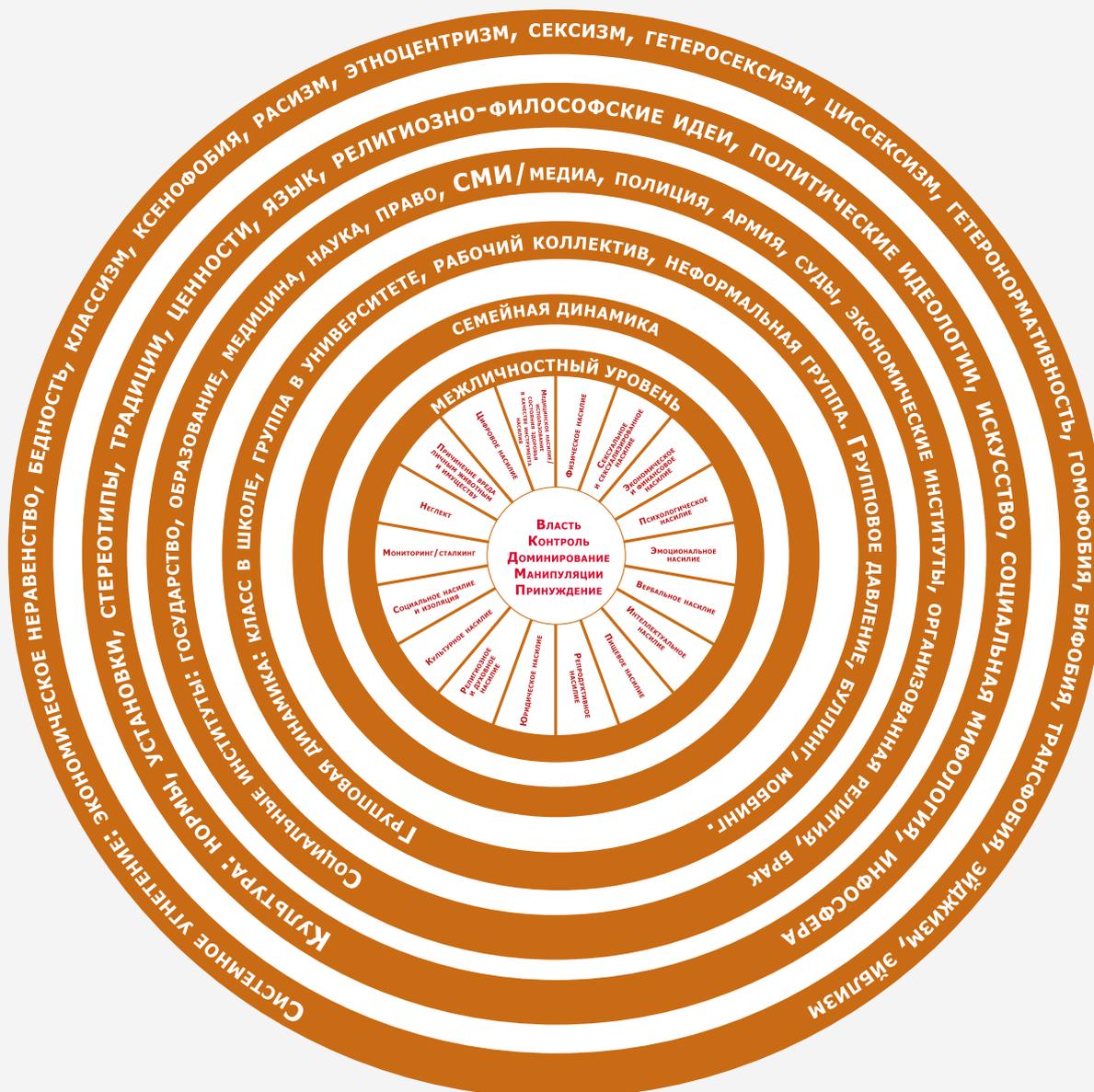
Другие модели: **«преданный/ответственный, сострадательный, по взаимному согласию»** (англ. Committed, Compassionate, Consensual); **«забота, коммуникация, согласие, осторожность»** (англ. Caring, Communication, Consent, Caution).

Таким образом, с точки зрения безопасности и снижения вреда ключевыми оказываются способность клиента избегать ситуаций повышенной опасности, информированность о возможных рисках тех практик, в которых он собирается принимать участие, осознавать свои желания, ограничения и границы, ясно их коммуницировать и распознавать «красные флаги», указывающие на потенциальную небезопасность того человека/людей с кем он собирается встретиться для участия в хомосекс-практиках.

При работе с ГБМСМ и трансгендерными людьми, употребляющими ПАВ, **необходимо учитывать весь комплексный опыт насилия — прямого, структурного, культурного, — который у них есть как у представителей маргинализированных групп** (см. Схему 2.6. Типы и формы насилия).

Важно понимать и то, что в силу традиционной мужской гендерной социализации ГБМСМ может быть сложно говорить о своём опыте насилия. Они могут быть склонны его замалчивать, особенно если это касается опыта сексуального насилия (тем более детского), либо преуменьшать или не осознавать его влияния на свою жизнь, в том числе в контексте употребления ПАВ. Это может привести к тому, что, **если консультант корректным образом не затронет этой темы, сам клиент умолчит о таком своём опыте**. Поэтому Управление наркологическими и психиатрическими службами США (SAMHSA) рекомендует **включать в опросник по скринингу и оценке состояния человека, употребляющего ПАВ, вопросы, связанные с возможным опытом насилия и травмы в истории этого человека**.

Схема 2.6. Типы и формы насилия



### Типы и формы насилия

В основе насилия лежит динамика власти, контроля, доминирования, манипуляции и принуждения. Оно может проявляться (но не ограничивается) в следующих формах: физическое насилие, сексуальное и сексуализированное насилие, экономическое и финансовое насилие, психологическое насилие, эмоциональное насилие, вербальное насилие, интеллектуальное насилие, пищевое насилие, репродуктивное насилие, юридическое насилие, религиозное и духовное насилие, культурное насилие, социальное насилие и изоляция, мониторинг/сталкинг, небрежность, причинение вреда личным животным и имуществу, цифровое насилие, медицинское насилие/использование состояния здоровья в качестве инструмента насилия.

С учетом социально-экологической модели необходимо отметить следующее:

1. На индивидуальном, внутрличностном уровне усвоенное из внешнего мира и интернализованное насилие может выражаться в аутоагрессии, суицидальности, самоповреждении, самосаботаже, самостигматизации и других формах.
2. Межличностное насилие не существует изолированно: оно подкрепляется динамикой, сложившейся в родительских семьях людей, оказавшихся в абьюзивных отношениях; групповой динамикой сообществ, частью которых эти люди являются; а также социальными институтами, культурными нормами, системным угнетением и структурным неравенством.
3. На каждом уровне социально-экологической модели различные формы насилия будут иметь свои конкретные проявления

Обсуждение вопросов насилия может быть затруднено, в том числе потому, что у клиентов может быть достаточно узкое понимание этого феномена. На прямой вопрос: «Испытывали ли вы когда-либо насилие?» клиент может ответить «Нет», поскольку в его представлении этим понятием описываются только конкретные, особенно brutальные ситуации физического насилия. Поэтому роль помогающих практиков и равных консультантов может включать в себя **повышение осознанности клиентов по вопросам насилия**. Если консультант не имеет достаточной подготовки и не чувствует уверенности в обсуждении этой темы, он, например, может распечатать для клиента схему, описывающую различные формы, типы и виды насилия, и передать её для самостоятельного изучения. Тем самым консультант покажет, что эта тема не является табуированной, и, если клиент захочет её обсудить, консультант сможет перенаправить его к специалисту с соответствующей подготовкой.

**Один из основных эффектов травмы в результате насилия — острое переживанием человеком собственных уязвимости, бессилия, беспомощности, унижения, стыда, вины, ощущения себя жертвой, лишение ощущения авторства по отношению к собственной жизни. Эти чувства становятся фундаментом для того, чтобы человек не предпринимал никаких усилий для изменения своей жизни.**

Поэтому ключевой задачей консультанта становится **возвращение человеку опыт чувства авторства над собственной жизнью, что может достигаться в рамках подхода эмпаурмента и соответствующих стратегий**. Неквалифицированный, не имеющий специальной подготовки консультант не имеет права работать непосредственно с опытом насилия клиента, чтобы не подвергать его риску ретравматизации. Для проработки опыта насилия и травмы клиента необходимо **переадресовать** к соответствующему специалисту.

**Однако в зону ответственности консультанта входит учёт травматичного опыта клиента, что выражается в тех стратегиях, тактиках сопровождения, которые консультант предлагает клиенту.**

Если же человек продолжает находиться в состоянии дьящегося насилия — например, насилие со стороны гомофобно или трансфобно настроенных родственников, либо насилие со стороны интимного партнёра, то консультанту, социальному работнику необходимо предложить клиенту

те действия по выходу из контекста насилия, к которым клиент будет готов. В этом смысле ГБМСМ и трансгендерные люди, употребляющие ПАВ, оказываются более уязвимы, поскольку в немногочисленных в России убежищах для ЛГБТ есть прямой запрет на нахождение в них в состоянии изменённого сознания под воздействием ПАВ.

**Если прямая эвакуация из контекста длящегося насилия невозможна, консультант может предложить клиенту продумать иные методы минимизации вреда от переживаемого человеком насилия — например, помочь составить «План безопасности».**

Консультанту также необходимо понимать, **склонен ли сам клиент к проявлению насилия**, в т.ч. сексуального, поскольку его склонность к насилию может напрямую влиять на употребление им ПАВ. Основную работу с человеком по этой теме также должны вести специально подготовленные специалисты. Эта работа может включать в себя обучение навыкам по управлению гневом, выражению эмоций экологичным, ненасильственным образом, распознавание триггеров, провоцирующих у человека насильственное поведение, и обучение управлению этими триггерами, психотерапию его травматичного опыта и др. Тем не менее, **консультанту важно понимать, как склонность человека к насилию будет влиять на процесс его сопровождения в рамках программы снижения вреда или получения наркологической помощи.**

## 2.3.9.

# Уязвимость для ВИЧ, гепатитов В и С и ПАВ

Общепризнанно, что ГБМСМ и трансгендерные люди относятся к **ключевым группам населения, которые**, по определению «Сводного руководства по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения», опубликованного Всемирной организацией здравоохранения: **«независимо от типа эпидемии или местных условий, подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования в силу особенностей своего поведения. Кроме того, представители этих групп часто находятся в такой правовой и социальной ситуации, связанной с особенностями их поведения, которая еще больше повышает их уязвимость к ВИЧ-инфекции... Ключевые группы населения имеют важное значение как с точки зрения динамики распространения ВИЧ-инфекции, так и с точки зрения их потенциального вклада в эффективную борьбу с эпидемией в качестве одного из важнейших партнеров».**

Как говорится в Сводном руководстве ВОЗ: «Одной из причин высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ может быть тот факт, что при анальном сексе без презерватива ВИЧ передается быстрее, чем при вагинальном половом акте без презерватива. На индивидуальном уровне факторы риска ВИЧ-инфицирования среди МСМ включают незащищенный пассивный анальный секс, большое количество партнеров и употребление инъекционных наркотиков».

В том же Руководстве отмечается: «Степень риска инфицирования при половом контакте различается среди различных подгрупп трансгендерных людей. Например, риск инфицирования при половом контакте может быть выше среди трансгендерных женщин или трансгендерных мужчин, которые имеют принимающий анальный секс, чем среди трансгендерных мужчин или женщин, имеющих половые контакты только с женщинами. Во многих странах показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди трансгендерных женщин такие же или даже выше, чем среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами».

**Некоторые ГБМСМ и трансгендерные люди могут относиться к нескольким ключевым группам, что увеличивает их уязвимость для ВИЧ и гепатитов.**

В частности, уязвимость повышается если ГБМСМ и трансгендерные люди также относятся к группам:

- людей, употребляющим наркотики инъекционным образом,
- людей, находящихся в пенитенциарных учреждениях и других местах лишения свободы,
- секс-работников.

Особо отмечается большая **уязвимость перед ВИЧ-инфекцией молодых людей, относящихся к ключевым группам населения**, в сравнении с старшими членами этих же групп. В руководствах ВОЗ под молодыми людьми понимаются люди от 10 до 24 лет. Нормативные и законодательные барьеры, связанные с формальным совершеннолетием, часто лишают их доступа к профилактическим и медицинским услугам, получению необходимой информации — в частности, о более безопасном сексуальном поведении, консультированию и тестированию на ВИЧ, снижению вреда и пр. «Такие факторы, как быстрое физическое, эмоциональное и умственное развитие в этом возрасте, сложные психосоциальные и социально-экономические проблемы, плохой доступ к услугам и низкий уровень их востребованности повышают показатели уязвимости и риска среди подростков», — отмечается в Сводном руководстве ВОЗ.

Техническое руководство «Профилактика, лечение, уход и поддержка в связи с ВИЧ для людей, употребляющих стимуляторы», опубликованное Управлением ООН по наркотикам и преступности, подчёркивает большую уязвимость перед ВИЧ тех ГБМСМ и трансгендерных людей, которые употребляют стимулирующие ПАВ трёх видов:

- кокаин,
- стимуляторы амфетаминового ряда (САР), включая метамфетамины (но исключая МДМА),
- стимулирующие новые психоактивные вещества (НПВ) различного вида, в частности синтетический катинон, фенэтиламины, аминоканданы и пиперазины. По-другому их называют «солями для ванн», «дизайнерскими наркотиками».

Эти вещества различаются по способу употребления. Естественно, наибольшая уязвимость для передачи ВИЧ и гепатитов В и С достигается при одновременном инъекционном употреблении этих веществ и незащищённом сексе. Даже если люди принимают ДКП или находятся на АРВ-терапии и их вирусная нагрузка неопределяемая (то есть они не могут ни получить, ни передать ВИЧ), секс без презерватива и другие более опасные сексуальные практики приводят к распространению ИППП, гепатитов В и С. Особо отмечается уязвимость перед гепатитом С при совместном использовании соломинок или трубочек при назальном употреблении.

И также подчёркивается возрастание уязвимости и рисков при принадлежности человека к нескольким ключевым группам.

Отмечается, что **одним из факторов, способствующим началу употребления ПАВ ГБМСМ и трансгендерными людьми, является психологическое воздействие коллективной травмы, вызванной эпидемией ВИЧ в этих сообществах**. Культурная травма, вызванная эпидемией ВИЧ, влияет как на ВИЧ-отрицательных, так и на ВИЧ-положительных представителей этих сообществ.

В чём-то это влияние похоже, в чём-то значительно различается.

Тем не менее, подчёркивается, что **для многих ГБМСМ и трансгендерных людей употребление ПАВ является способом самолечения для снижения стыда, страха, беспокойства, вызванных травмой эпидемии ВИЧ в контексте именно сексуальных отношений**.

Как уже отмечалось, некоторые исследования показывают, что ГБМСМ, живущие с ВИЧ, в среднем больше, чем ГБМСМ без ВИЧ, склонны употреблять ПАВ, в том числе в сексуализированном контексте. Употребление стимуляторов ставит ГБМСМ и трансгендерных людей, живущих с ВИЧ, в более уязвимое положение, поскольку употребление стимуляторов оказывает негативное влияние на иммунную систему. Иногда оно может неблагоприятно воздействовать на приверженность АРВ, нейрпсихологическое функционирование, увеличение частоты более рискованного поведения и т.д.

## 2.3.10.

# Процесс становления ГБТ-идентичности, камин-аут и употребление ПАВ

Критически важно для профессионалов — равных консультантов, социальных работников, психологов, наркологов и др., работающих с ГБМСМ

и трансгендерными людьми — понимать **соотношение процесса становления ГБТ-идентичности и употребления ПАВ, поскольку в каких-то случаях эти процессы могут быть напрямую связаны**.

Существует несколько различных **моделей становления гомо-, бисексуальной и трансгендерной идентичностей**. При всех различиях они похожи в главном — в понимании того, что **осознание, принятие**

**и жизнь с ГBT-идентичностью — это процесс, продолжающийся всю жизнь человека и напрямую зависящий от того контекста, в котором человек живёт, и являющийся решающим для психоповеденческого здоровья и психологического благополучия ГБМСМ и трансгендерных людей.** Иногда процесс становления идентичности метафорически называют «путешествие идентичности» (identity journey), подчёркивая его динамичный характер.

Важно отметить, **процесс развития идентичности — это не процесс «формирования сексуальной ориентации».** Развитие идентичности — это часть процесса развития ориентации. Идентичность — это то, как человек себя воспринимает, как он воспринимает свою гомо-, бисексуальность или трансгендерность, что он чувствует относительно своей принадлежности к этим сообществам, что он чувствует относительно своей негетеросексуальности и нецисгендерности, позволяет ли он себе проявлять данные аспекты своей личности во взаимодействии с другими людьми, что он чувствует относительно этого, как он переживает влияние на него гетеросексизма, гомофобии, бифобии и трансфобии и пр. В то время, как **формирование сексуальной ориентации — это более сложный и многоуровневый процесс, который в своей основе касается формирования сексуального, во всём широком смысле определения «сексуальности» влечения, а также поведения и идентичности.**

Иногда люди смешивают эти понятия и сводят процесс формирования сексуальной ориентации исключительно к процессу становления сексуальной идентичности. Именно это смешение, например, произошло при принятии закона о запрете т.н. «гей-пропаганды». С точки зрения биологических наук о человеке, невозможно пропагандировать сексуальное влечение — его направленность формируется в период внутриутробного развития плода. Однако то, что можно делать — это помогать людям, которые не являются гетеросексуальными, не чувствовать себя людьми второго сорта и не страдать от гомофобии. Это достигается через признание существующего биологического разнообразия и благоприятный контекст становления сексуальной идентичности, которая не будет стигматизированной и поражённой усвоенным гетеросексизмом. Однако российские власти предпочли законодательно закрепить «социальную неравноценность» негетеросексуальных людей и их отношений.

Мы обратимся к самой авторитетной и цитируемой модели становления гомосексуальной идентичности, которую в 1979 году сформулировала австралийская психолог **Вивьен Касс**. Изначально она предложила свою модель для описания становления гей/лесбийских идентичностей. Позже её модель модифицировали для описания становления бисексуальных идентичностей. Ещё позже стали разрабатывать модели становления трансгендерных идентичностей. С русскоязычным обзором нескольких других моделей можно познакомиться в книге **«Розовая психотерапия: руководство по работе с сексуальными меньшинствами».**

Рассмотрим сначала **классическую модель В. Касс**, а далее поговорим и об её трансформациях. Вивьен Касс выделяет **шесть ступеней становления гомосексуальной идентичности.**

Схема 2.7. Модель становления гей/лесбийской идентичности по Вивьен Касс, 1979.



Касс пишет о том, что **становление идентичности — это не исключительно внутриспсихический процесс, проходящий только в голове одного человека**. Она указывает, что это **становление происходит в процессе взаимодействия индивида и его окружения — семьи, соседей, друзей, коллег, тех социальных общностей, к которым он принадлежит, от качества общения с гей-сообществом и получаемого им опыта в этом общении, а также от общего социального и политического фона**. От всего этого множества факторов и их взаимодействия зависит то, насколько легко человек будет проходить ту или иную ступень, какие именно стратегии он будет выбирать и что будет считать для себя неприемлемым, как долго он будет находиться на каждой из ступеней, насколько легко будет переходить со ступени на ступень, «застрянет» ли на какой-либо из них, возвратится ли к предыдущим ступеням и их стратегиям. Иными словами, становление гомо/бисексуальной идентичности — это нелинейный процесс.

**Процесс становления идентичности напрямую влияет на процесс камин-аута, т.н. открытие окружающим своей гомо/бисексуальности**, поэтому иногда модель Касс называют «моделью камин-аута». Чем дальше по ступеням находится человек, тем легче, проще и более адаптивно он переносит все последующие в его жизни камин-ауты. При этом важно, что **камин-аут — это не просто единичные события, но «процесс длинной в жизнь»**.

**Профессионалы должны учитывать, на какой ступени становления идентичности находятся ГБМСМ и трансгендерные клиенты, при разработке плана сопровождения.**

Во-первых, то, на какой ступени находится человек, может непосредственно влиять на его модель употребления ПАВ. Во-вторых, то, насколько человеку комфортно или некомфортно обсуждать с консультантом свою сексуальную идентичность, напрямую соотносится с уровнем доверия между клиентом и консультантом. В-третьих, нахождение на конкретной ступени становления идентичности будет влиять и на выбор тех инструментов поддержки, которые приемлемы для клиента.

Нет однозначной зависимости между открытостью человека с меньшей вероятностью возникновения у него проблемных сценариев употребления ПАВ. Достаточно большую роль играют индивидуальные факторы и факторы контекста, в котором оказывается конкретный человек. Так, у одних людей проблемные сценарии употребления ПАВ могут проявиться на 1-й, 2-й или 3-й ступенях, когда человеку сложно принять свою гомо/бисексуальность и он таким образом пытается заглушить чувства стыда и вины за свои

желания и влечения. У других людей проблемные сценарии употребления ПАВ могут сформироваться на 4-й или 5-й ступенях — например, в силу того, что исторически именно бары и клубы стали первым безопасным пространством для встреч гомо/бисексуалов (во многих городских ареалах остаются таковыми пространствами до сих пор) и сама атмосфера этих мест предрасполагает к употреблению ПАВ, которое для кого-то может стать проблемным. Также на употребление ПАВ может влиять то, насколько травматичным оказываются для человека его камин-ауты.

Отдельно стоит отметить возникающие **стыд, вину и чувство неловкости, связанные непосредственно с гомосексуальным сексом**. Тогда ПАВ могут стать «социальной смазкой», облегчающей сексуальное взаимодействие, — это одно из объяснений распространённости практики хомсекса в гей-сообществе.

**Восприятие собственной сексуальности в контексте процесса становления идентичности — это один из её элементов. И процесс позитивного восприятия собственной сексуальности не идентичен процессу становления гомосексуальной идентичности.**

То есть, человек может быть на 4-й или 5-й ступенях в восприятии своей гомосексуальной идентичности, её манифестации миру, социального взаимодействия, связанного с ней. При этом в аспекте отношения именно к своей сексуальности как таковой, к сексуальному взаимодействию с другими, он может быть сильно травмирован сексофобией, и его восприятие секса будет далеко от позитивного. Тогда он может обратиться к ПАВ для преодоления своих сложных чувств.

К сожалению, **часто происходят ситуации, когда психологи говорят о процессе становления гомосексуальной идентичности в десексуализированном ключе** — с точки зрения социального взаимодействия и презентации человеком себя как гомосексуала. А сексуальность как таковая, отношение человека к гей-сексу как будто бы исчезает из фокуса их внимания, поэтому сама гомосексуальная идентичность у человека развивается неоднородно и может включать страх и стыд, связанный с гей-сексом. В результате, например, человек может идентифицировать себя как «гомосексуального асексуала». Человек может быть «гордым геем» и даже активистом, но при этом в проявлениях собственной сексуальности и сексуальных взаимодействиях он настолько травмирован, что ему легче полностью отказаться от сексуальной жизни.

Безусловно, каждый человек индивидуально решает вопрос, связанный с его личной сексуальной жизнью, но **исключение из гомосексуальной**

**идентичности сексуальности деформирует её как таковую, что особенно важно в контексте хемсекса, когда ПАВ могут снять у человека чувства страха и стыда во время сексуального взаимодействия.** Но если человек захочет отказаться от ПАВ, то эти чувства могут вернуться и человек встанет перед выбором либо работать с ними в психотерапии, либо вернуться к «асексуальности». Поэтому **критически важно, говоря о становлении гомосексуальной идентичности, говорить и о формировании позитивного восприятия собственной сексуальности и навыков взаимодействия с ней, работать по интеграции чувств стыда и вины за гомосексуальный секс, которые усваиваются как ментальная схема из гетеросексистской культуры.** Понимая всю сложность этих вопросов, консультант не навязывает клиенту своего понимания, в том числе понимания его путешествия идентичности, но **идёт за клиентом, помогая клиенту поддерживать тот образ себя и своей сексуальности, который соответствует представлениям человека о самом себе, чтобы у человека укреплялось чувство самоэффективности и авторской позиции по отношению к собственной сексуальности.**

Разрабатывавшиеся позже **модели становления бисексуальных идентичностей**, в целом, повторяют модель Касс. При этом **отмечается, что бисексуальным людям необходимо будет преодолеть не только стигму, связанную с гомофобией, но и стигму, связанную с бифобией как в гетеро-, так и в гей-сообществах, а также усвоенный бисексизм.** Здесь же можно отметить, что некоторые гомосексуальные люди заявляют сначала о своей бисексуальности, поскольку они верят в то, что другим людям проще принять их как бисексуалов. В то же время некоторые бисексуалы в силу разных причин могут говорить о себе как гомосексуалах. В любом случае, как бы себя клиент ни идентифицировал, **роль консультанта — принять и подтвердить чувства клиента, показать, что пространство этого взаимодействия безопасно для человека, и, если это необходимо, поддержать клиента в процессе путешествия его идентичности, переадресовать к дружественному специалисту.**

При этом важно отметить, что при всей схожести процессов, **становление трансгендерной идентичности может существенно отличаться от становления гомо/бисексуальной идентичности.** Если для гомо- и бисексуалов принятие своей сексуальной ориентации логично может привести к запуску процесса камин-аута, то есть постепенному открытию своей гомо/бисексуальности всё более широкому кругу людей, то для ряда трансгендерных людей подобный сценарий окажется неприемлемым. Они могут стремиться к состоянию «стелс», т.е. «невидимки».

При этом некоторые активисты и психологи говорят, что это стремление является следствием усвоенной трансфобии, уступкой трансфобному миру, и уподобляют это состояние «жизни в шкафу» геев и бисексуалов. Однако другие их коллеги утверждают, что это сравнение некорректно, и директивное предписание для всех трансгендерных людей жить открыто именно в своём статусе трансгендерных людей лишает их субъектности и права распоряжаться информацией о своей личной жизни.

**Понимание сложности и неоднозначности этих дебатов внутри сообщества важно для помогающих профессионалов, поскольку сложные чувства, которые трансгендерный человек может испытывать относительно своей открытости/закрытости, влияют на процесс его сопровождения в рамках программ снижения вреда и получения им наркологической помощи.**

В проектах снижения вреда широкой направленности могут происходить ситуации, когда консультант, не зная о сексуальной ориентации клиента и процессе путешествия его сексуальной идентичности, будет демонстрировать гомофобию, тем самым причиняя вред клиенту.

Либо консультант может начать форсировать разговор о сексуальной идентичности и сексуальном поведении клиента, а клиент ещё не будет готов к подобному разговору. Поэтому гетеросексуальному консультанту необходимо рефлексировать свои гетеросексизм, ЛГБТ-фобии, и другие стереотипы и предрассудки в сексуально-гендерной сфере. И, если конструктивная работа с ГБМСМ или трансгендерным клиентом невозможна, переадресовать его другому консультанту.

В работе равного консультанта или специалиста, который сам является представителем ЛГБТ-сообществ, важно рефлексировать, на какой ступени становления идентичности находится он сам и как это влияет на его работу с клиентом. Например, если равный консультант находится на ступени терпимости или принятия своей идентичности, как это будет влиять на работу с клиентом, находящимся на ступени гордости идентичности? Не будут ли недостаточно проработанные усвоенные гомо- или бифобия консультанта или специалиста влиять на то, как он реагирует и какие варианты для работы предлагает клиенту? Верно и обратное: если равный консультант или специалист находятся на этапе гордости идентичности, не будет ли он форсировать личную динамику клиента в его перемещении между ступенями и, например, подталкивать клиента к камин-ауту, несмотря на возможные риски для него?

Именно **консультанты, способные принять и подтвердить чувства клиента, могут оказать решающую роль в процессе обучения клиента навыкам снижения вреда, в том числе воздержания от ПАВ.** Если клиенты употребляли ПАВ для того, чтобы заглушить свои негативные чувства, связанные с их негетеросексуальностью или нецисгендерностью, благоприятное подтверждение в безопасном контексте со стороны

консультанта может стать решающим опытом, помогающим им упорядочить свои отношения с ПАВ. Однако консультанту важно помнить, **что процесс путешествия идентичности не происходит по расписанию и не является линейным**. Каждый человек проходит этот путь в своём возрасте и по своему индивидуальному сценарию.

Поэтому значимой помощью для каких-то клиентов окажется **поддержка в переживании амбивалентности и неопределённости как между стыдом за свою идентичность и чувством своего достоинства, так и неспособностью или нежеланием однозначно себя идентифицировать как гея, гетеросексуала или бисексуала**.

Работа по принятию этих своих сложных чувств может оказаться важным элементом работы по упорядочиванию человеком своих отношений с ПАВ.

Учитывая критическую важность **принимающего (аффирмативного) подхода**, необходимо отметить, что негативно на путешествие идентичности человека и упорядочивание им своих отношений с ПАВ скажется столкновение с религиозными консультантами, специалистами или реабилитационными центрами, которые из-за расхождения с вероучением не смогут принять и поддержать гомо-, бисексуальность или трансгендерность человека.

**Существует опасность, что религиозные службы спровоцируют у человека самостигматизацию, усвоенные гетеросексизм, бисексизм или трансфобию, что помешает клиенту упорядочить свои отношения с ПАВ.**

Знание о том, были ли у человека, употребляющего ПАВ, взаимодействия с гомо-, би- или трансфобными специалистами и службами, важно для консультанта, поскольку этот опыт может препятствовать установлению доверительного контакта между клиентом и консультантом. Кроме того, человеку может потребоваться помощь, связанная с религиозной травмой, полученной в этих службах.

Если клиент находится на одной из ранних ступеней принятия своей сексуальной идентичности, то для него может оказаться неприемлемой переадресация к специалисту, работающему в ЛГБТ-комьюнити-центре, либо на группу анонимных наркоманов (АН) из ЛГБТ-сообщества. Верно и обратное: для открытого гея или бисексуала может оказаться травматичной переадресация на общую группу АН, участники которой могут позволять себе гомофобные высказывания или другим способом невербально демонстрировать свою гомофобию.

В организациях должны быть созданы условия, чтобы консультанты и специалисты могли обсуждать эти вопросы на супервизиях.

## 2.3.11.

# Семья происхождения и семья по выбору

Семья и другие близкие люди имеют важное значение для каждого человека и могут, с одной стороны, провоцировать проблемное употребление ПАВ или наоборот помогать поддерживать управляемое употребление или воздержание от употребления ПАВ. ГБМСМ и трансгендерные люди не исключение.

Однако, как и в других сферах, здесь есть свои особенности, понимание которых критически важно для консультантов проектов снижения вреда и специалистов наркологической помощи, работающих с клиентами, относящимися к этой группе, поскольку это может оказаться одним из решающих факторов в процессе сопровождения клиента.

**Главной особенностью является то, что для части ГБМСМ и трансгендерных людей наибольшее значение могут иметь отношения с семьёй по выбору, а отношения с семьёй происхождения могут быть достаточно непростыми.**

Рассмотрим это подробнее.

**Семья происхождения** (family of origin) — это обычно биологическая семья или любая семейная система, которая сыграла важную роль в раннем развитии клиента. Разговор о семье происхождения необходимо вести особенно аккуратно, поскольку у многих ГБМСМ и трансгендерных клиентов могут оставаться нерешённые вопросы, связанные с исходной семьёй, в особенности в контексте сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Эти нерешённые вопросы могут действовать на человека как триггеры, приводящие его к более проблемному употреблению ПАВ, либо его возобновлению.

Опыт ГБМСМ и трансгендерных людей в семьях происхождения может быть крайне травматичным в контексте их сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Различного рода насилие (физическое, психологическое, экономическое, сексуальное), отвержение семьи и прекращение общения, игнорирование той части жизни человека, которая касается его СОГИ — например, родители никогда не передают привет партнёру человека,

не интересуются его отношениями с партнёром и пр., — могут оказывать крайне негативное влияние на человека, которое он зачастую не замечает или игнорирует.

Иногда ГБМСМ и трансгендерные люди сами принимают решение не совершать камин-аута перед семьёй происхождения и создают по этим вопросам либо «стену молчания», либо иллюзию своей гетеросексуальности. В любом случае, это говорит о серьёзных проблемах с базовым чувством доверия и чувством онтологической безопасности. Опять же, сам человек может различным образом рационализировать свой выбор, отрицать негативные последствия этого выбора как для себя, так и для отношений с родственниками.

У других людей, наоборот, может быть опыт принятия и поддержки со стороны семьи после камин-аута. Этот опыт и отношения с семьёй происхождения могут стать важным ресурсом для человека в процессе его работы в рамках снижения вреда от ПАВ.

Консультанты, не имеющие специальной подготовки, не должны работать с людьми в вопросах, связанных с разрешением сложных ситуаций в семье происхождения, но должны уметь переадресовать клиента к соответствующему доверенному специалисту. Другой путь — рекомендовать обратиться, например, в инициативы родителей ЛГБТ-людей, либо в программу «Взрослые Дети Алкоголиков / из Дисфункциональных Семей» (ВДА/ДФС).

Подробнее см.:

Созаев Т. [Гомосексуалы и родительские семьи](#)

Созаев Т. [Семья, дисфункциональные системы и зависимость от ПАВ](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

Отдельно стоит отметить специфику работы с взрослыми людьми, выросшими в **детских домах, приютах или интернатах**. У этих людей может быть свой травматичный, сложный или неоднозначный опыт, связанный с жизнью и взрослением в этих системах. И это будет влиять на процесс работы человека в рамках снижения вреда от ПАВ. В каких-то случаях может понадобиться переадресация человека к специалисту по ресоциализации людей с подобным опытом.

**Семья по выбору** (family of choice) — группа людей в жизни человека, которая выполняет типичную роль семьи как системы поддержки. Это могут быть партнёр или группа партнёров, близкие друзья. Первоначально понятие появилось для описания близких отношений между людьми, которые

практически не контактируют со своими биологическими родственниками — например, после совершения камин-аута и отвержения человека со стороны семьи. Впоследствии стало понятно, что семья по выбору может включать или не включать членов семьи происхождения. Иногда человек в своей коммуникации чётко разделяет семью по выбору и семью происхождения. Члены каждой из этих семейных систем, в свою очередь, могут быть в сложных отношениях друг с другом, что будет влиять и на самого человека.

**Семья по выбору включает не только живых людей или тех, с кем человек общается непосредственно в настоящий момент.**

В семью по выбору могут входить люди, которые уже умерли (например, бывшие партнёры или близкие друзья, умершие от СПИДа) или не являются непосредственной частью жизни человека в настоящем, но своей поддержкой, воспитанием и пониманием занимают значительное место в ней.

Семья по выбору сталкивается с собственными уникальными проблемами и сложностями, которые обусловлены её статусом. Эти проблемы и сложности оказывают непосредственное влияние на человека, поэтому консультанту, сопровождающему человека, необходимо понимать эту динамику. Одна из проблем семьи по выбору — отсутствие её юридической легитимности. Если это вызывает значимое напряжение у клиента, может потребоваться переадресация к специализированному юристу, который расскажет о том, какие существуют возможности юридического урегулирования отношений между однополыми партнёрами в рамках действующего российского законодательства. Такие возможности существуют.

Чтобы эффективно работать с ГБМСМ и трансгендерными людьми, консультантам проектов снижения вреда и наркологической помощи необходимо иметь **некоторые представления о динамике межличностных отношений в семьях по выбору и разнообразии отношений в этих сообществах**. Важно внимательно относиться к вопросам самоидентификации клиента, используя приемлемую для клиента **терминологию**, в том числе в отношении его партнёра или партнёров.

О разнообразии семейных моделей см.:

Кутузова Д.А. [«Быть семьей»: взгляд с точки зрения социального конструкционизма. Обзор работ Л. Беллы и ее сотрудников.](#)

Семейные узы: Модели для сборки: Сборник статей. / Сост. и редактор С. Ушакин. [Книга 1.](#) [Книга 2.](#)

### Консультантам важно осознавать собственные предубеждения относительно разнообразия моделей семьи.

Гетеросексистским представлениям могут быть подвержены не только гетеросексуальные консультанты, но и консультанты, относящиеся к ЛГБТ-сообществу, — например, когда считают, что моногамные отношения являются более предпочтительными, чем немоногамные, в то время как немоногамные отношения — это всегда свидетельство «психологической незрелости» клиента.

### Возможно, консультанту стоит повысить уровень своей осведомлённости по вопросам секс-позитивности, этичной немоногамии, полиамории и анархии отношений.

Отдельной динамикой отличаются БДСМ-отношения, и **консультанту важно не патологизировать их.**

О секс-позитивности, этичной немоногамии и полиамории см. Кэтрин Лист и Досси Истон: «Этика блядства».

О непатологизирующем подходе к СМ-отношениям см. Лин Коуэн «Мазохизм. Юнгианский взгляд».

Дополнительными факторами стресса в семьях по выбору могут быть суррогатное горе и уровень комфорта от своей сексуальной ориентации.

**Суррогатное горе** (surrogate grief) — проективный механизм, при котором кто-либо из членов семьи по выбору, будучи отвергнутым семьёй происхождения, испытывает в связи с этим сложные чувства (горе, гнев, утрату, тревожную привязанность и т.д.) и выражает их к членам семьи по выбору, поскольку не может высказать их напрямую отвергнувшим людям. Это может стать дополнительным стрессором, влияющим на контроль человеком над употреблением ПАВ.

Если **люди внутри семьи по выбору находятся на разных уровнях принятия своей сексуальной ориентации** — например, кто-то полностью открыт и находится на уровне гордости, а кто-то закрыт и находится на уровне терпимости, — это может стать источником большого напряжения внутри семейной системы и также влиять на процесс управления человеком его употреблением ПАВ.

**Бисексуальные мужчины, находящиеся в гетеросексуальных отношениях или браке,** сталкиваются с дополнительными сложностями

и моральными дилеммами относительно того, стоит ли им сообщать своей партнёрше о своей бисексуальности и о своих продолжающихся сексуальных и/или романтических отношениях с мужчинами. Другой уровень сложности — **отношения геев и бисексуалов со своими бывшими партнёршами-женщинами**: для кого-то эти отношения могут быть дополнительным ресурсом поддержки, а для кого-то — дополнительным стрессором.

Консультантам проектов снижения вреда и специалистам наркологической помощи следует **использовать ресурсный потенциал семей по выбору** ГБМСМ и трансгендерных клиентов в процессе их работы по снижению вреда от ПАВ. Консультанту следует задавать себе вопрос: **если бы он работал с гетеросексуальным клиентом, то обратился бы в конкретной ситуации к работе с семьёй клиента?** Если ответ утвердительный, то это означает равную возможность для работы и с семьёй по выбору ГБМСМ и трансгендерных клиентов. Если консультант принимает решение этого не делать, это может быть признаком непроработанных личных предубеждений консультанта. В этой ситуации консультанту необходимо обратиться за супервизией.

Также отдельно стоит остановиться на том, что у части ГБМСМ и трансгендерных людей есть **дети**. У кого-то они могут остаться от предшествующих отношений, у кого-то — расти в текущих. Это могут быть усыновлённые или кровные дети, в т.ч. появившиеся с помощью суррогатного материнства. Другие ГБМСМ могли стать отцами для детей, воспитывающихся в лесбийских семьях или других семьях с двумя матерями. Некоторые могли стать опекунами для детей своих погибших родственников.

ГБМСМ и трансгендерные люди могут воспитывать детей в одиночку, с партнёром в однополых и разнополых нуклеарных, бинуклеарных, полиаморных и других семьях. Гомо-, би- и трансфобное окружение вынуждает такие семьи жить в ещё более закрытом формате, опасаясь возможных последствий, что является дополнительным стрессовым фактором. Возможен вариант, когда второй родитель или другие родственники запрещают и препятствуют общению ГБМСМ или трансгендерного человека с его ребёнком. Это может быть сопряжено с лишением его родительских прав.

Поэтому для консультантов проектов снижения вреда и наркологической помощи важно **учитывать дополнительные стресс и давление, которые испытывают ГБМСМ с детьми**, и их влияние на работу по снижению вреда от ПАВ.

## 2.3.12.

# Влияние жизненного пути

Всемирная организация здравоохранения определяет **жизненный путь** как «обусловленную культурными факторами последовательность возрастных периодов, через которые обычно должен пройти человек от рождения к смерти». Исходя из этого, **принцип охвата всех этапов жизненного пути** (life course approach), применяемый к вопросам общественного здравоохранения, «предполагает, что показатели здоровья индивидов и сообщества зависят от взаимодействия множества защитных факторов и факторов риска на протяжении всей жизни человека. В основе этого принципа лежит временной и социальный подход к здоровью индивидов и когорт, а также к межпоколенческим детерминантам здоровья». Иными словами, **события на каждом из этапов влияют на последующий жизненный опыт, поскольку люди постоянно возвращаются к последствиям проблем, с которыми сталкивались ранее.**

Это влияние начинается до рождения и фактически до зачатия (жизненный опыт матери и отца и воздействие контекста на них). Нельзя недооценивать течение беременности и роды, поскольку эти этапы являются фундаментальными для формирования и последующего развития здоровья, в том числе психического.

То есть этот подход подчеркивает:

- а) взаимосвязь жизней отдельных людей — социальные связи, отношения с родственниками и другими людьми влияют на показатели здоровья индивида;
- б) последовательность жизненных событий как части общей траектории жизни индивида — значимый опыт оказывает различное влияние на разных этапах жизненного цикла;
- в) влияние социального контекста на принятие индивидом личных решений;
- г) важность исторического контекста, который формируется не только индивидуальным, но и «когортным» путем — родившиеся в один исторический период люди могут проживать один и тот же опыт, который будет отличаться от опыта других поколений.

ГБМСМ и трансгендерные люди в течение жизни сталкиваются со многими общечеловеческими проблемами. Однако такие специфичные внешние и внутренние факторы, как гетеросексизм, бифобия и трансфобия, оказывают дополнительное влияние на каждом из ее этапов. Поэтому консультантам

и специалистам, работающим в сфере снижения вреда и наркологической помощи ГБМСМ и трансгендерным людям, необходимо понимать **особый характер жизненного пути своих клиентов и его соотношение с коллективным опытом всего сообщества.**

Например, как влияет на распространение более рискованного сексуального поведения в этой группе отсутствие сексуального образования в подростковом возрасте. Или что приводит сообщество к проблемному химсексу, какие социальные и культурные факторы в этом задействованы, как проблемный химсекс влияет на последующие этапы жизни не только отдельного человека, но и всего сообщества.

Подробнее см.:

Созаев Т. [Как жизненный путь ЛГБТ-людей может привести к зависимостям](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.3.13.

# Правовой контекст как фактор риска

Отдельно стоит остановиться на правовом контексте как факторе риска для ГБМСМ и трансгендерных людей, употребляющих ПАВ.

**В законах материализуются культурные ценности, установки и идеологии различных групп, имеющих доступ к власти и созданию этих законов.**

Так происходит навязывание всему многообразию культурных групп в обществе их представлений о необходимом правовом устройстве и регулировании данного общества.

**Закрепление в законах особого статуса (как позитивного, так и негативного) каких-либо групп существенно влияет на их идентичность и самоощущение либо как привилегированных, либо как защищаемых, либо как стигматизируемых и дискриминируемых.**

Точно также закрепление в законах какого-либо поведения в качестве преступного, противоправного или нежелательного влияет на идентичность, правовое и гражданское самосознание, социальный статус тех людей, кто практикуют подобное поведение. Если отдельные группы или какое-либо поведение воспринимаются в доминирующей культуре и идеологии (либо среди групп, имеющих доступ к законодательной власти) как нежелательные, неправильные, неестественные, нездоровые, вредные или аморальные, то с большой вероятностью ущемление этих групп в правах будет закреплено и законодательно. А их поведение будет расцениваться как преступное или противоправное. Таким образом **закон закрепляет социальное неравенство и иерархию через создание новых дискриминируемых и преступных групп и видов поведения. Он также запечатлевает господство идеологии и культурных ценностей доминирующей группы, усиливая угнетение маргинализированных групп и людей, практикующих осуждаемое поведение.**

### **Влияние уголовных санкций на передачу ВИЧ среди ключевых групп населения**

Стигма, дискриминация и уголовные санкции в отношении людей, употребляющих наркотики, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных людей, секс-работников и людей, живущих с ВИЧ, напрямую влияют на их способность и желание получать доступ к услугам в связи с ВИЧ и другим медицинским услугам и пользоваться ими. Они также ограничивают возможность людей из ключевых групп населения получить доступ к товарам или услугам, необходимым для практики защищающего поведения, включая использование презервативов, а также для доступа к стерильному инъекционному инструментарию, тестированию на ВИЧ и лечению ВИЧ. Систематический обзор 106 рецензируемых исследований, опубликованных в период с 2006 по 2014 год, изучал связь между уголовными санкциями за употребление наркотиков и профилактикой ВИЧ, и результатами лечения среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Хотя исследования проводились в основном в Северной Америке и Азии, результаты показали, что уголовные санкции являются причиной серьезных препятствий на пути лечения и профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным образом.

Профилактика, лечение, уход и поддержка в связи с ВИЧ для людей, употребляющих стимуляторы. Техническое руководство. Управление ООН по наркотикам и преступности, 2019.

**Закрепление каких-либо групп или моделей поведения как преступных или противоправных создаёт уязвимое восприятие самих себя, стигматизируемые идентичности у представителей этих групп.**

Восприятие самих себя и своего поведения как преступного и противоправного подрывает гражданское самосознание представителей этих групп, их веру в верховенство права. А маргинальный статус, выводя их за пределы одобряемых законом норм, становится разрешением для других к дискриминации этих людей в повседневной жизни, осложняет их доступ, например, получению обычной работы и для некоторых представителей этих групп становится фактором, который облегчает для них переход к расширению диапазона своего поведения в сторону неодобряемого правовыми нормами. Например, сложности в трудоустройстве человека, имеющего в своей истории тюремный срок, связанный с наркотиками, может подтолкнуть его к каким-либо иным противоправным действиям, поскольку способов законно заработать деньги на жизнь он может не видеть.

**Законодательное закрепление привилегированного статуса каких-либо групп или моделей поведения в качестве поддерживаемого** — например, через наделение людей, входящих в эти группы, и моделей поведения, дополнительными юридическими возможностями: правами, и особым статусом — **также устанавливает и закрепляет социальное неравенство и иерархию, поскольку другие группы лишены доступа к данным правам**. Это также создаёт у тех, кто не имеет возможности доступа к этому статусу и правам, стигматизируемую идентичность и самосознание неполноценных граждан второго сорта. Например, закрепление в Конституции и Семейном кодексе идеологии гетеросексизма через определение брака как союза мужчины и женщины — это явное послание однополым семьям, что их отношения, как говорится в решении Верховного суда РФ, «социально неравноценные».

Поэтому, с одной стороны, консультантам и специалистам программ снижения вреда и наркологической помощи следует понимать влияние права и закона на идентичность и самосознание людей, с которыми они работают. Но, с другой стороны, **понимать разницу между правовым и неправовым законом, поскольку право и закон — это не одно и то же**. Известно, что «закон, даже принятый надлежащим субъектом и в должной процедурной форме, может не иметь правового содержания и выражать политический произвол». Таким образом, можно сказать, что **неправовой закон — это тот закон, который не отвечает требованиям права, не воплощает справедливость и является значимым препятствием и фактором увеличения риска с точки**

**зрения обеспечения охраны общественного здравоохранения, в том числе, отдельных групп.** Тем не менее, важно помнить, что даже если закон является неправовым, его неисполнение влечёт за собой наказание.

### **Неправовые законы и значимые факторы увеличения риска, препятствующие охране здоровья:**

- Закон о запрете «пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних» препятствует реализации права гомо-, бисексуальных и трансгендерных людей до достижения ими 18-летнего возраста на необходимую, доступную и соответствующую возрасту информацию о формировании сексуальной ориентации и гендерной идентичности, сексуального и гендерного разнообразия, сексуального и репродуктивного здоровья. Это имеет негативное влияние на всю их последующую жизнь, степень здоровья и психологическое благополучие.
- Закрепление идеологии гетеросексизма в Конституции РФ и Семейном кодексе через определения брака как союза мужчины и женщины.
- Криминализация покупки за границей «сильнодействующих веществ» в список которых входят жизненно важные для трансгендерных людей гормональные препараты.
- Криминализация ВИЧ, т.е. применение существующих уголовных или других законов в отношении людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), устанавливающих ответственность за «постановку в опасность заражения и заражение ВИЧ-инфекцией».
- Криминализация секс-работы, препятствующая получению секс-работниками необходимой помощи и поддержки, в том числе, профилактики ВИЧ, ИППП, снижения вреда от ПАВ, защиты от насилия.
- Запрет «пропаганды наркотиков», который в реальности используется против организаций, занимающихся снижением вреда, что затрудняет для людей, употребляющих ПАВ, получение жизненно важной для них информации о возможностях снижения вреда от употребления ПАВ.
- Криминализация употребления ПАВ является значимым препятствием для получения людьми, употребляющими ПАВ, необходимой им помощи и поддержки, в том числе, профилактики ВИЧ, ИППП, снижения вреда от ПАВ, защиты от насилия, а также ресоциализации после отбытия тюремного срока.

При работе с ГБМСМ и трансгендерными людьми, употребляющими ПАВ, консультантам и специалистам программ снижения вреда и наркологической помощи следует осознавать наличие этих факторов, влияющих на процесс сопровождения и принятие тех или иных решений клиентами из этих групп.

**Консультантам следует с особым вниманием относиться к вопросам конфиденциальности и доверия между ними и клиентами.**

Консультантам следует обсуждать с клиентами, **как эти риски могут влиять на приверженность клиентов снижению вреда, что может стать триггером для возобновления употребления ПАВ, какая юридическая ответственность лежит на клиентах, как клиенты могут управлять существующими для себя рисками.**

## 2.3.14.

### **Опыт сообщества, коллективная травма**

Кроме индивидуального и межличностного, важно помнить и о **групповом и коллективном уровнях**, как на это обращает внимание социально-экологическая модель. Консультантам проектов снижения вреда и специалистам наркологической помощи необходимо понимать **особенности коллективного опыта ГБМСМ-сообществ и трансгендерных людей**, поскольку коллективный опыт также является одним из факторов, способствующим формированию проблемных моделей употребления ПАВ. Он является значимым для процесса снижения вреда от ПАВ как потенциально способный оказаться, с одной стороны, стрессором или триггером, а с другой — важным ресурсом в системе поддержки на пути восстановления клиента.

В России, к сожалению, **значение сообществ в вопросах общественного здравоохранения недооценивается**, что является наследием советского прошлого, когда действительно низовые сообщества были разрушены, им на смену пришли насаждаемые сверху, властью, «коллективы», которые в условиях тоталитарного государства были направлены не на потребности людей и формирование сетей поддержки, но использование их в интересах государства как одного из инструментов контроля и насаждения государственной идеологии. Постепенное возрождение сообществ, которое началось в 1990-е годы, сталкивается с дополнительными трудностями,

связанными со сложностью изживания и исцеления коллективных травм советского времени.

**Самосознание сообщества превосходит самосознание конкретных субкультур, конкретных сцен и охватывает всё многообразие ГБМСМ и трансгендерных людей**, которые формально могут отрицать своё отношение ГБМСМ и трансгендерным сообществам, дистанцироваться от их мероприятий, событий и информационной среды.

**Самосознание сообщества — это сложный и внутренне противоречивый феномен, поскольку в нём находит отражение опыт людей, которые находятся на разных уровнях принятия своей сексуальной ориентации и гендерной идентичности — от глухого отрицания до синтеза идентичности — с разным уровнем проживания стресса меньшинства и разным уровнем осознанности и проработанности усвоенных гетеросексизма, бисексизма и трансфобии.**

Важными факторами, определяющими коллективный опыт ГБМСМ и трансгендерных сообществ, являются **многообразные процессы культурной травматизации (и ретравматизации) сообщества**.

Не углубляясь в их анализ, перечислим некоторые:

- Коллективный стресс меньшинства — чувство своей принадлежности к дискриминируемому меньшинству.
- Репрессии против ЛГБТ-активистов, увеличивающие осознание принадлежности к дискриминируемому меньшинству, увеличение тревоги в связи с этим.
- Существование репрессивных законов против «гей-пропаганды» и закрепляющих самосознание в качестве «граждан второго сорта» из-за принадлежности к дискриминируемому меньшинству.
- Регулярно возникающие в СМИ моральные паники вокруг ЛГБТ-сообщества также усиливают ощущение принадлежности к стигматизируемому и маргинализованному меньшинству.
- Коллективная религиозная травма в связи с узурпацией религиозного дискурса гомофобными и трансфобными религиозными институциями и лидерами.
- Влияние тюремной субкультуры как на общество в целом, так и специфически на сообщество. Тюремная субкультура, её нравы, ценности и понятия, пропитывает всё российское общество и стала легитимной частью мейнстримной культуры. Особое положение «опущенных» в тюрьмах восходит особому положению гомосексуалов в ГУЛАГе. Не все в касте опущенных гомосексуалы, но гомосексуалы с неизбежной вероятностью оказываются опущенными. И, даже если мейнстримное ЛГБТ-сообщество не любит об этом вспоминать, вытесняя это знание на периферию своего сознания, травматизация от этого

вытесненного знания продолжает осуществляться, распространяя своё токсичное влияние на всё сообщество. Само то знание на символическом уровне функционирует как один из элементов цикла культурного насилия.

- Отсутствие исторической памяти, внеисторичность сознания, что усиливается властным дискурсом, противопоставляющим «традиционные» и «нетрадиционные» для России сексуальные отношения. Укоренённость в истории способствует укреплению онтологической безопасности, когда индивид или группа через чувство единения с предшествующими и грядущими поколениями, трансформирует экзистенциальную тревогу в экзистенциальную уверенность. В этом смысле, внеисторичность мышления лишает индивида или группу важного ресурса своего психологического благополучия.
- Нарушение связи между поколениями. Старшее поколение ГБМСМ и трансгендерных людей, живших в СССР при уголовном преследовании, и сейчас остаётся невидимым и выпадает из орбиты работы ЛГБТ-организаций. Эйджизм и секс-ориентированность гей-культуры также исключают старшее поколение из общения. Те представители молодого поколения ГБМСМ, кто выбирает быть открытыми, предпочитают клеймить старшее поколение «внутренними гомофобами», считая их опыт для себя ненужным и неинтересным. Это отсутствие связи между поколениями приводит к невозможности проработки тех исторических травм уголовным и психиатрическим преследованием, которые пережило российское ЛГБТ-сообщество в XX веке.
- Слабое чувство общности. Отсутствие исторической памяти, нарушение связи между поколениями препятствует формированию чувства общности, чувства сообщества. Сеймур Сарасон определяет психологическое чувство сообщества как «восприятие сходства с другими, признанная взаимозависимости с другими, готовность поддерживать эту взаимозависимость, отдавая другим или делая для них то, что от вас ожидают, и ощущение того, что вы являетесь частью чего-то большего, надёжной и устойчивой структуры».
- Коллективное отрицание угнетения и самоугнетения. Как и в случае с домашним насилием, у жертв культурного насилия может включаться механизм отрицания своего угнетения. Этот механизм призван защитить коллективное и индивидуальное самосознание от необходимости встретиться лицом к лицу невыносимым опытом угнетения. Чем больше одна часть сообщества защищается от осознания угнетения, тем больше задействуются механизмы самоугнетения.
- Стремление быть «хорошими, правильными» в глазах гетеросексуального общества и стремление быть им «принятым», гетероимитация — это результаты самоугнетения, усвоенного гетеросексизма.
- Внутренняя токсичность в сообществе как компенсаторный механизм из постоянного внешнего угнетения. Когда угнетённые не могут физически противостоять угнетателю, они начинают практиковать формы

вербального и эмоционального пассивно-агрессивного поведения в первую очередь по отношению к друг другу.

- Культурная колонизованность сознания — с одной стороны усвоенным гетеросексизмом, с другой — западными моделями гей- и транс-идентичностей. На экзистенциальном уровне это может порождать ощущение «чужака в родной стране» или «внутренней эмиграции» вестернизированной части сообщества и разлома между ней и невестернизированной частью сообщества.
- Многое в опыте ГБМСМ и трансгендерных людей является травматичным: осознание и принятие своей инаковости в условиях доминирующего гетеросексизма, камин-аут и как события и как процесс, индивидуальное и коллективное насилие, эпидемия ВИЧ и другое. И многое из этого индивидуального опыта становится элементами для формирования коллективного опыта, коллективной идентичности сообщества. Сообщества, опыт которых организуется через постоянное повторение историй о травме, исследователи называют «посттравматическими» сообществами. Когда истории о травме повторяются ради самого акта неотрефлексированного рассказывания об утратах и страдании без серьёзного анализа причин и последствий травмы, исследователи называют это «нарративным фетишизмом». Подобное рассказывание опасно ретравматизацией и не ведёт к проработке травматичного опыта.

**Любое сообщество — это система, в которой различные элементы влияют друг на друга.**

Также на элементы этой системы влияет её взаимодействие с другими системами, средой в целом. В психологии существует отдельное направление — **психология сообщества** (community psychology), которое посвящено пониманию этих процессов как на уровне сообщества, так и на уровне индивидов, включёнными в них. Консультантам проектов снижения вреда и специалистам наркологической помощи важно понимать эту средовую динамику, поскольку она непосредственно влияет на их клиентов.

Подробнее о культурной травме ЛГБТ-сообщества см.:

Созаев Т. [«Нас никто не угнетает»: почему ЛГБТ-люди отрицают дискриминацию против себя?](#)

Созаев Т. [Историческая травма российских ЛГБТ-сообществ](#)

Созаев Т. [Колонизованность сознания как травма российских ЛГБТ-сообществ](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.3.15.

### Синдемия

В последние годы канадские и американские эпидемиологи, говоря о состоянии здоровья ГБМСМ используют концепцию синдемии.

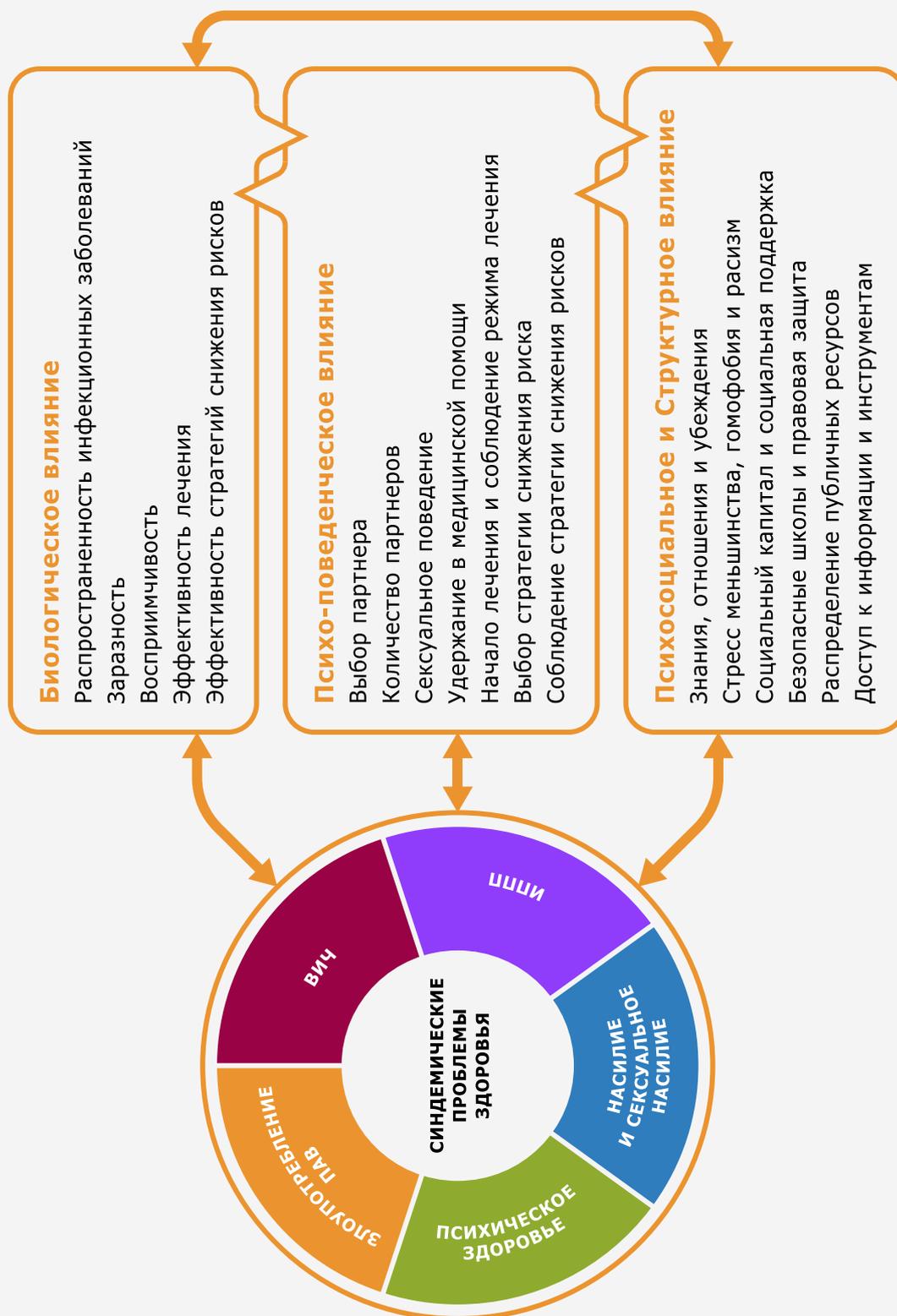
**Синдемия (от греч. *sin* — вместе и *demos* — народ) или синергетическая эпидемия — это совокупность двух и более одновременных или последовательных эпидемий или групп болезней взаимодействие которых усугубляют бремя друг друга. Синдемическая рамка рассматривает заболевание как биопсихосоциоэкологический процесс и обращает внимание на социальные детерминанты здоровья.**

Этот подход позволяет увидеть, как **взаимодействуют различные эпидемии, взаимно обуславливая и усиливая воздействие друг друга на конкретные группы людей**, в частности, на маргинализированные сообщества. Проблемное употребление ПАВ в этой модели является одной из эпидемий, которая пересекается с эпидемией ВИЧ, неблагоприятным факторами в сфере психического здоровья, насилием, ВИЧ-инфекцией и другими факторами, влияющими на здоровье ГБМСМ. При этом **все синдемические факторы имеют социальную и культурную динамику**. Например, можно говорить о том, что коллективные травмы, затронувшие ГБМСМ-сообщества, это то, что неизменно присутствует и в контексте эпидемии ВИЧ; и то, от последствий чего люди стремятся избавиться, употребляя ПАВ; и то, что является непосредственной манифестацией сложностей в психическом здоровье; насилие же — в особенности культурное насилие — одна из культурных травм сообщества; а ИППП, как часть самодеструктивных сексуальных сценариев в следствие коллективных травм — естественный результат. Иными словами, это всё подчёркивает понимание болезни как биопсихосоциоэкологического процесса.

Консультантам проектов снижения вреда и наркологической помощи необходимо понимать эту модель, чтобы рассматривать проблемные модели употребления ПАВ ГБМСМ и трансгендерными людьми **в более широком контексте**, что позволит эффективнее переадресовывать клиентов к другим профильным консультантам и специалистам. Как говорит социальный эпидемиолог из Канады Трэвис Сэлвэй: **«Проблема заключается в том, что мы построили абсолютно закрытые инфраструктуры, связанные с психическими заболеваниями, профилактикой ВИЧ и злоупотреблением психоактивными**

веществами, несмотря на то, что все данные свидетельствуют о том, что это не три эпидемии, а одна. Люди, которые чувствуют себя отвергнутыми, чаще занимаются самолечением, что делает их более склонными к рискованному сексу, что делает их более склонными к заражению ВИЧ, что делает их более склонными чувствовать себя отвергнутыми, и так далее».

Схема 2.8. Биопсихосоциальные факторы синдемии у геев, бисексуалов и других МСМ



## 2.3.16.

# Психологическая резилентность и сильные стороны ГБМСМ и трансгендерных людей

Крайне важно кроме проблематизации положения ГБМСМ и трансгендерных людей в гетеросексистской системе **видеть и сильные стороны этих сообществ**. В частности, психологи и активисты говорят о ГБМСМ и трансгендерных людях как о **«выживших»** (survivors) потому, что **они смогли найти важные копинг-стратегии, позволяющие им справляться с гетеросексистским угнетением, а также с опытом эпидемии ВИЧ/СПИДа**. То есть, психологи говорят о **психологической резилентности** ЛГБТ-людей и сообществ.

**Психологическая резилентность** (или резильентность, от англ. resilience — упругость, эластичность), по определению Американской психологической ассоциации, — это **«процесс хорошей адаптации перед лицом невзгод, травм, трагедий, угроз или серьезных источников стресса»**. На русский термин «resilience» также переводят как жизнеспособность, жизнестойкость, устойчивость. Резилентность включает в себя поведение, мысли и действия, которым можно научиться и которые развить в процессе взаимодействия между человеком и средой. Факторы, влияющие на развитие резилентности, могут включать генетические, эпигенетические, индивидуальные, межличностные и средовые влияния.

Схема 2.9. Факторы, влияющие на развитие психологической резилентности ЛГБТ

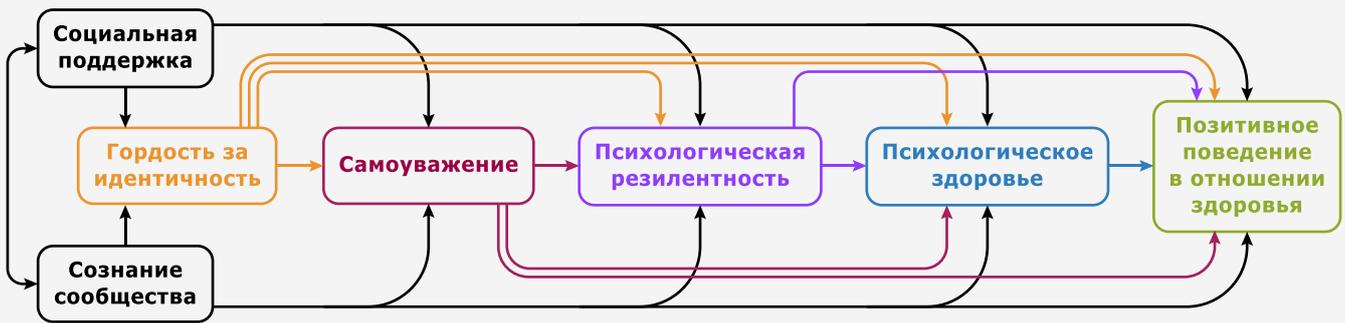


Для понимания жизнестойкости ГБМСМ и трансгендерных людей важны модели гей-стыда и стресса меньшинства, в ответ на которые возникает ряд факторов, способствующих положительному выживанию, большей удовлетворенности жизнью и меньшему количеству неадаптивных форм поведения ГБМСМ и трансгендерных людей. Среди этих факторов были выделены поддержка со стороны людей из того же сообщества с таким же опытом, принятие со стороны семьи и взаимосвязь с сообществом.

Важной стратегией совладания со стрессом меньшинства является **развитие позитивной гей/би/транс-идентичности** человека, включающее становление **чувства собственного достоинства и самоуважения**. Некоторые пилотные исследования показывают эффективность развития навыков когнитивных совладаний и решения проблем со стрессовыми факторами в рамках стресса меньшинства. Также хорошо влияют на укрепление резилентности стратегии, направленные на изменения поведения — снижение вреда, мотивационное интервьюирование и пр. В контексте нарративной практики суть этой стратегия заключается в **«возвращении клиенту авторской позиции»**. Также важными стратегиями являются практики, позволяющие развить гибкие навыки (soft skills), осознанность (mindfulness), эмоциональную зрелость и эмоциональный интеллект.

В 2019 году П. Перрин с соавторами предложили **модель сильных сторон меньшинства**. В отличие от модели стресса меньшинства, которая принимает и укрепляет подход, основанный на дефиците, модель сильных сторон меньшинства обращается к индивидуальным и коллективным характеристикам, позволяющим создать психологическую резилентность и создать важные предпосылки для укрепления психического и физического здоровья. «В совокупности модель сильных сторон меньшинства описывает серию каскадных эффектов, начиная с социальной поддержки и сознания сообщества, прямо или косвенно влияющих на психическое и физическое здоровье через гордость за идентичность, самоуважение и психологической резилентности. Социальная поддержка может способствовать принятию себя, самоуважению и психологической резилентности перед лицом стресса меньшинства, а также способствовать психическому и физическому благополучию. Кроме того, по мере того, как люди присоединяются и устанавливают связь с сообществом ЛГБТК, они могут ощущать большую социальную поддержку, а также усиление гордости за свою идентичность и последующее повышение самоуважения, повышение психологической резилентности и укрепление психического здоровья и позитивного поведения в отношении здоровья».

Схема 2.10. Модель сильных сторон меньшинств



Для консультантов проектов снижения вреда и наркологической помощи важно понимать, какие именно факторы способствуют жизнестойкости их ГБМСМ и трансгендерных клиентов, чтобы **использовать их как важный ресурс в процессе сопровождения**. Как отмечается, самое главное, чтобы между консультантом и клиентом были установлены доверительные отношения и клиент чувствовал, что консультант принимает и уважает его сексуальную ориентацию или гендерную идентичность.

Через это консультант может помочь клиенту понять, что **его опыт является частью более крупной системы угнетения и поделиться с клиентом чувством общности с другими представителями сообщества, которые оказались жизнестойкими в этой системе. Консультант может помочь клиенту осознать и сделать для него видимыми те стратегии его поведения, которые обращаются к сильным сторонам и обеспечивают психологическую резилентность клиента. Уровень осознанности этих стратегий** напрямую соотносится с чувством удовлетворённости жизнью, психологическим благополучием, качеством жизни клиента.

## 2.4.

# Работа с ГБМСМ и трансгендерными людьми, относящимися к разным группам

**ГБМСМ и трансгендерные люди не являются однородной группой, они входят в разные сообщества, субкультуры и сцены.**

Иногда встречается выражение «образ жизни геев», подразумевающее, что у всех ГБМСМ существует какой-то единый, общий для всех, как правило социально неодобряемый «образ жизни». В действительности, ничего подобного не существует, а само это выражение является **гомофобным клише** и используется в гомофобной риторике, чтобы через негативный образ способствовать нагнетанию моральных паник. Так же, **как не существует единого «гетеросексуального образа жизни», сценарии жизни ГБМСМ и трансгендерных людей очень разнообразны.**

При этом **существуют некоторые важные аспекты этих сценариев**, с одной стороны, связанные с гетеросексистским окружением, а с другой — с принадлежностью к конкретному сообществу, субкультуре или сцене. Понимание консультантом, который сопровождает ГБМСМ или трансгендерного клиента, **особенностей опыта, практик, повседневного социального окружения, а также окружения, в которое клиент вернётся после реабилитации**, критически важно. Это может влиять на его приверженность выбранным целям работы, реакцию на триггеры, а также увеличивать вероятность возвращения к употреблению ПАВ, если человек выбирает в качестве цели полное воздержание от ПАВ.

В этом разделе мы достаточно бегло рассмотрим специфику некоторых групп ГБМСМ и трансгендерных людей. Понимание этих аспектов — ключевой элемент в формировании культурной компетентности и культурного смирения всей организации в целом, отдельных сотрудников и волонтеров. (О культурной компетентности и культурном смирении см. Часть 5).

## 2.4.1.

### Геи

**Геи, гомосексуальные мужчины также не являются однородной группой.**

Как субпопуляция геи чаще и больше употребляют ПАВ, чем гетеросексуалы, и **обладают повышенной вероятностью развить употребление по проблемному сценарию**. Однако **употребление ПАВ для большинства геев не является проблемным**.

**Вероятность развития более проблемных сценариев употребления может соотноситься с общим уровнем благополучия человека, его возрастом, уровнем принятия своей гомосексуальности — тем, на какой ступени принятия гомосексуальной идентичности человек находится.**

Не все люди, называющие себя геями, действительно ими являются — это могут быть бисексуалы, которым по каким-то причинам может быть легче идентифицировать себя с гей-сообществом. Многие геи могут не называть себя геями, но идентифицировать себя как бисексуалов или гетеросексуалов (МСМ). В любом случае, консультанту важно использовать тот язык, которым описывает себя сам человек, даже если консультанту кажется, что поведение человека не подходит под образ гея, каким себе его представляет консультант; или, наоборот, если в представлении консультанта, человек ведёт себя как «типичный гей», но сам себя так не идентифицирует.

Стресс меньшинства, усвоенный гетеросексизм, гей-стыд (в особенности, в сфере сексуальности) могут оказаться важными факторами для понимания того, почему человек обращается к употреблению ПАВ. Гомофобное насилие, дискриминация и пережитые психологические травмы также увеличивают вероятность развития проблемных сценариев употребления ПАВ. Мужская гендерная социализация также на это влияет: чем более традиционны представления о мужественности у человека, тем больше риск развития сценариев проблемного употребления ПАВ. Вхождение человека в некоторые сцены, особенно те, которые вращаются вокруг клубов, баров и вечеринок также могут приводить к сложным отношениям с ПАВ.

Эпидемия ВИЧ, кроме физического, продолжает оказывать психологическое воздействие на гей-сообщество как на его ВИЧ-положительную, так и на его

ВИЧ-отрицательную часть. Это может касаться как невыраженного чувства горя и гнева от пережитых потерь друзей и партнёров или безразличия к своему здоровью из-за чувства обречённости («у меня всё равно будет ВИЧ»). Притом **вина выжившего** может быть как у тех, кто живут с ВИЧ-инфекцией и выжили благодаря приёму АРВ-терапии, так и у тех, кто не имеют ВИЧ, но были свидетелями эпидемии, потеряли в эпидемии близких и друзей. Это иррациональное чувство вины за то, что человек не получил ВИЧ-инфекцию и выжил, в то время, как его близкие погибли.

О вине выжившего см.:

Созаев Т. [Вина выжившего как коллективная травма ЛГБТ-сообществ и нарративный фетишизм](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.4.2.

### Бисексуальные мужчины

**Бисексуальность — это самостоятельная сексуальная ориентация, она не является «промежуточным звеном» или «фазой» между гетеро- и гомосексуальностью. Бисексуальные мужчины — также неоднородная группа по всем возможным характеристикам, и все эти характеристики в большей или меньшей степени будут оказывать влияние на восприятие человеком себя как бисексуала.**

**Сама по себе бисексуальность разнообразна и вариативна**, для понимания этого могут помочь шкала Кинси и решётка Клейна. Некоторые бисексуальные мужчины принимают свою бисексуальную идентичность. Другие в силу разных причин могут говорить о себе как о гомосексуалах или гетеросексуалах (МСМ). Несмотря на то, что модель становления идентичности Касс изначально создавалась для гомосексуалов, в последствии другие исследователи адаптировали её и для бисексуалов и пришли к выводу, что бисексуальные люди, в целом, проходят те же уровни становления своей идентичности.

Как показывают исследования, **бисексуальные мужчины испытывают двойной стресс** — с одной стороны, связанный с гомофобией и гетеросексизмом, с другой стороны, связанный с бифобией и бисексизмом.

И источниками этого стресса могут быть одновременно и гетеросексуальное, и гомосексуальное сообщества.

И третий источник стресса — интернализированный, усвоенный бисексизм. Эти стрессоры осложняют процесс формирования позитивной бисексуальной идентичности человека и приводят к тому, что бисексуальные люди как субпопуляция имеют больше, чем гомосексуалы проблем как в сфере психического здоровья, так и в сфере перехода к более проблемным отношениям с ПАВ.

Серьёзным стрессором оказывается т.н. **«бисексуальная невидимость»** (bisexual invisibility) или **«бисексуальное стирание»** (bisexual erasure), когда при разговорах о сексуальных меньшинствах говорится исключительно о гомосексуалах, а исторические и современные бисексуальные люди описываются как гомосексуалы. В крайней форме это может проявляться в утверждении, что бисексуальности не существует.

**Консультантам важно не допускать в своих словах бисексуального стирания и создавать контекст, в котором бисексуальный клиент будет чувствовать принятие и поддержку.**

У консультантов проектов снижения вреда или специалистов наркологической помощи, как гетеро-, так и гомосексуалов, могут быть свои бифобные стереотипы и предрассудки. Поэтому консультантам важно их проработать на супервизии, чтобы минимизировать риск проецирования этих предрассудков на бисексуальных клиентов.

## 2.4.3.

# Мужчины, практикующие секс с мужчинами, идентифицирующие себя гетеросексуалами

Достаточно большое число мужчин, практикующих секс с мужчинами, не называют себя би- или гомосексуалами, но **продолжают себя идентифицировать гетеросексуалами. Данная группа также очень**

**неоднородна.** Это может быть связано как социально-политическими гомо- и бифобией, так и с сильным усвоенным гомо- или бисексизмом.

**Необходимо уважать выбор этих мужчин идентифицировать себя в качестве гетеросексуалов,** поэтому не рекомендуется их обозначать как «идентифицированных не-геев» (nongay identified) или «поведенческих бисексуалов» (behaviorally bisexual). Также часть гетеросексуальных МСМ могут **практиковать данное поведение в качестве заместительного,** например, в закрытых мужских коллективах (тюрьма, монастыри, армия, пр.), в коммерческих целях (секс-работа, съёмки в порно), либо в обмен на ПАВ.

Отдельно стоит отметить **МСМ, идентифицирующих себя как гетеросексуалов, но также вступающими в сексуальные контакты и с трансгендерными женщинами** разной степени перехода. Также отдельно выделяются гетеросексуальные мужчины, вступающие в сексуальные отношения с женщинами, трансгендерными в том числе.

**Все эти субгруппы имеют свои специфику и особенности, которые влияют, в том числе, на модели употребления ими ПАВ,** поэтому при работе с ними необходимая **особая чуткость** консультантов проектов снижения вреда и специалистов наркологической помощи.

Люди, входящие в эти субгруппы, могут практиковать **различные модели сексуального поведения.** Для многих из них секс с другими мужчинами или трансженщиной является **дополнительным** к имеющимся устойчивым или неустойчивым гетеросексуальным отношениям.

**То есть секс с другими мужчинами или трансгендерными женщинами — это могут быть случайные, эпизодические контакты, часто сопряжённые с более рискованными сексуальными практиками, например, неиспользованием презерватива.**

Об этих контактах они не говорят своим партнёрам. Достаточно часто они могут испытывать в связи с данными сексуальными контактами **большее чувство стыда, вины, самоненависти, самоосуждения** и пр. Для тех из них, у кого есть постоянные отношения с женщиной, секс с мужчиной или трансгендерной женщиной может быть частью стратегии, извиняющей их неверность партнёшке, поскольку «это ненастоящая измена, ведь это секс с мужчиной, а не женщиной», а трансгендерная женщина может восприниматься как «ненастоящая женщина». Та часть из них, у которой нет в настоящее время отношений с женщинами, может объяснять себе свой секс с мужчиной или трансгендерной женщиной как замещение, поскольку его проще найти, он не требует дополнительных обязательств, включения в дополнительную динамику гендерных взаимоотношений, и, чаще всего, оплаты, в отличие от услуг секс-работниц.

Некоторые могут продолжать практиковать тип поведения, который они восприняли, например, в тюрьме. Для части этих мужчин такие контакты не ставят под вопрос их гетеросексуальную идентичность. Они могут дополнительно её усиливать, обесценивая сексуальные контакты с мужчинами, отрицая или скрывая их. Других это может привести к кризису их сексуальной самоидентификации.

**Они могут демонстрировать непропорционально высокий уровень компенсаторной гомофобии, который призван усилить их уверенность в своей гетеросексуальности. Их уровень осведомлённости об однополем сексе вообще и о том, как его сделать более безопасным, может быть значительно ниже.**

Вероятно, они больше подвержены проявлениям традиционного стереотипного, токсичного маскулинного поведения.

**Они могут испытывать большую гендерную тревогу, связанную со страхом потери мужественности при вступлении в однополые сексуальные отношения, особенно в роли принимающего партнёра.**

Они могут демонстрировать **компенсаторную мужественность**, в т.ч. **быть более склонными к насилию**. Они могут быть **напуганы**, особенно если они происходят из гипермаскулинной социальной среды и других гендерно и сексуально консервативных культурных контекстов (например, этнических, религиозных или субкультурных).

Они склонны чаще использовать при сексуальных контактах алкоголь и другие ПАВ, что влечёт увеличение рисков более опасного сексуального поведения, а также развития проблемных отношений с ПАВ.

Они остаются вне фокуса традиционных программ, работающих с геями и бисексуалами, поскольку будут избегать любой ассоциации себя с этими группами, чтобы сохранять своё представление о своей гетеросексуальности. Поэтому для них необходимы отдельные программы, **которые не ставили бы под сомнение их гетеросексуальность, но позволяющие получить необходимую информацию о более безопасном однополем сексуальном поведении.**

Существует устойчивый миф, что некоторые ПАВ «могут изменить сексуальную ориентацию». Это, в частности, говорят о традиционных для

химсекса веществах – метамфетамине и мефедроне. В России в некоторых кругах эти вещества называют «пидосоли». Существуют легенды о том, что в тюрьмах, когда человека хотят «опустить», ему могут подложить «пидосоли», и после вступления в однополый сексуальный контакт в принимающей роли человек переводится в касту «опущенных».

**На данный момент не существует исследований, которые бы подтверждали, что эти вещества способны «изменить сексуальную ориентацию», однако существуют наблюдения, что они способствуют растормаживанию желаний человека и снимают социальные ограничения в его сознании.**

Поэтому консультанты проектов снижения вреда, профилактики ВИЧ и наркологической помощи должны очень деликатно, не ставя под сомнение идентичность человека, давать понимать клиенту, что они открыты к непредвзятому обсуждению и данных вопросов.

Специалисты подчёркивают, что для **части** этих гетеросексуальных МСМ ключом к решению к изменения своих отношений с ПАВ будет работа по принятию своей гомо- или бисексуальности. Если консультант не прошёл специальную подготовку по этому вопросу, необходимо для этой работы перенаправить человека к соответствующему специалисту. При этом в своей работе по сопровождению процесса снижения вреда или наркологической помощи консультант должен создавать для клиента контекст, **принимающий и поддерживающий его сексуальную идентичность, какова бы она не была, даже если она изменяется в процессе путешествия идентичности клиента.**

## 2.4.4.

# Трансгендерные люди

**Трансгендерные люди — ещё одна неоднородная группа.**

В последние несколько лет вокруг этой группы не утихают различные дебаты, сопровождающиеся трансфобией и нагнетанием моральных паник как за рубежом, так и в России. Профессионалам проектов снижения вреда и наркологической помощи в своей работе необходимо руководствоваться не

предубеждениями, стереотипами и страхами, а **основанной на доказательствах информацией**. Поэтому в данном разделе мы кратко осветим вопросы, связанные с трансгендерностью, которые необходимо понимать консультантам для лучшего сопровождения трансгендерных клиентов.

**Трансгендерность — это зонтичный, т.е. объединяющий термин для общего описания несовпадений гендерной идентичности или гендерного выражения с зарегистрированным при рождении полом человека. Сама по себе трансгендерность не является болезнью или расстройством. Гендер в широком смысле — это приписываемые биологическому полу характеристики, различающиеся и вариативные в различных обществах и культурах.**

В некоторых обществах существует бинарная гендерная система, предполагающая только мужской и женский гендер, в соответствии с биологическим полом. В других обществах существуют небинарные гендерные системы, предполагающие разнообразие и вариативность в спектре между мужским и женским гендером, в данном случае гендер и биологический пол могут быть практически несвязанным.

**Гендерная идентичность отражает глубоко прочувствованное и переживаемое чувство собственного гендера. Гендерное выражение относится к тому как человек внешне проявляет свой гендер, чаще всего это касается одежды, и то как человек выражает свой гендер не всегда может указывать на гендерную идентичность.**

Таким образом, **некоторые трансгендерные люди могут иметь гендерную идентичность в рамках бинарной гендерной системы** — мужскую или женскую, не совпадающую с их зарегистрированным при рождении полом. То есть, **трансгендерные женщины** идентифицируют себя как женщины, но при рождении они были приписаны к мужскому полу (в литературе и среди самих транс-женщин, могут встречаться такие понятия как male-to-female, MtF, «переход из мужчины в женщину», «транссексуальная женщина» — в настоящее время все они признаны устаревшими и некорректными в использовании, однако если сама транс-женщина использует какое-либо из них или иное, то её выбор необходимо уважать).

**Трансгендерные мужчины** идентифицируют себя как мужчины, но при рождении были приписаны к женскому полу (в литературе и среди самих транс-мужчин, могут встречаться такие понятия как female-to-male, FtM, «переход из женщины в мужчину», «транссексуальный мужчина» — в настоящее время все эти понятия признаны устаревшими и некорректными в использовании, однако если сам транс-мужчина использует какое-либо из них или иное, то его выбор необходимо уважать).

**Трансгендерность как зонтичный термин включает в себя широкий спектр гендерной вариативности.**

Под гендерной вариативностью понимают «всё возможное разнообразие гендерных идентичностей, самоощущений и самовыражений в рамках гендерной бинарности и за ее пределами, допускающее любую степень их несовпадения с приписанным при рождении полом и физическими характеристиками». Часть трансгендерных людей может себя идентифицировать как **гендернонебинарных**, т.е. «людей, чьи гендерная идентичность/самоощущение не вписываются в бинарно-оппозиционное разделение на «мужчин»/«женщин», людей, не имеющих гендерной идентичности/самоощущения, а также людей, не признающих правомерность гендерной системы как таковой». В любом случае, **консультанту необходимо учитывать самоидентификацию человека и быть транс-тактичным.**

**Не стоит путать или смешивать трансгендерность и интерсекс-вариативность. Интерсекс-люди — это люди, рождённые с половыми характеристиками (включая гениталии, половые железы и набор хромосом), которые не совпадают с типичным пониманием о мужском или женском теле.**

Если интерсекс-вариация наблюдается сразу на гениталиях, то ребёнку, по согласию родителей, могут провести хирургическую коррекцию гениталий. Однако чаще всего интерсекс-вариации проявляются в подростковом периоде с началом полового созревания. В ряде случаев интерсекс-вариации могут никак не показывать себя, и человек может не знать о своём интерсекс-статусе. Часть интерсекс-людей идентифицируется с приписанным им полом и не является трансгендерными людьми. Однако другие интерсекс-люди могут описывать себя как бинарных или небинарных трансгендерных людей.

**25 мая 2019 года**, с принятием **11-й редакции Международной классификации болезней (МКБ-11)**, ВОЗ официально перестала классифицировать трансгендерность как «**психическое расстройство**» исключив такие понятия как «транссексуализм» и «расстройство гендерной идентичности». Было введено новое понятие «**гендерное несоответствие**» (gender incongruence), и все эти состояния были исключены из перечня психических и поведенческих расстройств и переведены в раздел «Расстройства, связанные с сексуальным здоровьем». Это случилось потому, что **в настоящее время получено достаточно разносторонних доказательств того, что состояния, относящиеся к трансгендерности и гендерной вариативности, не являются проблемами психического здоровья**. Также подчёркивается, что **гендерно-вариативное поведение само по себе не является основанием для постановки диагноза**.

Некоторые трансгендерные люди испытывают **гендерную дисфорию**, т.е. **негативные психологические ощущения и переживания различной степени выраженности из-за несовпадения гендерной идентичности и приписанного при рождении пола**. Для части людей преодоление гендерной дисфории достигается с помощью медицинских гендерно-аффирмативных процедур, включая хирургическую реконфигурацию гениталий и гормональную терапию. В силу разных причин, в т.ч. медицинских противопоказаний, не все трансгендерные люди с гендерной дисфорией прибегают к медицинским гендерно-аффирмативным процедурам. Кроме того, не все трансгендерные люди испытывают гендерную дисфорию.

ВОЗ рекомендует придерживаться **гендерно-аффирмативного подхода** в здравоохранении (gender-affirmative health care, от англ. to affirm — утверждать). Гендерно-аффирмативное здравоохранение включает любое единичное вмешательство — социальное, психологическое, психо-поведенческое или медицинское (включая гормональную терапию или хирургию) — или их сочетание, направленное на поддержку и утверждение гендерной идентичности индивида.

**Нельзя смешивать вопросы сексуальной ориентации и гендерной идентичности**. У всех людей есть и то, и другое. **Трансгендерные люди могут быть любых сексуальных ориентаций**. Это значит, что гомо- и бисексуальные трансгендерные люди будут испытывать **дополнительные сложности**, связанные со становлением их негетеросексуальной идентичности, будут подвержены **дополнительной стигме** как негетеросексуалы, и будут иметь **дополнительные уязвимости** в вопросах здравоохранения, в особенности сексуального здоровья.

**Все трансгендерные люди в большей или меньшей степени подвержены трансфобии на разных уровнях социокультурной системы.**

Также у них формируется **усвоенная, интернализованная трансфобия**. Трансгендерные люди могут быть любого социального и экономического статуса, уровня образования, профессий, однако в силу трансфобии они оказываются более уязвимы для экономического неравенства.

Именно трансфобия является главным фактором уязвимости трансгендерных людей для развития проблемных сценариев использования ПАВ. Некоторые трансгендерные люди обращаются к ПАВ как средству самолечения для уменьшения стресса, связанного с гендерной дисфорией. Однако **специалисты подчёркивают, не трансгендерность сама по себе является фактором, приводящим к формированию проблемных сценариев употребления ПАВ, а сложное сочетание между трансфобией на всех уровнях социокультурной системы и способностью человека адаптироваться к этому постоянному давлению.**

**Не у всех трансгендерных людей возникают сложные отношения с ПАВ**, хотя, по сравнению с людьми, не имеющими трансгендерного опыта, уровень проблемных отношений с ПАВ у них как у субпопуляции значительно выше. Также подчёркивается **непропорционально высокая уязвимость к ВИЧ и насилию**, в т.ч. сексуальному, среди трансгендерных женщин, в особенности секс-работниц, что, в первую очередь, связывается с уровнем социально-экономического неблагополучия, в котором они оказываются.

**Консультантам проектов снижения вреда и наркологической помощи необходимо понимать сложную динамику между внешней и усвоенной стигмой, дискриминацией, опытом насилия, стрессом меньшинства, гормональной терапией, которую проходят некоторые трансгендерные люди, и их опытом употребления ПАВ. Жизненно важно, чтобы консультанты избегали распространённой ошибки — фокусироваться на гендерных вопросах как корне проблемного употребления ПАВ. При этом консультантам важно признавать те особые сложности и уязвимости, с которыми сталкиваются трансгендерные клиенты.**

**Гормональная терапия** — это стандартная медицинская практика для части трансгендерных клиентов. Эстроген или тестостерон являются для них **жизненно важными препаратами**, и они должны **принимать их на протяжении всей своей жизни**. Не все трансгендерные люди делают это правильно и под наблюдением эндокринолога, поэтому при необходимости социальный работник проекта снижения вреда должен обеспечить переадресацию к дружественному эндокринологу.

**Нельзя заставлять и принуждать трансгендерных клиентов к выбору между гормонами и лечением проблемного употребления ПАВ.**

Важно помнить, что терапия эстрогеном или тестостероном может влиять на настроение человека, особенно при неправильном приёме. Для тех трансгендерных клиентов, кто принимал ПАВ инъекционным образом, дополнительным триггером может стать то, что тестостерон также необходимо принимать инъекционно, чаще это самоинъекции. Важно иметь в виду, что в России сейчас покупка гормонов за рубежом — уголовное преступление. Осознание этого также может влиять на психологическое благополучие трансгендерного клиента и быть дополнительным стрессором.

С особым вниманием консультанту стоит относиться к использованию предпочитаемых человеком имени, родовых окончаний и недопущению трансфобных шуток со стороны других сотрудников проекта. Предпочитаемые имя и родовые окончания необходимо использовать всегда и в общении с другими сотрудниками проекта, поскольку **мисгендеринг (отрицание гендерной идентичности клиента через речевые практики)** и использование непредпочтительного имени подрывают доверие между консультантом и трансгендерным клиентом.

В каких-то ситуациях может понадобиться переадресация клиента в инициативные группы, созданные самими трансгендерными людьми — например, к дружественному психологу или на группу взаимной поддержки. Однако для некоторых трансгендерных клиентов подобная переадресация недопустима, например, из-за их однозначного желания не раскрывать свой трансгендерный статус.

**Недопустимо раскрывать трансгендерный статус клиента, если клиент не живёт как открытый трансгендерный человек.**

**Делайте**

- Используйте подходящие местоимения, основанные на самоидентификации клиента, когда разговариваете с трансгендерным клиентом или о нем.
- Обратитесь за супервизией, если у вас появились вопросы или неоднозначные чувства по поводу работы с трансгендерным клиентом.
- Обсудите с клиентом вопросы его гормональной терапии и, если клиент принимает её без наблюдения эндокринолога, помогите ему получить наблюдение дружественного эндокринолога.
- Запросите обучение по вопросам трансгендерной чувствительности для всего персонала проекта.
- Когда это уместно, обсудите с клиентом вопросы сексуальной ориентации и сексуальных практик, гарантируя полную конфиденциальность.
- Разрешите трансгендерным клиентам пользоваться туалетами и душевыми, исходя из их гендерной самоидентификации и гендерной роли. Либо, если это возможно, сделайте гендерно-нейтральными эти пространства.
- Настаивайте на том, чтобы все клиенты и сотрудники создавали и поддерживали безопасную среду для всех трансгендерных клиентов. Сделайте видимым то, что ваш проект является безопасным для клиентов любых сексуальных ориентаций и гендерных идентичностей.

**Не делайте**

- Не говорите о трансгендерных женщинах «он», «его», и не говорите о трансгендерных мужчинах «она», «её».
- Не проецируйте свою трансфобию на трансгендерного клиента и не обменивайтесь трансфобными комментариями с другими сотрудниками или клиентами.
- Никогда не заставляйте трансгендерного клиента выбирать между гормонами и работой по снижению вреда от ПАВ.
- Не заставляйте трансгендерных клиентов обучать персонал.
- Не считайте по умолчанию трансгендерных женщин или мужчин гомосексуальными.
- Не заставляйте трансгендерных людей использовать туалеты и душевые другого гендера.
- Никогда не позволяйте персоналу или клиентам делать трансфобные комментарии или подвергать трансгендерных клиентов риску физического или сексуального насилия или домогательства

Таблица 2.2. Как сделать вашу организацию более дружественной к трансгендерным людям

С осторожностью стоит относиться к использованию слова «транссексуальность» и его производным, поскольку его история как психиатрического диагноза для многих трансгендерных людей сделала его использование неприемлемым. В то же время некоторые трансгендерные люди продолжают его использовать в качестве самоописания. В любом случае, стоит использовать те понятия и терминологию, которую использует сам клиент.

## 2.4.5.

# ГБМСМ и трансгендерные люди, живущие с ВИЧ

**ГБМСМ и трансгендерные люди, живущие с ВИЧ, также не составляют однородной группы.** Однако, как показывают исследования, для части людей, относящихся к этой группе, **наличие ВИЧ-статуса создаёт дополнительные уязвимости в контексте употребления ПАВ, в том числе развития более проблемных сценариев употребления.** Динамика между социальной и усвоенной стигмой, принятием диагноза и культурной травмой вокруг эпидемии ВИЧ, имеет сложный, внутренне противоречивый характер, поэтому для консультантов проектов снижения вреда и наркологической помощи важно иметь её в виду и учитывать в своей работе.

Существенной проблемой ГБМСМ и трансгендерных людей, живущих с ВИЧ, может быть **недостаточно глубокое или ложное принятие диагноза**, поскольку консультационное сопровождение данного процесса не всегда оказывается на должном уровне. Низкое качество этой работы, в том числе, приводит к тому, что некоторые люди, живущие с ВИЧ, пополняют ряды ВИЧ-отрицателей, недостаточно привержены АРВ-терапии или вовсе отказываются от неё.

Общепотребительная **модель принятия диагноза**, опирающаяся на модель Элизабет Кюблер-Росс, включает пять стадий: шок, отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие. Однако в настоящее время говорят, что модель Кюблер-Росс не получила подтверждение, поскольку её выводы «не были основаны на данных контролируемых исследований». Это даёт

основание некоторым психологам называть эту модель «мифом популярной психологии». В то же время полностью отвергать данную модель также было бы неразумно. Для части людей она представляет рабочую метафору.

В конце концов, свою модель Кюблер-Росс основывала на результатах своих наблюдений при работе с реальными людьми и их интервьюировании. Поэтому при известных поправках эта модель может оказаться полезной.

**Консультант, работающий с реальным человеком, ориентируется в первую очередь на самого человека. И если почему-то не работает модель, то отвергается или корректируется именно она, а не реальные чувства и опыт человека.**

Часто и люди, живущие с ВИЧ, и консультанты забывают о том, что **принятие диагноза — это нелинейный процесс**, зависящий от множества факторов. Человек может перескакивать с этапа на этап, возвращаться к тем этапам, которые, казалось бы, он уже прошёл. И у каждого человека это всё занимает своё время.

**Адаптация к диагнозу — это спиралевидный процесс** (и похож он в этом смысле на спираль цикла изменений поведения Прачаска и ди Клементи): решаются одни задачи, появляются новые, на возникновение которых влияют контекст и качество жизни человека. То есть вопросы, связанные с принятием диагноза, на которые, казалось бы, человек для себя уже ответил, могут появиться вновь.

Например, в связи с необходимостью разговаривать о своём ВИЧ-статусе с родителями нового партнёра (или самим этим партнёром). Или необходимостью поехать в какую-либо страну и узнать, что законы этой страны в том или ином виде ограничивают въезд на свою территорию людей с ВИЧ (сейчас в мире 48 таких стран). Или из-за перебоев в терапии. Или из-за усталости от терапии и пр. Также существенным фактором является наличие уголовной ответственности за «постановку в опасность заражения и заражение ВИЧ-инфекцией».

**Отдельным аспектом принятия диагноза является переосмысление своей сексуальной жизни и поиск партнёра/партнёров.**

Даже при том, что сейчас известно, что человек с неопределяемой вирусной нагрузкой, принимающий АРВ-терапию, не может передать ВИЧ-инфекцию, для части людей, живущих с ВИЧ, по-прежнему может быть сложно выражать свою сексуальность.

Помочь человеку в процессе принятия диагноза и поддержать в жизни с ВИЧ могут неквалифицированные, но профессионально обученные равные консультанты и группы поддержки. Кстати, само нежелание ходить на группу поддержки для людей, живущих с ВИЧ, также может свидетельствовать, что человек испытывает проблемы с принятием своего диагноза.

Консультанты проектов снижения вреда и наркологической помощи, работающие с ВИЧ-положительными клиентами, должны обладать компетенциями, чтобы проконсультировать их по вопросам совместимости препаратов АРВ-терапии и тех ПАВ, которые употребляет клиент. Также необходимо отдельно проработать с клиентом вопрос его приверженности АРВ-терапии и потребления ПАВ и помочь разработать клиенту средства, которые будут поддерживать его приверженность.

Отдельно стоит остановиться на **синдром выжившего в эпидемии СПИДа** (AIDS Survivor Syndrome). Это понятие ввёл в 2012 году Тез Андерсон для описания спектра устойчивых проявлений травматичных симптомов, возникших в результате переживания пандемии СПИДа. Это понятие не претендует на статус нового медицинского диагноза, но является метафорой, которая призвана подчеркнуть общий коллективный опыт для большого числа людей. Симптомы этого состояния очень конкретные и демонстрирующие сходства с формами комплексного ПТСР:

- депрессия
- отсутствие ориентации на будущее
- паника из-за неожиданной старости
- суицидальность
- сексуальный риск
- саморазрушительное поведение
- злоупотребление алкоголем или наркотиками
- социальное отстранение и изоляция
- постоянные негативные мысли — глубокое сожаление, непреодолимый стыд и пр.
- чувство вины из-за того, что выжил
- когнитивные нарушения — плохая концентрация, потеря оперативной памяти и пр.
- утрата способности наслаждаться жизнью или деморализация
- глубокая печаль
- эмоциональное онемение, бесчувствие
- беспокойство и нервозность
- раздражительность или вспышки гнева
- проблемы со сном или засыпанием
- кошмары
- изменения личности
- чувство напряжения, «настороженности» или повышенной бдительности
- низкая самооценка и самоощущение
- чувство безнадежности
- раздражительность
- самостигматизация

Таким образом, для ГБМСМ и трансгендерных людей, живущих с ВИЧ, ключевым аспектом, который может помочь им упорядочить свои отношения с ПАВ, может оказаться глубокая работа по принятию диагноза и с синдромом выжившего, а консультанты проектов снижения вреда должны уделить особое внимание сочетанию препаратов АРВ-терапии и употребляемых человеком ПАВ, а также приверженности АРВ-терапии.

Подробнее о синдроме выжившего в эпидемии СПИДа см.:  
Созаев Т. Что такое синдром выжившего в эпидемии СПИДа?

[Часть 1.](#) [Часть 2.](#)

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

## 2.4.6.

# Молодые ГБМСМ и трансгендерные люди

Существует несколько определений по классификации ВОЗ для того, чтобы описать эту неоднородную группу. **Молодые люди (люди молодого возраста) включают подростков и молодёжь от 10 до 24 лет. Подростки — это молодые люди от 10 до 19 лет. Молодёжь — это молодые люди от 15 до 24 лет.**

Различные исследования уровня употребления ПАВ молодыми ГБМСМ и трансгендерными людьми показывают более высокий процент употребления, по сравнению с гетеросексуальными молодыми людьми. Кроме общих для этого возраста факторов, способных привести формированию проблемных сценариев употребления ПАВ, для молодых ГБМСМ и трансгендерных людей существуют **особые уязвимости**.

**Молодые ГБМСМ и трансгендерные люди сталкиваются с дополнительными трудностями при определении и проявлении своей сексуальной ориентации или гендерной идентичности, стыдом, отрицанием своих чувств, с проявлениями стигматизации, насилия и травли со стороны сверстников или взрослых. У них ещё нет тех защитных механизмов и жизненных навыков, способствующих жизнестойкости, которые сформированы у взрослых представителей сообщества.**

### Подростки и молодые люди из ключевых групп населения

Подростки и молодые люди из ключевых групп населения подвергаются значительно большему риску ВИЧ-инфицирования, чем более старшие члены этих же групп. Исследования в этой области являются ограниченными, но они неизменно указывают на то, что подростки и молодые люди из ключевых групп населения еще более уязвимы, чем более старшие члены этих же групп в отношении ИППП, ВИЧ-инфекции и других проблем сексуального и репродуктивного здоровья. Такие факторы, как быстрое физическое, эмоциональное и умственное развитие в этом возрасте, сложные психосоциальные и социально-экономические проблемы, плохой доступ к услугам и низкий уровень их востребованности повышают показатели уязвимости и риска среди подростков. В частности, для людей моложе 18 лет законодательные и нормативные барьеры, связанные с возрастом согласия, часто лишают их доступа к целому ряду медицинских услуг, таких как добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ на ВИЧ), снижение вреда и другие услуги, предназначенные для ключевых групп населения. Такие барьеры также ограничивают способность подростков реализовать свое право на информированное и самостоятельное принятие решений. Подростки из ключевых групп населения могут сталкиваться со стигматизацией, дискриминацией и насилием даже в большей степени, чем люди более старшего возраста из таких же групп. Опасаясь дискриминации и/или возможных юридических последствий, многие подростки из ключевых групп населения неохотно посещают диагностические и лечебно-профилактические учреждения. Следовательно, они остаются неохваченными многими из основных медицинских вмешательств, что способствует сохранению и усугублению их изоляции и оторванности от системы медицинского обслуживания.

Объем надежных и представительных эпидемиологических и поведенческих данных по подросткам и молодежи из ключевых групп населения остается ограниченным. Молодые люди все еще остаются в основном вне рамок рутинного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и исследований, посвященных распространенности ВИЧ-инфекции и связанного с этим риска. Из-за отсутствия таких данных их особые потребности часто также остаются недостаточно охваченными стратегиями и программами медицинского обслуживания, предназначенными для взрослых из ключевых групп населения.

Сводное руководство по ВИЧ-инфекции  
в ключевых группах населения: профилактика, диагностика,  
лечение и уход. ВОЗ, 2014.

Существующие юридические ограничения в виде закона о запрете пропаганды «нетрадиционных сексуальных отношений» среди несовершеннолетних, отсутствие качественного сексуального образования — как общего, так и ориентированного на молодежь этих субгрупп — **отбирают возможность не просто получить знания, но и сформировать необходимые умения и навыки** (life skills или soft skills).

В данном случае речь идёт о развитии навыка критически оценивать влияние на себя других людей; коммуникационных навыков, в том числе переговоров и отказа; навыков противодействия негативным социальным нормам,

в т.ч. гендерно обусловленным; навыка ответственного принятия решений о своём поведении; навыка саморегуляции и адекватного выражения эмоций, навыка распознавания своих нужд, желаний и потребностей, и их адекватного выражения; навыка понимания собственных границ и их обозначения и отстаивания; навыка критического восприятия информации, в т.ч. получаемой от других людей и через медиа — особенно новые медиа и социальные сети; признания, что в некоторых ситуациях необходимо обратиться за помощью; умения искать и находить необходимую помощь и навыка за ней обращаться и пр. Очевидно, что у молодых ГБМСМ и трансгендерных людей есть особые потребности в этой сфере (например, более безопасная коммуникация в приложениях для знакомства), обучение которым никак в современном российском контексте не удовлетворяется. Именно это ставит их в более уязвимое положение не только с точки зрения распространения ВИЧ, гепатитов, ИППП, но и в контексте безопасности и благополучия их сексуального поведения, а также общего психического здоровья и психологического благополучия.

То же самое касается и формирования жизненных навыков в сфере отношения к ПАВ. Очевидно, что программы, проповедующие абсолютное воздержание от ПАВ, в т.ч. от алкоголя, если и достигают, то весьма ограниченного числа молодых людей. Однако в силу того, что молодые ГБМСМ и трансгендерные люди с большей вероятностью окажутся в контексте, располагающем к употреблению, программы профилактики в формате «Просто скажи нет» для них не срабатывают. Поэтому они в большей степени нуждаются в программах, основанных на философии снижения вреда, обучающих осознанному и контролируемому потреблению. Однако и это в современных российских условиях существования закона, запрещающего «пропаганду наркотиков», невозможно.

Поэтому организации и сообщества должны взять на себя инициативу в обучении молодых ГБМСМ и трансгендерных людей указанным компетенциям и жизненным навыкам через различные тренинговые программы. Естественно, соблюдая существующее законодательство, т.е. после достижения ими 18-ти летнего возраста и таким образом, чтобы их программы не могли быть квалифицированы как «пропаганда наркотиков». И отдельно должны учитываться потребности в обучении жизненным навыкам молодых ГБМСМ и трансгендерных людей с положительным ВИЧ-статусом и/или практикующих сексуализированное употребление ПАВ (в т.ч. химсекс). В частности, навыки принятия диагноза ВИЧ и коммуникации о своём ВИЧ-статусе с другими.

## 2.4.7.

# ГБМСМ и трансгендерные люди старшего возраста

В России не проводились исследования ГБМСМ и трансгендерных людей **старшего возраста, после 60-лет**, поэтому можно говорить, что **это одна из самых невидимых групп сообщества**. В общих тематических исследованиях процент респондентов этого возраста всегда очень невысок (не более 3-5%). Их почти нет среди посетителей ЛГБТ-пространств.

По данным Росстата, в России последовательно наблюдается рост средней продолжительности жизни мужчин — с 59 лет в 2000 году, до 68,2 лет в 2019 году. Однако это касается популяции в целом. Невозможно говорить, как это влияет на среднюю продолжительность жизни ГБМСМ и, тем более, трансгендерных людей. При этом также **наблюдается устойчивая тенденция к высокому уровню суицидального риска у людей старше 60 лет** — в 4 раза выше по популяции, при этом частота самоубийств увеличивается с возрастом. **В России уровень самоубийств среди мужчин в 6 раз выше, чем у женщин**. Также подчёркивается, что существенным фактором, определяющим распространённость самоубийств, является употребление алкоголя. Можно предположить, что среди этой группы доминирует употребление алкоголя над употреблением других ПАВ.

**В действительности мы просто не знаем, что происходит с российскими ГБМСМ и трансгендерными людьми старшего возраста.** Учитывая их советскую социализацию, опыт жизни при уголовной статье за однополые сексуальные отношения, можно предположить, что если у этих людей нет каких-то более-менее устойчивых социальных связей с семьями по рождению или по выбору, то **они сталкиваются с высоким уровнем уязвимости для одиночества, понижения качества жизни, алкоголизации и суицидального риска.**

## 2.4.8.

# ГБМСМ и трансгендерные люди, принадлежащие к этническим меньшинствам или являющиеся мигрантами

Россия — многонациональное государство (более 190 различных народов), и люди, обращающиеся за сопровождением и поддержкой в проекты снижения вреда, ЛГБТ-инициативы и ВИЧ-сервис, представляют различные этнические группы и национальности. **Однако зачастую данный аспект не учитывается.**

**Со всеми клиентами работа ведётся так, будто они лишены национальной или культурной идентичности (культурная слепота предоставляемых сервисов).**

Важно учитывать, что **национальная идентичность может быть связана с религиозной идентичностью, но также может от неё не зависеть.** Не говоря о том, что **культурная слепота приводит к тому, что консультанты и специалисты игнорируют важные элементы культуры и идентичности клиента, которые могли бы сыграть роль ресурса поддержки в процессе сопровождения.** Данное игнорирование может оказывать и негативное влияние на установку контакта между консультантом и клиентом или процесс сопровождения.

**Внутренняя миграция** — т.е. переезд в рамках территории одного государства, например, из малых городов, в города-миллионники — важный фактор жизни современной России, особенно для ГБМСМ и трансгендерных людей. Многие представители этих сообществ стремятся переехать в более крупные городские центры, в том числе в поисках более свободного пространства для выражения своей сексуальной ориентации или гендерной идентичности. При этом при переезде они могут столкнуться с ксенофобией и стигмой национальных/этнических меньшинств.

Кроме внутренних мигрантов существуют и **иностранцы мигранты.** Как правило, это жители стран, которые ранее входили в состав СССР — в первую очередь, из региона Центральной Азии (он включает в себя

Казахстан, Киргизию, Узбекистан, Туркмению и Таджикистан).

В отдельных регионах России можно видеть большие сообщества мигрантов из Китая.

**Культурные представления о сексуальности, гендерные стереотипы и предписания (в т.ч. предписания о традиционных мужских и женских ролях, а также отношение к гомо-, бисексуальности и трансгендерности), предписания относительно различных ПАВ и моделей их употребления различаются у разных народов. Таким образом, ГБМСМ и трансгендерные люди, могут испытывать замешательство в связи с усвоенными национальными/этническими представлениями и собственными стремлениями выражать свою сексуальную ориентацию или гендерную идентичность.**

С другой стороны, они могут оказаться под более жёстким усвоенным принуждением следовать более однозначным предписаниям, касающимся мужественности, необходимости её постоянно подтверждать, страха её потери, что может выражаться, в том числе, в практиках более рискованного сексуального поведения, пренебрежением использованием презервативов и пр. Особенно это может касаться жителей и внутренних мигрантов из региона Северного Кавказа, где расположены 7 республик: Адыгея, Карачаево-Черкесия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия-Алания, Ингушетия, Чечня и Дагестан, а также 2 края: Краснодарский и Ставропольский, входящие в Южный и Северо-Кавказский федеральные округа. А также это касается мигрантов из Грузии, Армении и Азербайджана.

**При этом и сами ГБМСМ и трансгендерные сообщества не лишены ксенофобии, национализма и расизма в их различных формах и проявлениях.** Это может быть как бытовой национализм, когда люди пишут в описаниях своих аккаунтов в приложениях для знакомств, что они предпочитают только представителей условно «своей» этнической группы, либо просят, чтобы им не писали представители других этнических групп. Другая сторона этого — **сексуальная фетишизация** «кавказцев» или «азиатов», что также может сопровождаться более рискованными сексуальными практиками со случайными партнёрами.

**Понимание сексуальных предпочтений клиента может быть критически важным с точки зрения профилактики ВИЧ и других ИППП.**

Очевидно, что **как внутренние, так и внешние мигранты — это не гомогенная группа.** И все они живут в разных условиях, поэтому уязвимости у них также будут отличаться. Основным, но не единственным, фактором уязвимости и вопросом эффективности работы с мигрантами

из других стран, является вопрос языка. Поскольку вся работа проектов снижения вреда, ВИЧ-сервиса, ЛГБТ-инициатив ведётся на русском языке, то многие из них, в силу языкового барьера, просто не могут получить услуги этих проектов, особенно консультирование и сопровождение. В результате, ГБМСМ и трансгендерные люди из этих сообществ остаются практически недоступными для профилактической работы и сопровождения.

Подробнее о культурной компетентности, культурном смирении и о сопровождении с учётом культурных особенностей см. раздел **Культурная компетентность консультантов и помогающих специалистов** в Части 5.

## 2.4.9.

# Религиозные и консервативные ГБМСМ и трансгендерные люди

**Религиозные ГБМСМ и трансгендерные люди из консервативных и фундаменталистских религиозных традиций составляют особую неоднородную уязвимую группу.**

В России подавляющее большинство религиозных традиций гомофобны и трансфобны. Это относится к христианству (православию, католичеству, протестантизму, а также мормонизму, Свидетелям Иеговы), исламу, иудаизму, буддизму, индуизму (в т.ч. кришнаизму), различным новым религиозным движениям и т.д. Важно учитывать, что в России буддизм традиционно исповедуют жители Бурятии, Забайкальского края, Калмыкии, Тувы, Алтая. К исламским регионам России, кроме республик Северного Кавказа, относятся Башкортостан и Татарстан, и во всех регионах варианты ислама разные. Но за счёт внутренней миграции верующие этих религий живут во всех регионах России. Кроме того, разные варианты ислама исповедуют мигранты из стран Центральной Азии.

**Уязвимость религиозных ГБМСМ и трансгендерных людей связана с высоким уровнем усвоенных гетеросексизма/бисексизма/трансфобии, а также сексофобии; вынужденностью жить в глубоком шкафу, скрывая свою сексуальную ориентацию/гендерную**

**идентичность под страхом быть отвергнутыми своими религиозными общинами; религиозной травмой, которую они получают в силу прямого религиозного и духовного насилия, пересекающейся стигмой — с одной стороны из-за своей сексуальной ориентации/гендерной идентичности в религиозном сообществе, с другой стороны, как верующие в ЛГБТ-сообществе. При этом если люди принадлежат к религиозным меньшинствам, то у них добавляется и «сектантская» стигма религиозных меньшинств.**

Информация о различных религиозных традициях с поддерживающих, по отношению к ЛГБТ, позиций:  
ЛГБТ-служение «Nuntiare et Recreare» <https://www.nuntiare.org>

Для доступа из России используйте VPN или TOR Browser

Исследования показывают, что религиозные ГБМСМ имеют большую уязвимость перед ВИЧ-инфекцией, поскольку они менее осведомлены о вопросах сексуального здоровья и более безопасного однополного секса. Они чаще могут практиковать незащищённый однополый секс со случайными партнёрами, в том числе с использованием различных ПАВ. Они оказываются вне фокуса работы традиционных ЛГБТ-инициатив, комьюнити-центров и ВИЧ-сервиса для МСМ, чтобы не раскрывать себя. Это необходимо учитывать, например, при переадресации этих клиентов к другим специалистам. Эти клиенты могут нуждаться в поддержке со стороны консультантов, с одной стороны, своей сексуальной/гендерной идентичности, а с другой — своей религиозной идентичности. **Для многих из этих клиентов проработка религиозной травмы, а также работа по интеграции их различных идентичностей, может оказаться ключевым аспектом в процессе упорядочивания их отношений с ПАВ.**

Можно говорить об особой уязвимости ГБМСМ и трансгендерных людей, **разделяющих консервативные политические взгляды**. И это не соотносится с возрастом. Как правило, **консервативные политические взгляды сочетаются с консервативностью и по другим вопросам**, в частности, гендерным. То есть они могут быть больше подвержены влиянию токсичной маскулинности и жёсткому закреплению гендерных ролей. **Они могут чувствовать, что находятся в оппозиции к ЛГБТ-движению и либеральной части ЛГБТ-сообщества**. Чаще всего у них также наблюдается высокий уровень усвоенных гетеросексизма/бисексизма/трансфобии, и они находятся на ступени терпимости или даже ниже.

Они не будут обращаться в ЛГБТ комьюнити-центры, поскольку часто эти пространства явно декларируют свою оппозиционную политическую позицию. Такая политизированность ЛГБТ-пространств может быть значимым препятствием не только для консервативных ГБМСМ и трансгендерных людей, но и аполитичных представителей сообщества, поскольку они не хотят быть связаны с какой-либо политической деятельностью в широком смысле этого слова.

Таким образом, в случае возникновения у представителей этих групп проблем с ПАВ, они будут искать «аполитичные» или политически нейтральные сервисы. Это значит, что возрастает ответственность консультантов и специалистов в проектах, не специализирующихся на работе с ГБМСМ и трансгендерными людьми, для получения необходимых компетенций для работы с представителями этих групп.

## 2.4.10.

# ГБМСМ и трансгендерные люди с особыми потребностями в сфере здоровья

**ГБМСМ и трансгендерные люди, имеющие особые потребности в сфере физического или психического здоровья — одна из самых невидимых неоднородных групп в этих сообществах.**

В российской культуре люди с особыми потребностями в сфере здоровья до сих остаются крайне объективированными, стигматизируемыми и десексуализированными. Однако они также обладают сексуальностью и могут быть как гетеро-, так и гомо- или бисексуальными. Также они могут быть трансгендерными. И также у них могут быть сложные отношения с ПАВ, им могут понадобиться поддержка и сопровождение со стороны консультантов проектов снижения вреда или наркологической помощи.

Отдельно стоит остановиться на ГБМСМ с особыми потребностями в сфере психического здоровья. В связи с сохраняющейся с советских времён стигмы вокруг психических заболеваний, часть людей предпочитают

не обращаться за психиатрической помощью. Кроме того, у части ГБМСМ и трансгендерных людей есть негативный опыт взаимодействия с психиатрами, в том числе потому, что те могли проявлять гомо-, би- или трансфобию. Как показывают результаты западных исследований, зачастую люди с особыми потребностями в сфере психического здоровья обращаются к самолечению с помощью различных ПАВ. Это самолечение может оказывать достаточно благоприятное воздействие на них в первое время, однако в долгосрочной перспективе у них могут формироваться проблемные отношения с ПАВ. Этим людям необходимо одновременное сопровождение со стороны специалистов, дружественных по отношению к ГБМСМ и трансгендерным людям, и консультантов в сфере снижения вреда и психиатрической помощи.

## 2.4.11.

# ГБМСМ и трансгендерные секс-работники

Секс-работа — это обширная непростая тема, которую не представляется возможным осветить в рамках данного Руководства. Тем не менее необходимо отметить:

- среди ГБМСМ и трансгендерных людей, употребляющих ПАВ, могут быть секс-работники;
- секс-работа — это дополнительный фактор уязвимости для того, чтобы люди начали употреблять ПАВ и у них развились нежелательные для них формы отношений с ПАВ;
- ГБМСМ секс-работники могут быть любых сексуальных ориентаций (в т.ч. так называемые «коммерческие гетеросексуалы») на любой стадии становления их сексуальной идентичности;
- Трансгендерные женщины — группа с одним из самых больших рисков начать секс-работу;
- Секс-работа сопряжена с насилием и большим количеством психологическим травм;
- Формы секс-работы могут быть очень разнообразными;

- Самостигматизация, чувства самоненависти, стыда и вины могут быть непропорционально распространены в этой группе;
- Для этой группы, возможно, как ни для какой другой важно отношение с принятием, теплотой и уважением их человеческого достоинства со стороны консультантов.

## Заключение

В этой части Руководства мы рассмотрели психосоциокультурные причины и последствия особых отношений ГБМСМ и трансгендерных людей с ПАВ, а также характеристики и специфику работы с ГБМСМ и трансгендерными людьми из разных групп. В сочетании с пониманием принципов снижения вреда, изложенных в Части 1, это должно помочь помогающим специалистам выстраивать прочные, основанные на доверии и понимании, поддерживающие отношения с клиентами. Эти отношения важны как в широком контексте работы по вопросам снижения вреда от употребления ПАВ, так и в более узком контексте сопровождения клиентов, практикующих химсекс.

В следующей, третьей части Руководства, мы сосредоточимся на культурной уникальности, практиках и эффектах химсекса как особого явления в гей-сообществе.