

Настоящий перевод предлагается для удобства читателей; с официальной версией доклада на английском языке можно ознакомиться [здесь](#).

ЧАСТЬ III

Гендерная идентичность

Понятие биологического пола хорошо определено на основании бинарных ролей мужчин и женщин в процессе размножения. Напротив, понятие гендера не имеет четкого определения. В основном его используют для описания поведения и психологических характеристик, обычно свойственных определенному полу. Некоторые индивиды идентифицируются в гендере, который не совпадает с их биологическим полом. Причины подобной идентификации на данный момент мало понятны. Работы, исследующие, имеют ли трансгендерные индивиды определенные физические черты или опыт, схожие с противоположным полом, такие как структура мозга или атипичное предродовое гормональное воздействие, на сегодняшний день неубедительны. Гендерная дисфория – чувство несовпадения собственного биологического пола с гендером, сопровождающееся тяжелым клиническим расстройством или нарушениями – порой лечится у взрослых гормонами или хирургическим путем, но существует мало научных доказательств того, что эти терапевтические вмешательства имеют благоприятное психологическое воздействие. Как показывает наука, проблемы гендерной идентичности у детей обычно не продолжаются в подростковом и взрослом периоде, и мало научных данных подтверждают медицинскую пользу отсрочки половой зрелости. Мы обеспокоены растущей тенденцией склонения детей с проблемами гендерной идентичности к переходу в выбранный ими пол путем терапевтических и затем хирургических процедур. Наблюдается явная необходимость дополнительных исследований в этой области.

Согласно описанному в части I, широко распространено убеждение, будто *сексуальная ориентация* четко определена и является врожденной и неизменной в каждом человеке – как часто говорится, геи «такими рождаются». Согласно другому, недавно сформировавшемуся мнению по смежному вопросу, *гендерная идентичность* – субъективное, внутреннее ощущение себя мужчиной или женщиной (или гендером другой категории) – тоже фиксируется при рождении или в очень раннем возрасте и может не совпадать с биологическим полом человека. В случае с детьми иногда говорят, что мальчик застрял в теле девочки, или наоборот.

В части I мы утверждали, что научные исследования не дают основания полагать, что *сексуальная ориентация* является врожденной и фиксированной. И в этой части мы будем утверждать, что имеется мало научных доказательств тому, что *гендерная*

идентичность фиксируется при рождении или в раннем возрасте. Несмотря на то, что биологический пол является врожденным и сложным образом связан с гендерной идентичностью, они не тождественны; порой способ определения или выражения гендера имеет мало или ничего общего с биологическим полом.

Ключевые понятия и их происхождение

Для пояснения, что имеется в виду под словами «гендер» и «пол», мы начнем с широко используемого определения, как, например, в брошюре, опубликованной Американской психологической ассоциацией (АПА):

Пол определяется при рождении, относится к биологическому статусу женщины или мужчины и зависит, в первую очередь, от таких физических атрибутов, как хромосомы, гормональный показатель и внешнее и внутреннее анатомическое строение. *Гендер* относится к социально установленным ролям, поведению, виду деятельности и атрибутам, которые данное общество считает правильными для мальчиков и мужчин или девочек и женщин. Они влияют на поведение, взаимодействие и самооценку людей. В то время как признаки биологического пола схожи вне зависимости от культуры, гендерные признаки могут варьироваться.¹

Это определение указывает на очевидный факт, что существуют социальные нормы для мужчин и женщин – нормы, которые варьируются в зависимости от культуры и в основе которых лежат не только биологические факторы. Более того, из этого определения следует, что гендер полностью «социально сконструирован», отделен от биологического пола. Эта мысль стала важной частью феминистского движения за реформирование или отмену традиционных гендерных ролей. В классической феминистской книге «*Второй пол*» (1949) Симона де Бовуар писала, что «женщинами не рождаются, а становятся».² Это мнение является ранней версией знакомого сегодня разделения между полом как биологической предопределенностью и гендером как культурным конструктом: как объясняет АПА, если человек рождается с «хромосомами, гормональным фоном и внешним и внутренним анатомическим строением» женщины, то социально обусловлено, что этот человек обязан принять на себя «роли, поведение, виды деятельности и черты» женщины.

С развитием феминистской теории во второй половине двадцатого века еще более укрепилось мнение о том, что гендер социально сконструирован. В общественно-научной литературе Энн Оукли одной из первых использовала термин «гендер» в значении, отличном от пола, в своей книге «Пол, гендер и общество» 1972 года.³ В 1978 году в книге «*Гендер: Этнометодологический подход*» преподаватели психологии Сьюзан Кесслер и Венди МакКенна писали, что «гендер является социальной конструкцией, что мир двух «полов» – это результат понятных обществу, самих собой понимающихся методов, которые члены этого общества используют для построения реальности».⁴

Антрополог Гейл Рубин выразила похожее мнение, написав в 1975 году, что «гендер является социально навязанным разделением полов. Это продукт социальных отношений сексуальности».⁵ Согласно ее утверждению, если бы не это социальное навязывание, у нас бы до сих пор существовали особи мужского пола и особи женского пола, но не «мужчины» и «женщины». Далее Рубин рассуждает, что если традиционные

гендерные роли социально сконструированы, то они также могут быть деконструированы, и мы сможем устранить «обязательное разделение полов и половые роли», и создать «андрогинное и безгендерное (хотя и не бесполое) общество, в котором анатомическое устройство половых органов человека не играет никакой роли в том, кем он является, чем он занимается и с кем занимается любовью».⁶

Отношения между теорией гендера и деконструкцией, или ниспровержением традиционных гендерных ролей, еще яснее описаны в работах влиятельного феминистского теоретика Джудит Батлер. В таких работах, как «Гендерная тревога: феминизм и ниспровержение идентичности» (1990)⁷ и «Развенчивая гендер» (2004)⁸ Батлер формулирует свою так называемую «перформативную теорию», согласно которой различие между женщиной и мужчиной определяется не по тому, кем они являются, а по тому, что они делают. «Гендер вовсе не является ни результатом, обусловленным полом, ни фиксированным признаком, подобно полу», – пишет она.⁹ Скорее, гендер – это искусственно созданный статус, совершенно независимый от биологических и анатомических признаков, «свободно плавающий артефакт, поэтому «мужчина» и «мужественный» могут с одинаковой легкостью обозначать и женское тело, и мужское, а «женщина» и «женственная» – и мужское тело, и женское».¹⁰

Такой взгляд на гендер и, следовательно, на гендерную идентичность как на переменчивые и пластичные признаки, не обязательно бинарные, последнее время становятся всё популярнее в массовой культуре. Например, в 2014 году Facebook включил 56 новых вариантов обозначения своего гендера, в добавление к «мужской» и «женский». Как объяснили в Facebook, новые варианты позволяют пользователям «чувствовать себя комфортно, быть самими собой», а для этого важно «обозначение гендера».¹¹ В данный список были включены «агендер», несколько вариантов с префиксами «цис-» и «транс-», «гендерфлюид», «гендер под вопросом», «никакой», «другой», «пангендер» и «двоязыкий».¹²

Верно или нет описание Джудит Батлер традиционных гендерных ролей мужчины и женщины как «перформативных», но ее теория гендера как некоего «свободно плавающего артефакта» вполне описывает эту новую классификацию гендера. По мере увеличения количества производных терминов их значения становятся все более индивидуализированными, и теряется общий набор критериев для определения гендерных различий. Если полностью отделять гендер от бинарности биологического пола, то им можно было бы обозначать любые отличия в поведении, биологические или психологические особенности, и каждый человек определял бы свой гендер в зависимости от уникальной комбинации характеристик, которыми он обладает. Такое *reductio ad absurdum* показывает, что слишком широкое толкование гендера может привести к обесмысливанию определения.

В противовес, гендер может определяться как набор типичных для определенного пола черт и моделей поведения. В таком случае, быть мальчиком означало бы вести себя, как типично ведут себя мальчики: любить драться, интересоваться спортом и предпочитать игрушечные пистолеты куклам. Но тогда следовало бы считать девочкой любого мальчика, который играет с куклами, ненавидит оружие и воздерживается от спорта и грубых игр, а не признавать его исключением из типичных моделей мужского поведения. Способность распознавать исключения из правил поведения, соответствующих определенному полу, основывается на понимании мужественности и женственности, независимых от стереотипов поведения, приписанных тому или иному полу. В основе определения мужественности и женственности лежит различие между репродуктивными

ролями полов; у людей, как млекопитающих, самка вынашивает плод, а самец оплодотворяет самку. Обобщая еще больше, мужская особь оплодотворяет яйцевые клетки женской особи. Такая концептуальная база половых ролей бинарна и стабильна, и позволяет нам отличать особей мужского пола от особей женского пола в зависимости от их репродуктивных систем, даже когда индивиды проявляют не типичное для особи мужского или женского пола поведение.

Для пояснения того, как репродуктивные роли определяют разницу между полами, даже когда поведение кажется атипичным для определенного пола, можно привести два примера, один – из животного мира, а другой – из многообразия поведенческих моделей человека. Для начала, посмотрим на императорского пингвина. Самцы императорского пингвина проявляют больше заботы о яйцах, чем самки. Таким образом, самца императорского пингвина можно описать как особь, наделенную бóльшим материнским инстинктом, нежели самка.¹³ Тем не менее, мы признаем, что самец императорского пингвина вовсе не особь женского пола, а, скорее всего, представитель такого вида, который является исключением из общих, но не всеобщей, тенденции среди животных к проявлению большей заботы о потомстве со стороны самки, чем со стороны самца. Мы понимаем это, потому что такие типичные модели полового поведения, как родительская забота, не определяют пол в отличие от репродуктивной роли индивида.

Даже некоторые биологические признаки, типичные для определенного пола, как, например, хромосомы, не всегда служат универсальным показателем для определения пола, как показывает нам пример пингвина, приведенный ниже. Как и у других птиц, генетический механизм определения пола у императорского пингвина отличается от генетического механизма определения пола у млекопитающих и многих других животных. У людей особи мужского пола обладают набором XY-хромосом, а особи женского пола – набором XX-хромосом. Таким образом, мужские особи имеют уникальную половую хромосому, которой нет у женских особей, в то время как женские особи обладают двумя экземплярами хромосомы, общей с мужскими особями. Но у птиц именно женские особи имеют и наследуют детерминирующую пол хромосому.¹⁴ Равно как наблюдение за тем, как самец императорского пингвина выхаживает свое потомство больше, чем его пара, не привели зоологов к выводу о том, что откладывающая яйцо особь является самцом, так и открытие детерминирующей системы ZW у птиц не привело генетиков к оспариванию издавна принятого правила, согласно которому курицы являются самками, а петухи – самцами. Биологи опираются на единственную фундаментальную и надежную переменную для определения пола животных – их репродуктивную роль, а вовсе не на какие-либо другие поведенческие или анатомические особенности.

Приведем еще один пример, который с первого взгляда кажется демонстрацией нетипичного полового поведения. Это случай Томаса Бити, который фигурировал в заголовках газетных статей как мужчина, родивший троих детей в период с 2008 по 2010 гг.¹⁵ Томас Бити родился женщиной по имени Трейси Леуанани Лагондино и прошел ряд хирургических вмешательств и юридических формальностей для становления мужчиной, прежде чем решил иметь детей. Так как медицинские процедуры, которые он прошел, не лишили его яичников и матки, Бити был способен производить на свет детей. Штат Аризона признает Томаса Бити отцом его троих детей, несмотря на то, что биологически он является их матерью. В отличие от случая с самцом императорского пингвина и его внешне материнским, «женственным» поведением по отношению к потомству,

способность Бити иметь детей не представляет собой исключение из обычной неспособности мужчин к вынашиванию детей. Признание Бити мужчиной, несмотря на то, что его изначальная анатомия соответствовала женской, является личным, социальным и правовым решением, не имеющим никакого отношения к биологии; ничто, с точки зрения биологии, не указывает на то, что Томас Бити мужчина.

В биологии организм признается мужским или женским в зависимости от соответствия его анатомического строения той или иной репродуктивной роли. Это определение не требует измерения или подсчета каких-либо физических данных или поведения; оно требует понимания репродуктивной системы и репродуктивного процесса. У разных животных бывают разные репродуктивные системы, но половое размножение происходит при слиянии гамет мужской и женской особи и образовании эмбриона. Именно эти репродуктивные роли предоставляют концептуальную основу для различия у животных биологических категорий самки и самца. Не существует другой общепринятой биологической классификации полов.

Однако не все признают такое определение пола как биологической категории. Например, философ и правовед Эдвард Штейн настаивает на том, что бесплодие делает проблематичным определение пола согласно репродуктивным ролям. Он пишет, что определение пола согласно этим критериям приводит к классификации «бесплодных самцов как самок». ¹⁶ Так как бесплодный самец не может выполнять предназначенную самцам репродуктивную роль, а бесплодные самки не могут выполнять предназначенную самкам репродуктивную роль, то по логике такого мышления определение пола по репродуктивным ролям неверно, поскольку бесплодные самцы должны бы в этом случае классифицироваться как самки, а бесплодные самки – как самцы. Тем не менее, несмотря на то, что репродуктивная система, предназначенная для выполнения определенной роли, может страдать нарушениями, не позволяющими ей выполнять свои функции, по строению системы легко распознается предназначенная ей конкретная роль, тем самым биологический пол может быть определен согласно строению репродуктивной системы. Похожее рассуждение может касаться гетеросексуальных пар, решивших не иметь детей по любой из множества причин. Мужская и женская репродуктивные системы обычно легко распознаваемы, независимо от того, используются они для воспроизводства или нет.

Приведенная ниже аналогия показывает, что система может быть признана как служащая определенной цели, даже если она настолько повреждена, что не способна функционировать согласно предназначенной цели. Глаза являются сложным органом, действующим для обработки визуальной информации. Тем не менее, существует множество обстоятельств, способных повлиять на глаз и привести к нарушению и потере зрения. Но глаза слепого все равно признаются как органы, предназначенные для зрения. Любые обстоятельства, приводящие к слепоте, не влияют на предназначение глаза больше, чем повлияла бы повязка на глазах; они влияют лишь на функцию. То же самое касается и репродуктивной системы. Бесплодие может быть вызвано многими причинами. Несмотря на это, репродуктивная система продолжает свое существование как орган, предназначенный для деторождения.

Тем не менее, некоторые индивиды по биологическим особенностям являются «интерсексуалами», что означает наличие у них двойственной анатомии, чаще всего из-за генетических аномалий. Например, клитор и пенис образуются из одного и того же эмбрионального зачатка. У младенца может наблюдаться аномально большой клитор или

аномально маленький пенис, что затрудняет определение его пола даже спустя много времени после рождения.

Впервые термин «гендер» появился в 1955 году в научной статье профессора психиатрии Джона Мани из Университета Джона Хопкинса, посвященной работе с «интерсексуальными» детьми (тогда использовался термин «гермафродиты»).¹⁷ Мани утверждал, что гендерная идентичность, как минимум у этих детей, была непостоянна и что ее можно формировать искусственно. По его мнению, для того чтобы ребенок идентифицировался с тем или иным гендером, надо лишь сформировать типичные для определенного пола гениталии и создать правильную среду. Чаще всего для данных детей выбирался женский гендер. Решение не основывалось на генетике или анатомии, и даже не на предположении, что дети «действительно» были девочками, а, в большинстве случаев, из-за того, что в то время хирургически было легче сформировать влагалище, нежели пенис.

Самым известным пациентом доктора Мани был Дэвид Реймер, мальчик, который родился интерсексуалом, но чей пенис был поврежден при обрезании в младенчестве.¹⁸ Родители воспитывали Дэвида как девочку по имени Бренда. Его подвергли хирургическому вмешательству и гормональному лечению, чтобы у него развились признаки, характерные для женского пола. Тем не менее, попытка скрыть от ребенка случившееся не удалась: он самоидентифицировался как мальчик, а, когда ему было 14 лет, его психиатр посоветовал родителям рассказать ему правду. Дэвид начал сложный путь возвращения к состоянию до гормональных и хирургических вмешательств, которые феминизировали его тело. Однако он продолжал испытывать мучения в связи со своим тяжелым детством, и в 2004 году в возрасте 38 лет он покончил с собой.

Дэвид Реймер является лишь одним из примеров пагубного воздействия идей о навязывании гендерной идентичности детям социальными и медицинскими способами. В работе 2004 года Вильям Г. Райнер, детский уролог и психиатр, и Джон П. Гиархарт, профессор детской урологии, подвели итоги исследования половой идентификации 16 индивидов, генетически относящихся к мужскому полу, с экстрофией ануса, дефектом, выражающимся в тяжелой деформации мочевого пузыря и гениталий. Для 14 из 16 субъектов был выбран женский пол при рождении, затем последовали хирургические вмешательства для формирования женских гениталий. Дети воспитывались родителями как девочки; 6 из 14 позднее начали относить себя к мужскому полу, в то время как 5 продолжали идентифицироваться как женщины, еще 2 в раннем возрасте объявили себя мужчинами, но родители отвергли эти заявления и продолжили растить их как девочек. Оставшийся ребенок, которому в возрасте 12 лет сообщили, что он был рожден мужчиной, отказался обсуждать вопрос сексуальной идентичности.¹⁹ Таким образом только 5 из 13 известных случаев сохранили за собой присвоенный при рождении женский пол.

Это отсутствие постоянства может толковаться как доказательство тому, что присвоение пола путем формирования гениталий при рождении с последующим погружением в «соответствующую гендеру» среду вряд ли является эффективным способом решения редкой проблемы генитальной двойственности в связи с врожденными дефектами. Важно заметить, что возраст пациентов на последнем этапе исследования варьировался от 9 до 19 лет, так что некоторые из них могли впоследствии изменить свою гендерную идентичность.

Исследование Райнера и Гиархарта указывает на то, что гендер не является произвольным; оно предполагает, что биологический мужчина (или женщина), вероятно, не станет идентифицировать себя с противоположным полом в результате физических изменений и погружения в среду, соответствующую выбранному гендеру. Выясняется, что пластичность гендера не безгранична.

Понятно, что биологический пол не может быть сведен лишь к половым органам или искусственно присвоен только на основании наружных гениталий. С каждым днем расширяются возможности хирургии в формировании искусственных гениталий, но эти «дополнения» не изменяют биологического пола пациентов, которые, как и до операции, остаются неспособными выполнять репродуктивную функцию противоположного пола. Также, анатомический пол не меняется в зависимости от созданной для ребенка атмосферы. Никакая степень поддержки мальчика в его решении измениться, так чтобы он сам и окружающие считали бы его девочкой, не делает его биологически девочкой. Научное определение биологического пола практически для всех людей носит четкий, бинарный и устойчивый характер и отражает лежащую в его основе биологическую реальность, не противоречащую исключениям из типичного для определенного пола поведения и не подвластную хирургическим изменениям или социальному обусловливанию.

В работе 2004 года, резюмируя результаты исследования о здоровье интерсексуалов, Пол Макхью, бывший главный психиатр больницы Джона Хопкинса (и соавтор данного доклада), писал:

В психиатрическом отделении Джона Хопкинса пришли к выводу, что человеческая сексуальная идентичность в большой степени встроена в наш организм посредством генов, которые мы наследуем, и эмбриогенез, через который мы проходим. Мужские гормоны сексуализируют мозг и разум. Половая дисфория – чувство дискомфорта в собственной половой роли – естественным образом встречается у тех редких мальчиков, которых воспитывают как девочек в попытке исправить структурные проблемы гениталий в раннем детстве.²⁰

Теперь обратим наше внимание на трансгендерных индивидов, взрослых и детей, которые идентифицируют себя с противоположным полученному при рождении полом. Мы рассмотрим, что означает гендерная идентичность в данном контексте и что известно о ее развитии из научной литературы.

Гендерная дисфория

Биологический пол является, за редким исключением, четко определенной бинарной системой (мужской против женского) в соответствии с репродуктивной способностью тела, однако *гендерная идентичность* представляет собой более субъективное свойство. Для большинства людей гендерная идентичность не вызывает особых беспокойств; большинство мужских особей идентифицируются как мальчики или мужчины, а большинство женских особей – как девочки или женщины. Но некоторые индивиды испытывают несоответствие между их биологическим полом и гендерной идентичностью. Если эти переживания приводят к необходимости искать помощи у специалиста, то проблема классифицируется как «гендерная дисфория».

В работе 2004 года Рейнер и соавторы описывают, как дети мужского пола, воспитанные как девочки, столкнулись с проблемами в связи с гендерной идентичностью. Субъективно они чувствовали себя мальчиками, но родители и врачи считали их девочками и обращались с ними соответственно. Биологический пол мальчиков не подлежал сомнению (они обладали генотипом XY). Гендерная дисфория была вызвана тем, что генетически они относились к мужскому полу, идентифицировались как мальчики, но при рождении им была присвоена женская гендерная идентичность. Это дает основания предполагать, что гендерная идентичность может быть сложной и тяжелой проблемой для тех, кто выбрал (или за которых выбрали) гендерную идентичность, противоположную их биологическому полу.

Однако в обществе самые большие споры идут по поводу тех случаев гендерной дисфории, когда человек выбирает гендерную идентичность, отличную от своего биологического пола. Такие люди обычно идентифицируются обществом и сами считают себя «трансгендерами».*

Согласно пятому изданию Американской Психологической Ассоциации «Руководства по диагностике и статистике психических заболеваний» (*DSM-5*), гендерная дисфория характеризуется «несоответствием между ощущаемой/выражаемой гендерной идентификацией и зарегистрированным полом», а также «значительный клинический дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или в других важных областях деятельности».²¹

Важно уточнить, что гендерная дисфория не тождественна гендерному нонконформизму или расстройству гендерной идентичности. Гендерный нонконформизм свойственен индивиду, чье поведение нарушает общепринятые нормы поведения для его/ее биологического пола. Как указано в *DSM-5*, большинство трансвеститов, например, не являются трансгендерами – обычно мужчины, одевающиеся как женщины, не идентифицируются как женщины.²² (Тем не менее, некоторые формы трансвестизма могут быть связаны с поздним проявлением гендерной дисфории.²³)

Расстройство гендерной идентичности – это устаревший термин из более ранних версий *DSM*, который был удален из пятого издания, а в прошлом использовался как психиатрический диагноз. Если сравнить диагностические критерии гендерной дисфории (актуальный термин) и расстройства гендерной идентичности (прежний термин), то видно, что в обоих случаях пациент должен проявлять «выраженное несоответствие между ощущаемой/выражаемой гендерной идентификацией и зарегистрированным полом».²⁴ Основное различие заключается в том, что для диагностирования гендерной дисфории необходимо, чтобы пациент также испытывал «значительный клинический

* Замечание по терминологии: в данном докладе преимущественно используется термин «трансгендер» в отношении лиц, у которых наблюдается несовпадение между гендерной идентичностью в их собственном понимании и их биологическим полом. Термин «транссексуал» используется по отношению к индивидам, которые прошли медицинские процедуры в целях приведения внешних признаков в большее соответствие с предпочитаемым ими гендером. Наиболее распространенным просторечным определением медицинских интервенций для изменения внешних признаков служит термин «изменение пола» (либо, как в случае с хирургическим вмешательством, «операция по изменению пола»), однако сейчас он редко используется в научной и медицинской литературе). Считая, что ни один из простых терминов не подходит полностью для определения этих процедур, в данном докладе мы в большинстве случаев используем термины «коррекция пола» и «операция по коррекции пола», за исключением цитирования источников, в которых используется «коррекция гендера» или другие термины.

дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или в других важных областях деятельности», связанные с чувством несоответствия.²⁵ По этой причине в соответствии с комплексом диагностических критериев в современной психиатрии не все трансгендеры считаются страдающими психиатрическими расстройствами. Например, биологический мужчина, который идентифицирует себя как женщину, не считается страдающим психиатрическим расстройством, если он не испытывает значительный дистресс по поводу несоответствия. Диагноз гендерной дисфории может быть частью критериев, используемых для обоснования хирургической операции по коррекции пола или других клинических вмешательств. Кроме того, пациент, который был подвергнут медицинским или хирургическим изменениям для выражения его или ее гендерной идентичности, может по-прежнему страдать от гендерной дисфории. Наличие расстройства определяется по типу переживаний, а не по факту того, что выражаемый гендер отличается от биологического пола.

Не существует научных доказательств того, что все трансгендеры страдают гендерной дисфорией или что все они тяжело справляются со своей гендерной идентичностью. Некоторые люди, не являющиеся трансгендерами, то есть, не идентифицирующиеся с гендером, отличным от их биологическому полу, могут, тем не менее, иметь расстройство гендерной идентичности; например, девочки, которые ведут себя больше как мальчики, могут испытывать различные формы расстройства, не идентифицируясь как мальчик. И, наоборот, люди, идентифицирующие себя с гендером, не совпадающим с их биологическим полом, могут не испытывать значительных клинически расстройств, связанных с их гендерной идентичностью. Даже если, скажем, 40% людей, которые идентифицируют себя с гендером, который не соответствует их биологическому полу, испытывают значительный дистресс, связанный с их гендерной идентичностью, то это серьезная проблема для общественного здравоохранения и требует немедленных действий врачей для поддержки тех, кто страдает гендерной дисфорией, в надежде на снижение уровня гендерной дисфории у населения. Нет никаких оснований полагать, что остальным 60% в этой гипотетической ситуации (лицам, идентифицирующим себя с гендером, не соответствующим их биологическому полу, но не испытывающим значительного дистресса) потребовалось бы лечение.

Понятие субъективного «ощущения» своего гендера как несоответствующего биологическому полу, как указано в *DSM*, требует более пристального рассмотрения, и, возможно, модификации. Несмотря на попытки специалистов, точное определение гендерной дисфории несколько неясно и запутанно. Оно не учитывает индивидов, которые самоидентифицируются как трансгендеры, но не испытывают дисфории, связанной с гендерной идентичностью, и обращаются за психиатрической помощью по поводу функциональных нарушений, таких как тревога или депрессия, не связанных с их гендерной идентичностью. Поэтому их могут неправильно отнести к страдающим гендерной дисфорией, просто потому что они хотят быть идентифицированы как представители противоположного гендера, несмотря на то, что они внутренне нашли решение этому несоответствию, и причины их депрессии могут не иметь никакого отношения к их гендерной идентичности.

Критерии *DSM-5* для диагностики гендерной дисфории у детей определены «более конкретно, чем у подростков и взрослых, и относятся к поведению».²⁶ Это значит, что некоторые из диагностических критериев гендерной дисфории у детей относятся к моделям поведения, которые, согласно стереотипам, ассоциируются с противоположным

гендером. Значительный клинический дистресс по-прежнему необходим для диагностики гендерной дисфории у детей, но некоторые другие диагностические критерии включают в себя, например, «сильное предпочтение игрушек, игр или деятельности, традиционно относящихся к другому гендеру».²⁷ Как быть с девочками с мальчишескими повадками или с мальчиками, которые не ориентированы на насилие и оружие, и предпочитают спокойные игры? Должны ли родители беспокоиться о том, что их девочка-сорванец – на самом деле застрявший в женском теле мальчик? Нет никаких научных оснований полагать, что игры с игрушками, типичными для мальчиков, характеризуют ребенка как мальчика, а игры с игрушками, типичными для девочек, характеризуют ребенка как девочку. Диагностический критерий *DSM-5* для гендерной дисфории, ссылающийся на гендерно-типичные игрушки, несостоятелен; получается, что игнорируется тот факт, что ребенок может демонстрировать *выражаемый* гендер – социальными или поведенческими особенностями – как не соответствующий своему биологическому полу, но не *идентифицируя* себя с противоположным гендером. Более того, даже у детей, которые идентифицируют себя с гендером, противоположным своему биологическому полу, диагноз гендерной дисфории сомнителен. На самом деле у них могут быть психологические трудности в принятии своего биологического пола в качестве своего гендера. Дети могут испытывать трудности с ожиданиями, связанными с гендерными ролями. Травматические переживания ребенка также могут привести к проявлению дистресса по поводу гендера, связанного с биологическим полом ребенка.

Проблемы гендерной идентичности могут также возникнуть при интерсексуальной патологии (наличии неоднозначных половых органов из-за генетических аномалий), о которой мы говорили ранее. Несмотря на то, что такие нарушения полового развития редко встречаются, в некоторых случаях они могут способствовать развитию гендерной дисфории.²⁸ Некоторые из этих патологий включают в себя синдром полной нечувствительности к андрогенам, при котором индивидам с XY (мужскими) хромосомами не хватает рецепторов для мужских половых гормонов, что приводит к развитию вторичных женских, а не мужских половых признаков (при этом у них нет яичников и менструации, и, следовательно, они стерильны).²⁹ Врожденная гиперплазия коры надпочечников является другим гормональным расстройством полового развития, которое может привести к развитию, не характерному анатомическому полу индивида, и маскулинизации женских (XX) зародышей.³⁰ Другие редкие явления, как, например, генетический мозаицизм³¹ или химеризм,³² при которых одни клетки в органах индивидуума содержат XX-хромосомы, а другие – XY-хромосомы, могут привести к значительной двойственности половых признаков, в том числе к образованию одновременно мужских и женских половых желез и органов.

Несмотря на многочисленные случаи гендерной дисфории, не связанные с такими проявлениями интерсексуальности, гендерная дисфория может также представлять собой особый тип интерсексуального состояния, при котором нормально развиваются такие первичные половые признаки, как гениталии, в то время как вторичные половые признаки, связанные с мозгом, развиваются по образцу противоположного пола. Существует полемика касательно влияний, определяющих характер неврологических, психологических и поведенческих половых различий. В последнее время формируется общее мнение о том, что могут быть некоторые различия в моделях неврологического развития внутри и вне утробы, как у мужчин, так и у женщин.³³ Таким образом, теоретически, у трансгендерных индивидов могут возникать патологии, ведущие к

развитию мозга женского типа у генетических мужчин (имеющих XY-хромосомы) и наоборот. Тем не менее, как будет показано в следующем разделе, исследования, поддерживающие данную теорию, незначительны.

В качестве способа исследования биологических и социальных научных работ по гендерной дисфории, мы можем перечислить несколько важных вопросов. Существуют ли какие-либо биологические факторы, влияющие на развитие гендерной идентичности, которая не соответствует биологическому полу индивида? Рождаются ли некоторые индивиды с гендерной идентичностью, отличной от их биологического пола? Формируется ли половая идентичность в зависимости от окружения или воспитания? Насколько устойчив выбор гендерной идентичности? Насколько распространена гендерная дисфория? Является ли она постоянной на протяжении всей жизни? Может ли маленький мальчик, который считает себя девочкой, изменить свое мнение в течение жизни, и начать считать себя мужчиной? Если да, то как часто такие люди меняют свою гендерную идентичность? Как научно измерить чью-либо гендерную идентичность? Достаточно ли одного самопознания? Становится ли маленькая девочка гендерным мальчиком, если она так считает или утверждает? Остается ли чувство несоответствия между гендером и биологическим полом на протяжении всей жизни? Поддается ли гендерная дисфория психиатрическому лечению? Должно ли это лечение сосредотачиваться на утверждении гендерной идентичности пациента или занимать более нейтральную позицию? Помогает ли лечению гендерной дисфории гормональное или хирургическое изменение первичных или вторичных половых признаков индивида? Создают ли данные изменения новые психиатрические проблемы для пациентов с диагнозом гендерной дисфории или же они решают имеющиеся? Мы обсудим некоторые из этих важных вопросов в следующих разделах.

Гендер и физиология

Роберт Сапольски, профессор биологии Стэнфордского университета, который провел обширные исследования по нейровизуализации, в статье «Пойманные между мужчиной и женщиной» в журнале *Wall Street Journal* 2013 года предложил возможное нейробиологическое объяснение трансгендерства. По его утверждению, недавние исследования методами нейровизуализации мозга у взрослых трансгендеров наводят на мысль о том, что структура их мозга больше соответствует их гендерной идентичности, нежели их биологическому полу.³⁴ Сапольски основывает данное утверждение на том, что, хотя существующие различия между мужским и женским мозгом «малы и переменны», они, «вероятно, могут частично определять половые различия в отношении обучения, эмоций и социализации».³⁵ Он заключает: «Проблема не в том, что порой люди считают своим гендером не тот, который им принадлежит на самом деле. Примечательно, что вместо этого, люди иногда рождаются с телами, гендер которых отличается от того, который им принадлежит на самом деле».³⁶ Другими словами, он утверждает, что некоторые люди могут иметь мозг женского типа в мужском теле или наоборот.

В то время как нейробиологическая теория трансгендерной идентификации остается вне научного мейнстрима, в последнее время она стала привлекать внимание ученых и общества. Теория привлекает объяснением трансгендерной идентичности, особенно для людей, которые не страдают известными генетическими, гормональными или психосоциальными нарушениями.³⁷ Несмотря на то, что Сапольски может быть прав, в научной литературе существует мало подтверждений его позиции. Неврологическое

объяснение различий между мужским и женским мозгом и их возможной связи с трансгендерной идентичностью, требует дальнейшего научного рассмотрения.

Существует множество небольших исследований, которые пытаются определить причинные факторы трансгендерства или чувства несовпадения биологического пола с ощущаемым гендером. Эти исследования описаны на последующих страницах, и каждое из них указывает на определенный фактор влияния, способный помочь в поисках объяснения трансгендерной идентичности.

Нэнси Сигал, психолог и генетик, исследовала два случая однояйцевых близнецов, из которых один был транссексуалом «от женщины к мужчине» (FtM).³⁸ Сигал отмечает, что в соответствии с более ранним исследованием, использовавшим неклинические интервью с 45 транссексуалами «от женщины к мужчине», 60% в детстве были подвержены жестокому обращению в разной форме: из них 31% испытали сексуальное насилие, 29% – эмоциональное насилие, и 38% – физическое насилие.³⁹ Однако, это раннее исследование не использовало контрольной группы и было ограничено небольшим размером выборки, что затрудняет извлечение из данных значимых взаимодействий или обобщений.

Первое собственное исследование Сигал проводила с 34-летним близнецом «от женщины к мужчине», сестра-близнец которого была замужем и имела семерых детей.⁴⁰ Во время беременности матери близнецов произошло несколько стрессовых событий, и они родились на пять недель раньше срока. Когда им было восемь лет, их родители развелись. В поведении близнеца-трансгендера рано проявилось гендерно-нонконформистское отношение, которое сохранилось на протяжении всего детства. Она испытывала влечение к другим девушкам в младших классах средней школы и пыталась покончить с собой несколько раз в подростковом возрасте. Она сообщила о физическом и эмоциональном насилии со стороны матери. Близнецы воспитывались в семье мормонов, где не допускается транссексуализм.⁴¹ Сестра-близнец никогда не ставила под сомнение свою гендерную идентичность, но прошла через депрессию. Сигал считает, что гендерный нонконформизм и жестокое обращение в детстве способствовали развитию гендерной дисфории; сестра-близнец не подвергалась тем же стрессорам в детстве, и не имела проблем, связанных с ее гендерной идентичностью. Второе исследование Сигал также касалось идентичных близнецов с переходом одного из них «от женщины к мужчине».⁴² Поведение близнеца-трансгендера рано стало нонконформистским, и в молодости была предпринята попытка самоубийства. В возрасте 29 лет она перенесла операцию по коррекции пола, имела поддержку со стороны семьи, встретила женщину и заключила с ней брак. Как и в первом случае, сестра-близнец, по имеющимся данным, была всегда уверена в своей женской гендерной идентичности.

Сигал предполагает, что в каждой паре близнецов, возможно, предродовое воздействие андрогенов было неравным (хотя в ее исследовании этому нет доказательств),⁴³ и делает вывод, что «транссексуализм вряд ли связан с одним основным геном, но, вероятно, связан с многочисленными генетическими, эпигенетическим, эволюционными и эмпирическими факторами влияния».⁴⁴ Сигал критически относится к мысли о том, что жестокое обращение с близнецом-трансгендером со стороны матери в ее первом примере является основной причиной «нетипичной гендерной идентификации» близнеца, так как жестокое обращение, «судя по всему, следовало» за гендерно-нетипичным поведением. В то же время Сигал признает, что, «вполне возможно, жестокое обращение укрепило его нетипичную гендерную идентификацию».⁴⁵ Несмотря на то, что

данные исследования информативны, с научной точки зрения они не имеют значимости и не дают прямых доказательств каких-либо причинно-следственных гипотез о происхождении нетипичной гендерной идентификации.

Еще одним источником информации, хоть и не подходящей для выводов о причинной зависимости, является анализ примера интерсексуального индивида, рожденного с двойственными гениталиями и воспитанного как девочка. Исследование провели психиатры медицинского центра «Мейо Клиник» Д. Майкл Боствик и Кари А. Мартин.⁴⁶ Прежде всего, авторы проводят различие между расстройством гендерной идентичности («несоответствие между воспринимаемой гендерной идентичностью и фенотипическим полом» обычно без «заметной нейроэндокринной аномалии»⁴⁷), и интерсексуальностью (состояние, в котором присутствуют биологические особенности обоих полов). Затем следует обзор и система классификации различных типов интерсексуальных расстройств. После тщательного рассмотрения различных проблем интерсексуального развития, которые могут привести к разобщению мозга и тела, авторы признают, что по «некоторым взрослым пациентам, транссексуалам с сильной дисфорией, не имеется ни предпосылок, ни объективных результатов исследований, поддерживающих известную биологическую причину разобщения мозга и тела».⁴⁸ Такие пациенты требуют пристального медицинского и психиатрического внимания, чтобы избежать развития гендерной дисфории.

Сделав столь полезный обзор, авторы утверждают, что «при отсутствии психоза или тяжелой формы патологии личности, самым надежным стандартом для определения основной гендерной идентичности являются субъективные утверждения пациентов».⁴⁹ Но не ясно, как можно считать субъективные утверждения более надежными в установлении гендерной идентичности, если только не определять гендерную идентичность как полностью субъективный феномен. Основная часть статьи посвящена описанию различных объективно различимых и идентифицируемых признаков отпечатка идентичности индивида как мужчины или женщины на нервной и эндокринной системах. Даже при наличии осложнений в развитии наружных половых органов, люди более склонны действовать в соответствии с их хромосомной и гормональной моделью.⁵⁰

В 2011 году Джузеппина Раметти и соавторы из различных научно-исследовательских центров Испании использовали МРТ для изучения структуры мозга 18 транссексуалов «от женщины к мужчине», которые проявили гендерный нонконформизм на ранних этапах жизни и испытывали сексуальное влечение к женщинам до прохождения гормональной терапии.⁵¹ Цель состояла в том, чтобы узнать, чему больше соответствуют особенности их мозга: биологическому полу или личному чувству гендерной идентичности. Контрольная группа состояла из гетеросексуалов – 24 мужчин и 19 женщин, – чья гендерная идентичность соответствовала их биологическому полу. Различия были отмечены в микроструктуре белого вещества конкретных областей мозга. У транссексуалов «от женщины к мужчине», не прошедших лечение, в трех из четырех областей мозга эта структура была больше похожа на имеющуюся у гетеросексуальных мужчин, а не у гетеросексуальных женщин.⁵² В дополнительном исследовании, Раметти и соавторы сравнили контрольную группу из 18 транссексуалов «от женщины к мужчине» с группой гетеросексуалов из 19 женщин и 19 мужчин.⁵³ Средний показатель проводящих путей в нескольких областях головного мозга транссексуалов «от женщины к мужчине» расположился между соответствующими средними показателями у гетеросексуальных мужчин и женщин. Тем не менее, в большинстве областей значения, как правило, были

ближе к мужчинам (то есть, к имеющим тот же биологический пол), чем к женщинам.⁵⁴ В контрольной группе авторы, как и ожидалось, обнаружили, что мужчины имели большее количество серого и белого вещества и более высокие объемы цереброспинальной жидкости, чем женщины. Объем мозга у транссексуалов «от женщины к мужчине» при сравнении с контрольной группой был похож на объем у мужчин и существенно отличался от объема у женщин.⁵⁵

В целом, результаты этих исследований Раметти и соавторов не доказывают в достаточной степени идею о том, что по показателям головного мозга трансгендеры больше похожи на лиц предпочитаемого ими гендера, чем на лиц гендера, соответствующего их биологическому полу. Оба исследования ограничены малыми размерами выборки и отсутствием перспективной гипотезы: в обоих случаях сначала анализировались данные МРТ на предмет гендерных различий, а затем находилось, куда подходят данные трансгендеров.

В то время как в этих МРТ-исследованиях рассматривалась *структура* головного мозга, Эмилиано Сантарнекки вместе с коллегами из Университета Сиены и Университета Флоренции провели исследование функциональной МРТ и сосредоточились на *деятельности* мозга в процессе изучения гендерных различий при спонтанной активности мозга в состоянии покоя.⁵⁶ Исследователи сравнили одного трансгендерного индивида «от женщины к мужчине» (с детства объявившего себя принадлежащим к противоположному гендеру) с контрольными группами из 25 мужчин и 25 женщин на предмет спонтанной активности мозга. Было обнаружено, что у трансгендерного индивида «профиль мозговой активности более близок к своему биологическому полу, чем к желаемому». Частично основываясь на этом результате, авторы пришли к выводу, что «не прошедшие лечение транссексуалы «от женщины к мужчине» показывают функциональную связанность, сравнимую с женщинами из контрольной группы».⁵⁷ С выборкой равной единице, статистическая сила этого исследования практически равна нулю.

В 2013 году, Сяо-Лун Ку с коллегами из различных медицинских центров и научно-исследовательских институтов Тайваня также провели исследования методом функциональной нейровизуализации. Они сравнили активность мозга 41 транссексуала (21 Ж-М, 20 М-Ж) и 38 гетеросексуалов (контрольная группа из 19 мужчин и 19 женщин).⁵⁸ Было проведено сравнение реакции возбуждения каждой когорты при просмотре нейтральных и эротических фильмов. Все транссексуалы, участвовавшие в исследовании, сообщили о сексуальном влечении к представителям их родного, биологического пола и проявили большее сексуальное возбуждение, чем гетеросексуалы, при просмотре эротических фильмов, показывающих сексуальную активность между представителями их биологического пола. В исследовании также была использована оценка самооощущения, для получения которой исследователи попросили участников «оценить степень, в которой вы отождествляете себя с мужчиной или женщиной в фильме».⁵⁹ Участники-транссексуалы отождествляли себя с лицами предпочитаемого гендера в большей степени, чем члены контрольной группы отождествляли себя с лицами своего биологического пола, как в эротических, так и в нейтральных фильмах. Гетеросексуальные участники контрольной группы не идентифицировали себя ни с мужчинами, ни с женщинами, независимо от типа фильма. Ку и соавторы утверждают, что им удалось продемонстрировать связь механизмов головного мозга, отвечающих за сексуальное влечение, с биологическим полом, однако существенных нейробиологических сравнений гендерной идентичности у трех когорт произведено не было. Кроме того, они

сообщили, что транссексуалы продемонстрировали неадекватную психосоциальную защитную манеру поведения.

В исследовании 2008 года Ханс Берглунд и коллеги из Шведского института Каролинска и Стокгольмского института мозга использовали ПЭТ и МРТ-сканы для изучения шаблонов площади активации мозга у 12 трансгендеров «от мужчины к женщине», испытывающих сексуальное влечение к женщинам, в сравнении с 12 гетеросексуальными женщинами и 12 гетеросексуальными мужчинами.⁶⁰ Первая группа лиц не принимала никаких гормонов и не прошла через операцию по коррекции пола. В эксперименте использовался запах ароматизированных стероидов, считающихся женскими феромонами, и другие сексуально нейтральные запахи, такие как масло лаванды, кедровое масло, эвгенол, бутанол, и воздух без запаха. Сравнительные результаты по различным запахам были разнообразны и неоднозначны, что не удивительно, так как *ретроспективный* анализ, как правило, приводит к противоречивым выводам.

Таким образом, вышеприведенные исследования не предоставляют исчерпывающих доказательств или однозначных выводов относительно головного мозга взрослых трансгендеров. Шаблоны активации мозга, представленные в этих исследованиях, не дают достаточных доказательств для обоснованных выводов о возможных связях между активацией мозга и сексуальной идентичностью или возбуждением. Результаты противоречивы и запутанны. Поскольку данные Ку и коллег по шаблону активации мозга не имеют универсальной связи с определенным полом, остается неясным, в какой степени результаты нейробиологических исследований важны при рассмотрении гендерной идентичности. Следует отметить, что, независимо от результатов, исследования такого рода не дают оснований для вывода о том, что идентификация с тем или иным гендером, не соответствующим биологическому полу индивида, объясняется врожденным биологическим свойством головного мозга.

Вопрос даже не в том, есть ли различия между мозгом трансгендеров и людей, идентифицирующих себя с гендером, соответствующим их биологическому полу, а в том, является ли гендерная идентичность фиксированной, врожденной и биологической чертой, даже если она не соответствует биологическому полу, или же окружение и психологические причины способствуют развитию чувства гендерной идентичности в таких случаях. Неврологические различия у взрослых трансгендеров могут быть следствием либо биологических факторов, таких как гены или пренатальное воздействие гормонов, либо психологических факторов и окружения, как, например, жестокое обращение в детстве, либо некоторой комбинации и тех и других. Не существует серийных, лонгитюдных и проспективных исследований мозга детей, выбирающих себе противоположный гендер, которые позже идентифицируются как трансгендерные взрослые. Недостаток таких исследований серьезно ограничивает нашу способность понимать причинно-следственные связи между морфологией мозга, или его функциональной активностью, и последующим развитием гендерной идентичности, отличной от биологического пола.

В целом, в настоящее время среди психиатров и неврологов, участвующих в исследованиях визуализации мозга, широко признается, что существуют неотъемлемые и неустраняемые методологические ограничения *любого* исследования методом нейровизуализации, которое просто связывает конкретный признак, например, определенное поведение, с конкретной морфологией мозга.⁶¹ (Когда же речь идет не об

определенном поведении, а о таком неуловимом и расплывчатом понятии, как «гендерная идентичность», эти методологические проблемы становятся еще более серьезными.) Эти исследования не могут ни предоставить статистических доказательств, ни показать возможный биологический механизм, достаточный для обоснования *причинно-следственных связей* между свойством мозга и рассматриваемым признаком, поведением или симптомом. Для обоснования вывода о причинно-следственной связи, даже эпидемиологического характера, необходимо проведение проспективных лонгитюдных исследований, с фиксированным набором индивидов в процессе их полового развития, а еще лучше – на протяжении всей жизни.

Подобные исследования обычно используют последовательные изображения мозга, сделанные при рождении, в детстве и в других точках континуума развития, чтобы увидеть, присутствовали ли найденные свойства морфологии мозга с самого начала. В противном случае, невозможно установить, вызван ли признак определенными особенностями мозга или является врожденным и, возможно, фиксированным. Подобные исследования, включая рассмотренные выше, изучающие индивидов с уже проявившимся признаком, не способны отличить *причины от следствий* данного признака. В большинстве случаев трансгендеры действовали и думали определенным образом в течение многих лет, что, благодаря приобретенным навыкам поведения и связанной с ними нейропластичности, могло привести к изменениям в головном мозге, которые отличают их от других представителей их биологического, или родного пола. Единственным верным способом установления эпидемиологической причинно-следственной связи между особенностью мозга и определенным признаком (особенно столь сложным, как гендерная идентичность) является проведение проспективных, продольных исследований, предпочтительно со случайной популяционной выборкой.

В отсутствии таких проспективных продольных исследований, большие репрезентативные популяционные выборки с адекватным статистическим контролем искажающих факторов могут помочь сузить спектр возможных причин поведенческого признака, и тем самым увеличить вероятность выявления неврологической причины.⁶² Однако уже проведенные исследования используют небольшие удобные выборки, поэтому ни одно из них не является особенно полезным для ограничения вариантов причинности. Для улучшения качества исследуемой выборки следовало бы использовать нейровизуализацию в крупномасштабных эпидемиологических исследованиях. На самом деле, учитывая небольшое количество трансгендеров среди населения в целом,⁶³ только исследование громадного масштаба могло бы дать статистически значимые результаты.

Кроме того, если бы исследование выявило значительные различия между этими группами, то есть количество различий выше ожидаемого случайного результата, эти различия относились бы к среднему значению популяции каждой группы. Даже если бы эти две *группы* значительно отличались по всем 100 параметрам, это не обязательно указывало бы на биологическую разницу между *отдельными лицами* с диаметрально противоположными результатами. Следовательно, случайно выбранные трансгендерный и нетрансгендерный индивид могут не различаться ни по одному из этих 100 параметров. Кроме того, поскольку вероятность того, что случайно выбранный человек из общего населения окажется трансгендером, весьма мала, статистически значимые различия в средних значениях выборки не являются достаточным доказательством того, что конкретный параметр будет прогнозировать трансгендерность человека. Если бы мы измерили мозг младенца, малыша или подростка и нашли бы, что по всем параметрам он

ближе всего к одной из когорт, это не означало бы, что в будущем этот человек будет идентифицироваться как член этой когорты. Это полезно иметь в виду при интерпретации исследований по трансгендерным индивидам.

В данном контексте важно отметить, что не существует исследований, доказывающих, что какое-либо из рассматриваемых биологических различий имеет способность предиктора. Поэтому все интерпретации, как правило, в популярных источниках, утверждающие или предполагающие, что статистически значимое различие между мозгом трансгендерного и нетрансгендерного индивида является причиной формирования соответствующей идентичности (то есть, что та или иная биологическая черта определяет различия в гендерной идентичности) являются необоснованными.

Резюмируя, актуальные исследования связей между структурой мозга и трансгендерной идентичностью невелики, методологически ограничены, неубедительны и порой противоречивы. Даже если бы они были надежнее в смысле методологии, этого было бы недостаточно, чтобы продемонстрировать, что структура мозга является причиной, а не следствием, поведения, связанного с гендерной идентичностью. Им также не хватало бы прогнозирующей силы, что является основной проблемой любой теории в науке.

Для пояснения этого момента представим себе комнату со 100 людьми. Двое из них являются трансгендерами, остальные – нет. Я выбираю кого-то случайным образом и прошу вас угадать гендерную идентичность этого человека. Если вы знаете, что 98 из 100 людей не являются трансгендерами, надежнее всего предположить, что этот человек – нетрансгендер, так как этот ответ будет правильным в 98% случаев. Предположим, что у вас есть возможность задать вопросы о нейробиологии и о биологическом поле человека. Знание биологических особенностей человека поможет прогнозировать, является ли индивид трансгендером, только в том случае, если оно может улучшить исходное предположение о том, что он нетрансгендер. Так что, если знание характеристик мозга индивидуума не улучшает способность предсказать, к какой группе принадлежит пациент, то тот факт, что эти две группы отличаются по средним показателям, практически не имеет значения. Улучшение исходного предположения затруднительно для столь редкой черты как трансгендерность, потому что вероятность того, что предположение является верным, и так очень высока. Если бы действительно было четкое различие между мозгом трансгендеров и нетрансгендеров, сравнимое с биологическими различиями между полами, то улучшить исходное предположение было бы относительно просто. В отличие от различий между полами, не существует биологических особенностей, по которым можно надежно идентифицировать трансгендеров как отличающихся от остальных.

Консенсус, основанный на научных доказательствах, подавляющим большинством поддерживает предположение о том, что мальчик или девочка нормального физического и умственного развития на самом деле является тем, кем он или она были при рождении. Имеющиеся данные из исследований визуализации мозга и генетики не доказывают, что развитие гендерной идентичности, в отличие от биологического пола, является врожденной. Поскольку ученые не создали прочной основы для понимания причин кросс-гендерной идентификации, сегодняшние исследования должны быть одинаково открыты к рассмотрению психологических, социальных и биологических причин.

Трансгендерная идентичность у детей

В 2012 году газета *Washington Post* напечатала рассказ Петулы Дворак «Трансгендер в пять лет»⁶⁴ о девочке, которая в возрасте 2-х лет начала настаивать, что она мальчик. В рассказе описывается, как мать девочки понимает ее поведение: «Мозг ее маленькой девочки был не такой, как у других. Джин [ее мать] видела это. Она слышала о трансгендерах, людях, у которых физически один гендер, но в уме другой». В рассказе повествуется о печальном опыте матери, когда она начала искать информацию о проблемах гендерной идентичности у детей и пришла к пониманию переживаний других родителей.

Многие говорили о болезненном решении позволить своим детям публично перейти к другому гендеру, что гораздо тяжелее для мальчиков, которые хотят быть девочками. Кое-что из услышанного обнадеживало Джину: рискнувшие родители рассказывали, что в основном исчезли проблемы с поведением детей, улучшилась школьная успеваемость, вернулись счастливые улыбки ребенка. Но были и пугающие моменты: дети, принимающие блокаторы полового созревания в начальных классах, и подростки, приступающие к гормональной терапии еще до окончания школы.⁶⁵

Далее в рассказе описывается, как Мойин, сестра ребенка-трансгендера, осмысливала идентичность Тайлера (ранее Кэтрин).

Восьмилетняя сестра ребенка весьма просто описала трансгендерного Тайлера: «Это просто разум мальчика в теле девочки», – объясняла Мойин как ни в чем не бывало своим друзьям-второклассникам в частной школе, администрация которой разрешит Тайлеру пойти в детский сад как мальчику, без упоминания Кэтрин.⁶⁶

Высказывания сестры ребенка воплощает в себе распространенное мнение о гендерной идентичности: трансгендеры, или дети, отвечающие критериям диагностики половой дисфории, представляют собой «разум мальчика в теле девочки» или наоборот. Эта точка зрения предполагает, что гендерная идентичность является постоянной и врожденной чертой человеческой психологии, и вдохновляет на гендерно-чувствительный подход к детям, испытывающим проблемы гендерной идентичности в раннем возрасте.

Как мы увидели выше в обзоре нейробиологических и генетических исследований о происхождении гендерной идентичности, существует мало свидетельств в пользу биологической основы феномена трансгендерной идентичности. Также мало свидетельств в пользу высокого уровня устойчивости проблем гендерной идентичности у детей. Согласно *DSM-5*, «среди рожденных мужчинами [биологических мужчин] устойчивость [половой дисфории] варьируется в диапазоне от 2,2% до 30%. У рожденных женщинами устойчивость варьируется в диапазоне от 12% до 50%».⁶⁷ Научные данные об устойчивости гендерной дисфории встречаются редко из-за очень низкой распространенности расстройства среди населения в целом, однако, судя по большому разнообразию результатов в литературе, пока мы не знаем многого, что могло бы объяснить, почему гендерная дисфория сохраняется или прекращается у детей. В *DSM-5* далее отмечается: «Не ясно, обнаруживают ли более высокие показатели устойчивости дети, получившие поощрение или поддержку в их стремлении жить в обществе в роли желаемого гендера, поскольку пока не было проведено долговременного

систематического наблюдения таких детей». ⁶⁸ Существует явная потребность в новых исследованиях в этих областях, при этом родители и врачи должны признать всю проблематичность интерпретации поведения таких детей.

Терапевтическое вмешательство в раннем возрасте

Неоднозначность диагноза и прогноза гендерной дисфории у детей делает принятие терапевтических решений особенно затруднительным. Терапевтические вмешательства в раннем возрасте должны учитывать вероятность того, что с возрастом дети могут перерасти кросс-гендерную идентификацию. Исследователь и терапевт Университета Торонто Кеннет Цукер считает, что динамика отношений в семье и со сверстниками может играть важную роль в формировании и сохранении гендерного нонконформистского поведения. Как пишет Кеннет Цукер,

при принятии решения врачами и разработке плана лечения важно учитывать предрасполагающие и закрепляющие факторы: роль темперамента, родительскую поддержку кросс-гендерного поведения во время сложного периода формирования гендерной идентичности, динамику отношений в семье, психопатологию родителей, взаимоотношения со сверстниками и многозначность, лежащую в основе фантазии ребенка о переходе в противоположный пол. ⁶⁹

В течение многих лет Цукер работал с детьми, испытывающими гендерную неконгруэнтность; он использовал психосоциальные методы лечения, пытаясь помочь им принять гендер, соответствующий их биологическому полу. В числе прочего он предлагал терапевтические беседы, игры с однополыми сверстниками, организованные родителями, терапия одновременных психопатологий, таких как расстройства аутистического спектра, и психологическое консультирование родителей. ⁷⁰

В процессе последующего наблюдения детей, проходивших лечение в течение тридцати лет в Центре психического здоровья и наркомании в Торонто, Цукер и его коллеги обнаружили, что расстройство гендерной идентичности сохранилось только у 3 из 25 девочек, прошедших лечение. ⁷¹ (Клиника Цукера была закрыта правительством Канады в 2015 году). ⁷²)

Все более распространенной среди терапевтов становится альтернатива подходу Цукера, которая настаивает на принятии той гендерной идентичности, которую предпочитает ребенок. ⁷³ Такой подход предполагает помощь детям в еще большей самоидентификации с тем гендером, который они предпочитают в это время. Одной из составляющих такого гендерно-коррекционного подхода является назначение гормональной терапии подросткам для замедления развития типичных половых особенностей в период полового созревания и облегчения чувства дисфории, которое испытывают подростки по мере развития характерных половых признаков, не совпадающих с ощущаемым гендером. Существует относительно мало доказательств медицинской ценности подобной терапии, замедляющей половое созревание, но в настоящее время эти методы являются предметом большого клинического исследования, спонсируемого Национальным институтом здоровья. ⁷⁴

Хотя эпидемиологические данные о результатах медицинской задержки полового созревания весьма ограничены, обращений по поводу коррекции пола гормональными и хирургическими способами становится всё больше, и многочисленные сторонники

данных процедур настаивают на коррекции пола в раннем возрасте. Согласно статье, опубликованной в лондонской газете *The Times* в 2013 году, в Соединенном Королевстве число детей, направленных в клиники в связи с половой дисфорией, увеличилось на 50% с 2011 по 2012 год, а число обращений взрослого населения – тоже почти на 50% с 2010 по 2012 год.⁷⁵ Связано ли это увеличение с ростом гендерной дезориентации, повышением внимания к гендерным вопросам, распространением признания терапии как решения или с другими факторами, само по себе оно вызывает беспокойство и заслуживает дальнейшего научного исследования взаимоотношений в семье и других потенциальных проблем, таких как социальное отторжение или проблемы развития, которые могут быть приняты за признаки детской гендерной дисфории.

В работе о психологических последствиях подавления полового созревания и коррекции пола хирургическим путем, опубликованной в журнале *Pediatrics* в 2014 году детским и подростковым психиатром Аннелу Л.С. де Ври и соавторами, говорится об улучшении состояния пациентов после подобных вмешательств, причем их благополучие практически достигает уровня, который наблюдается у молодых людей из общей популяции.⁷⁶ В данном исследовании участвовали 55 трансгендерных подростков и молодых взрослых (22 М-Ж и 33 Ж-М), пациентов голландской клиники, состояние которых оценивалось трижды: перед началом курса подавления полового созревания (средний возраст – 13,6 лет), при введении кросс-половых гормонов (средний возраст – 16,7 лет) и, как минимум, год спустя после хирургической коррекции пола (средний возраст – 20,7 лет). В исследовании не было контрольной группы для сравнения, то есть, группы трансгендерных подростков, не прошедших курс блокирующих половое созревание гормонов, кросс-половых гормонов и / или хирургическую коррекцию пола, что затрудняет сравнение результатов.

В исследуемой когорте показатели гендерной дисфории улучшились с течением времени, внешний вид тела улучшился по некоторым аспектам, и незначительно улучшился обще-функциональный показатель. Из-за отсутствия сопоставимой контрольной группы, остается неясным, связаны ли эти изменения с медицинскими процедурами или произошли бы в этой когорте и без терапии и хирургических вмешательств. Показатели тревоги, депрессии и гнева несколько улучшились на протяжении времени, но результаты не имели статистической значимости. Несмотря на некоторые улучшения с течением времени в данной когорте, в частности, субъективное удовлетворение процедурами, выявление значимых различий потребовало бы повторения исследования с использованием контрольной группы и с увеличенным размером выборки. В лечение также входило обслуживание группой медицинских работников различных специальностей, что могло оказать положительное действие. В идеале, будущие исследования такого рода должны включать долгосрочное наблюдение с систематической оценкой результатов, выходящее за пределы позднего подросткового возраста или начала молодости.

Терапевтическое вмешательство в зрелом возрасте

Вероятность того, что перенесшие медицинскую и хирургическую коррекцию пола пациенты могут захотеть вернуться к гендерной идентичности, соответствующей их биологическому полу, предполагает, что коррекция пола несет в себе значительный психологический и физический риск, особенно, когда происходит в детстве, но и во

взрослом состоянии тоже. Поэтому следует предположить, что представления пациентов об идеальной жизни после лечения иногда могут оказаться нереализованными.

В 2004 году Научно-исследовательская группа по вопросам агрессии (Arif) Бирмингемского университета провела анализ результатов более ста исследований транссексуалов в течение послеоперационного периода.⁷⁷ Статей в газете *The Guardian* подытожила выводы:

Ученые группы Arif... пришли к выводу, что ни одно из исследований не предоставляет убедительных доказательств того, что гендерная коррекция является полезной для пациентов. Было установлено, что дизайн большинства исследований был плохо разработан, что исказило результаты в пользу физической смены пола. Не оценивались возможности помощи транссексуалам другими методами лечения, например долгосрочным консультированием, а также вероятность уменьшения гендерной дезориентации с течением времени. Ученые группы Arif утверждают, что результаты немногочисленных исследований, отслеживающих значительное число пациентов в течение нескольких лет, были дефектными, поскольку исследователи потеряли связь, как минимум, с половиной участников. Не были тщательно исследованы потенциальные осложнения гормональной терапии и операций на гениталиях, включая тромбоз глубоких вен и недержание, соответственно. «Совершенно не ясно, смена пола – это хорошо или плохо», – говорит доктор Крис Хайд, руководитель группы Arif. «С одной стороны, несомненно, особое внимание уделяется тому, чтобы только соответствующие пациенты проходили гендерную коррекцию, с другой стороны, большое количество людей, перенесших операцию, остаются травмированными, часто доходя до самоубийства».⁷⁸

Высокий уровень неопределенности в отношении различных результатов после хирургической коррекции пола затрудняет поиск четких ответов на вопрос о последствиях операции для пациентов. Начиная с 2004 года, были проведены другие исследования по эффективности коррекционной хирургии с использованием более объемной выборки и лучшей методики. Мы рассмотрим некоторые из наиболее информативных и надежных исследований последствий для пациентов в результате хирургической коррекции пола.

Еще в 1979 году Джон К. Мейер и Донна Дж. Ретер опубликовали лонгитюдное исследование-отслеживание общего благополучия взрослых, перенесших операцию по коррекции пола.⁷⁹ В исследовании сравнивались результаты 15 человек, перенесших хирургическое вмешательство, с 35 людьми, просившими, но не получившими направления на операцию (14 из которых были оперированы позже, что привело к трем когортам для сравнения: оперированные, не оперированные, и оперированные позже). Для измерения благополучия использовалась система оценки переменных, зависящих от психиатрического, экономического, правового состояния и личностных отношений. Результаты были определены исследователями после проведения интервью с субъектами. Среднее время наблюдения составило около пяти лет для оперированных лиц и около двух лет – для не оперированных лиц.

По сравнению с их состоянием до операции, лица, перенесшие операцию, обнаруживали некоторый рост благосостояния, хотя результаты имели довольно низкий уровень статистической значимости. Лица, не перенесшие хирургическое вмешательство,

показали статистически значимое улучшение в процессе отслеживания. Тем не менее, при последующем наблюдении не было обнаружено статистически значимой разницы между показателями благосостояния этих двух групп. Авторы пришли к выводу, что «хирургическая коррекция пола не дает никаких объективных преимуществ с точки зрения социальной реабилитации, хотя она остается субъективно удовлетворительной для тех, кто строго придерживался правил и прошел испытательный срок».⁸⁰ Это исследование привело к тому, что психиатрическое отделение Медицинского центра при Университете Джона Хопкинса (JHMC) прекратило хирургические операции по изменению пола у взрослых.⁸¹

Тем не менее, у данного исследования имелись серьезные ограничения. В исследуемой популяции была обнаружена ошибка выборки, так как участники были взяты из числа людей, которые обращались по поводу коррекционной операции в JHMC. К тому же, объем выборки был небольшим. Кроме того, лица, обратившиеся в JHMC, но не перенесшие операцию по коррекции пола, не представляют собой настоящую контрольную группу. Случайное назначение хирургической процедуры не было возможным. Большая разница между средними показателями продолжительности последующего наблюдения лиц, перенесших и не перенесших операцию, еще больше снижает возможность провести достоверное сравнение между этими двумя группами. Также следует учесть, что методологию исследования критиковали за несколько идиосинкразических и произвольный способ измерения благосостояния участников. Оценка совместного проживания или любой формы контакта с работниками психиатрических служб приравнивалась к таким негативным факторам, как арест.⁸²

В 2011 году Сесилия Дейне и соавторы из Каролинского института и Гетеборгского университета в Швеции опубликовали одно из наиболее полноценных и хорошо спланированных исследований для изучения последствий для лиц, перенесших операцию по коррекции пола. Сосредоточив внимание на уровнях смертности, заболеваемости и преступности, они провели сравнительное когортное исследование 324 транссексуалов (191 М-Ж, 133 Ж-М), которые подверглись коррекции пола в период с 1973 по 2003 год с двумя сопоставимыми по возрасту контрольными группами. В первую группу вошли лица того же пола, что и транссексуал при рождении, а во вторую – лица того пола, который транссексуал получил после операции.⁸³

Учитывая относительно небольшое число транссексуалов в общей популяции, размер данного исследования впечатляет. В отличие от Мейера и Ретер, Дейне и соавторы не стремились оценить степень удовлетворенности пациентов после операции по коррекции пола, для чего потребовалась бы контрольная группа трансгендеров, желающих пройти, но не прошедших хирургическую коррекцию пола. Кроме того, исследование не сравнивало зависимые переменные до и после коррекции пола; оценивались лишь переменные после операции. Следует иметь это в виду при рассмотрении результатов данного исследования.

Дейне и коллеги обнаружили статистически значимые различия между двумя когортами по нескольким изученным параметрам. Например, у оперированных транссексуалов риск психиатрической госпитализации был приблизительно в три раза выше, чем в контрольных группах, даже после корректировки по предыдущему психиатрическому лечению.⁸⁴ (Тем не менее, риск госпитализации из-за злоупотребления психоактивными веществами был незначительно выше после корректировки по предыдущему психиатрическому лечению и другим ковариатам). После корректировки по

ковариатам, у сменивших пол риск смертности по любым причинам был в три раза выше, хотя повышенный риск был значительным только в период с 1973-1988 гг.⁸⁵ Перенесшие операцию в течение этого периода были также более подвержены риску осуждения за совершение преступления.⁸⁶ Что более тревожно, среди сменивших пол индивидов вероятность попыток самоубийства была в 4,9 раза больше, а вероятность смерти в результате самоубийства – в 19,1 раза больше по сравнению с контрольной группой.⁸⁷ «Смертность в результате самоубийства была поразительно высока среди сменивших пол лиц, в том числе после корректировки по предыдущей психиатрической заболеваемости».⁸⁸

«Дизайн исследования не позволяет сделать вывод «об эффективности коррекции пола в качестве лечения транссексуализма», хотя Дейне и коллеги утверждают, что, вполне возможно, «без коррекции пола все могло бы быть еще хуже».⁸⁹ В целом, послеоперационное состояние психического здоровья было весьма плохим, что особенно хорошо видно по высокому уровню попыток самоубийства и смертности от любой причины в группе 1973-1988 годов. (Следует отметить, что, конечно, во время проведения исследования данные по транссексуалам, которые подверглись коррекции пола с 1989 по 2003 год, относились к более короткому периоду, чем данные по транссексуалам более раннего периода. Показатели смертности, заболеваемости и преступности в более поздней группе со временем может достичь высокого уровня риска аналогично предыдущей группе.) Таким образом, исходя из данного исследования, следует предположить, что хирургическая операция по коррекции пола не исправляет сравнительно плохие показатели состояния здоровья, связанные с трансгендерной популяцией в целом. Тем не менее, из-за упомянутых выше ограничений исследования по данным результатам также нельзя установить, что операция по коррекции пола является причиной ухудшения состояния здоровья.

В 2009 году Аннет Кун и коллеги из университетской клиники «Инзельшпиталь» и Бернского университета в Швейцарии исследовали качество жизни после операции у транссексуалов (52 М-Ж и 3 Ж-М) пятнадцать лет спустя после операции по коррекции пола.⁹⁰ Это исследование показало значительно более низкую общую удовлетворенность жизнью у оперированных транссексуалов по сравнению с женщинами, которые перенесли не менее одной операции на органах таза в прошлом. Перенесшие операцию транссексуалы сообщили о более низкой удовлетворенности общим качеством здоровья и некоторыми личными, физическими и социальными ограничениями, которые они испытывали из-за недержания, возникшего как побочный эффект операции. Опять же, невозможно сделать выводы из этого исследования относительно эффективности операции по коррекции пола из-за отсутствия контрольной группы трансгендеров, не перенесших такую хирургическую операцию.

В 2010 году Мохаммад Хасан Мурад и соавторы из медицинского центра «Мейо Клиник» опубликовали систематический обзор исследований о результатах гормональной терапии, используемой в процедурах по коррекции пола, в результате которого было выявлено, что имеются «доказательства очень низкого качества» того, что коррекция пола с помощью гормонального вмешательства «с большой долей вероятности улучшает гендерную дисфорию, психологические функции и сопутствующие заболевания, сексуальную функцию и общее качество жизни».⁹¹ Авторы отобрали 28 исследований, в которых в совокупности было изучено 1833 пациентов, прошедших процедуры по коррекции пола с использованием гормональных вмешательств (1093 «мужчина к

женщине», 801 «женщина к мужчине»⁹² Совокупные данные исследований показали, что после процедур по коррекции пола 80% пациентов сообщили об улучшении гендерной дисфории, 78% – об улучшении психологических симптомов, а 80% – об улучшении качества жизни.

⁹³ Ни в одном из исследований не использовалась рандомизация как средство минимизации систематической ошибки (то есть, ни в одном из исследований процедуры по коррекции пола не назначались случайным образом некоторым пациентам и не назначались другим), и только в трех исследованиях использовались контрольные группы (то есть, пациенты, не получившие лечения, для сравнения с теми, кто получил).⁹⁴ Большинство исследований, рассмотренных в обзоре Мурадом и соавторами, свидетельствовали об улучшении сопутствующих психиатрических заболеваний и качества жизни, однако важно, что уровень самоубийств оставался повышенным для лиц, получивших гормональную терапию, в сравнении с общей популяцией, несмотря на снижение уровня самоубийств после лечения.⁹⁵ Авторы также обнаружили, что существуют некоторые исключения из сообщений об улучшении психического здоровья и удовлетворенности процедурами по коррекции пола; в одном исследовании 3 из 17 лиц выразили сожаление по поводу процедуры, причем 2 из этих 3 хотели бы пройти обратную процедуру,⁹⁶ и в четырех из рассмотренных исследований указывалось на ухудшение качества жизни, включая продолжающуюся социальную изоляцию, недостаточное улучшение социальных отношений, а также зависимость от государственных программ социальной помощи.⁹⁷

Суммировав научные данные, мы предлагаем отнестись скептически к утверждению о том, что процедуры по коррекции пола приносят долгожданную пользу или устраняют основные проблемы, которые ведут к повышенному риску ослабления психического здоровья среди трансгендерного населения. Одновременно с борьбой против жестокого обращения и непонимания необходимы изучение и анализ всех факторов, от которых может зависеть высокий уровень самоубийств и других – психологических и поведенческих – проблем со здоровьем среди трансгендеров, и более четкое осмысление доступных способов лечения.

¹ American Psychological Association, “Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity and Gender Expression” (pamphlet), <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>.

² Simone de Beauvoir, *The Second Sex* (New York: Vintage, 2011 [orig. 1949]), 283.

³ Ann Oakley, *Sex, Gender and Society* (London: Maurice Temple Smith, 1972).

⁴ Suzanne J. Kessler and Wendy McKenna, *Gender: An Ethnomethodological Approach* (New York: John Wiley & Sons, 1978), vii.

⁵ Gayle Rubin, “The Traffic in Women: Notes on the ‘Political Economy’ of Sex,” in *Toward an Anthropology of Women*, ed. Rayna R. Reiter (New York and London: Monthly Review Press, 1975), 179.

⁶ *Ibid.*, 204.

⁷ Judith Butler, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (London: Routledge, 1990).

⁸ Judith Butler, *Undoing Gender* (New York: Routledge, 2004).

⁹ Butler, *Gender Trouble*, 7.

¹⁰ *Ibid.*, 6.

¹¹ “Facebook Diversity” (web page), <https://www.facebook.com/facebookdiversity/photos/a.196865713743272.42938.105225179573993/567587973337709/>.

¹² Will Oremus, “Here Are All the Different Genders You Can Be on Facebook,” *Slate*, February 13, 2014, http://www.slate.com/blogs/future_tense/2014/02/13/facebook_custom_gender_options_here_are_all_56_custom_options.html.

¹³ André Ancel, Michaël Beaulieu, and Caroline Gilbert, “The different breeding strategies of penguins: a review,” *Comptes Rendus Biologies* 336, no. 1 (2013): 6–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crvi.2013.02.002>. Обычно именно самцы императорского пингвина высиживают яйца и заботятся о птенцах первые дни после их вылупления.

¹⁴ Jennifer A. Marshall Graves and Swathi Shetty, “Sex from W to Z: Evolution of Vertebrate Sex Chromosomes and Sex Determining Genes,” *Journal of Experimental Zoology* 290 (2001): 449–462, <http://dx.doi.org/10.1002/jez.1088>.

¹⁵ Об истории Томаса Бити см. его книгу: *Labor of Love: The Story of One Man’s Extraordinary Pregnancy* (Berkeley: Seal Press, 2008).

¹⁶ Edward Stein, *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory, and Ethics of Sexual Orientation* (New York: Oxford University Press, 1999), 31.

¹⁷ John Money, “Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings,” *Bulletin of the John Hopkins Hospital* 95, no. 6 (1955): 253–264, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14378807>.

¹⁸ Об истории Дэвида Реймера см.: John Colapinto, *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl* (New York: Harper Collins, 2000).

¹⁹ William G. Reiner and John P. Gearhart, “Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth,” *New England Journal of Medicine*, 350 (January 2004): 333–341, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa022236>.

²⁰ Paul R. McHugh, “Surgical Sex: Why We Stopped Doing Sex Change Operations,” *First Things* (November 2004): 37, <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.

²¹ American Psychiatric Association, “Gender Dysphoria,” *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [hereafter *DSM-5*] (Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing, 2013), 452, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm14>.

²² *Ibid.*, 458.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*, 452.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*, 454–455.

²⁷ *Ibid.*, 452.

²⁸ *Ibid.*, 457.

²⁹ Angeliki Galani *et al.*, “Androgen insensitivity syndrome: clinical features and molecular defects,” *Hormones* 7, no. 3 (2008): 217–229, <https://dx.doi.org/10.14310%2Fhorm.2002.1201>.

³⁰ Perrin C. White and Phyllis W. Speiser, “Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency,” *Endocrine Reviews* 21, no. 3 (2000): 245–219, <http://dx.doi.org/10.1210/edrv.21.3.0398>.

³¹ Alexandre Serra *et al.*, “Uniparental Disomy in Somatic Mosaicism 45,X/46,XY/46,XX Associated with Ambiguous Genitalia,” *Sexual Development* 9 (2015): 136–143, <http://dx.doi.org/10.1159/000430897>.

- ³² Marion S. Verp *et al.*, “Chimerism as the etiology of a 46,XX/46,XY fertile true hermaphrodite,” *Fertility and Sterility* 57, no 2 (1992): 346–349, [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54843-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54843-2).
- ³³ Один из последних научных обзоров неврологических различий между полами см.: Amber N.V. Ruigrok *et al.*, “A meta-analysis of sex differences in human brain structure,” *Neuroscience Biobehavioral Review* 39 (2014): 34–50, <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.neubiorev.2013.12.004>.
- ³⁴ Robert Sapolsky, “Caught Between Male and Female,” *Wall Street Journal*, December 6, 2013, <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304854804579234030532617704>.
- ³⁵ *Ibid.*
- ³⁶ *Ibid.*
- ³⁷ О некоторых примерах общего интереса к данному взгляду см.: Francine Russo, “Transgender Kids,” *Scientific American Mind* 27, no. 1 (2016): 26–35, <http://dx.doi.org/10.1038/scientificamericanmind0116-26>; Jessica Hamzelou, “Transsexual differences caught on brain scan,” *New Scientist* 209, no. 2796 (2011): 1, <https://www.newscientist.com/article/dn20032-transsexual-differences-caught-on-brain-scan/>; Brynn Tannehill, “Do Your Homework, Dr. Ablow,” *The Huffington Post*, January 17, 2014, http://www.huffingtonpost.com/brynn-tannehill/how-much-evidence-does-it_b_4616722.html.
- ³⁸ Nancy Segal, “Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism,” *Archives of Sexual Behavior* 35, no. 3 (2006): 347–358, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9037-3>.
- ³⁹ Holly Devor, “Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data,” *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6 no. 3 (1994): 49–72, http://dx.doi.org/10.1300/J056v06n03_04.
- ⁴⁰ Segal, “Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism,” 350.
- ⁴¹ *Ibid.*, 351.
- ⁴² *Ibid.*, 353–354.
- ⁴³ *Ibid.*, 354.
- ⁴⁴ *Ibid.*, 356.
- ⁴⁵ *Ibid.*, 355. Выделено как в оригинале.
- ⁴⁶ J. Michael Bostwick and Kari A. Martin, “A Man’s Brain in an Ambiguous Body: A Case of Mistaken Gender Identity,” *American Journal of Psychiatry*, 164 no. 10 (2007): 1499–1505, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040587>.
- ⁴⁷ *Ibid.*, 1500.
- ⁴⁸ *Ibid.*, 1504.
- ⁴⁹ *Ibid.*
- ⁵⁰ *Ibid.*, 1503–1504.
- ⁵¹ Giuseppina Rametti *et al.*, “White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study,” *Journal of Psychiatric Research* 45, no. 2 (2011): 199–204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>.
- ⁵² *Ibid.*, 202.
- ⁵³ Giuseppina Rametti *et al.*, “The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study,” *Journal of Psychiatric Research* 45, no. 7 (2011): 949–954, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007>.
- ⁵⁴ *Ibid.*, 952.

⁵⁵ *Ibid.*, 951.

⁵⁶ Emiliano Santarnecchi *et al.*, “Intrinsic Cerebral Connectivity Analysis in an Untreated Female-to-Male Transsexual Subject: A First Attempt Using Resting-State fMRI,” *Neuroendocrinology* 96, no. 3 (2012): 188–193, <http://dx.doi.org/10.1159/000342001>.

⁵⁷ *Ibid.*, 188.

⁵⁸ Hsaio-Lun Ku *et al.*, “Brain Signature Characterizing the Body-Brain-Mind Axis of Transsexuals,” *PLOS ONE* 8, no. 7 (2013): e70808, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070808>.

⁵⁹ *Ibid.*, 2.

⁶⁰ Hans Berglund *et al.*, “Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids,” *Cerebral Cortex* 18, no. 8 (2008): 1900–1908, <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhm216>.

⁶¹ Например, см.: Sally Satel and Scott D. Lilienfeld, *Brainwashed: The Seductive Appeal of Mindless Neuroscience*, (New York: Basic Books, 2013).

⁶² Дополнительное разъяснение может быть полезным в отношении научных исследований такого рода. Значительные различия между средними величинами выборочных популяций не предполагают предсказательную силу какого-либо свойства. Предположим, мы провели 100 различных измерений мозга в когорте трансгендеров и нетрансгендеров, а затем рассчитали среднее значение каждой из этих 100 переменных для обеих когорт. Согласно теоретической статистике, по воле случая, мы можем (в среднем) ожидать, что обе когорты будут существенно различаться по 5 средним из 100 переменных. Это означает, что, если значительных различий примерно 5 или меньше из 100, они могут быть случайны, и поэтому мы не должны игнорировать тот факт, что среди 95 других измерений не удалось найти значительных различий.

⁶³ Согласно одной из недавних работ 0,6% взрослого населения США являются трансгендерами. См.: Andrew R. Flores *et al.*, “How Many Adults Identify as Transgender in the United States?” (white paper), Williams Institute, UCLA School of Law, June 30, 2016, <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>.

⁶⁴ Petula Dvorak, “Transgender at five,” *Washington Post*, May 19, 2012, https://www.washingtonpost.com/local/transgender-at-five/2012/05/19/gIQABfFkbU_story.html.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ American Psychiatric Association, “Gender Dysphoria,” *DSM-5*, 455. Примечание: Несмотря на то, что цитата взята из статьи *DSM-5* о «гендерной дисфории» и предполагает, что перечисленные показатели устойчивости относятся к этому диагнозу, сам диагноз гендерной дисфории был формализован лишь в *DSM-5*, так что не исключено, что некоторые данные были взяты из исследований, в которых использовались диагностические критерии, утвержденные ранее.

⁶⁸ *Ibid.*, 455.

⁶⁹ Kenneth J. Zucker, “Children with gender identity disorder: Is there a best practice?,” *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 56, no. 6 (2008): 363, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>.

⁷⁰ Kenneth J. Zucker *et al.*, “A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder,” *Journal of Homosexuality* 59, no. 2 (2012), <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>. Для ознакомления с доступным кратким изложением подхода Цукера в отношении гендерной дисфории у детей см.: J. Michael Bailey, *The Man Who Would Be Queen: The Science of Gender-Bending and Transsexualism* (Washington, D.C.: Joseph Henry Press, 2003), 31–32.

⁷¹ Kelley D. Drummond *et al.*, “A follow-up study of girls with gender identity disorder,” *Developmental Psychology* 44, no. 1 (2008): 34–45, <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.

⁷² Jesse Singal, “How the Fight Over Transgender Kids Got a Leading Sex Researcher Fired,” *New York Magazine*, February 7, 2016, <http://nymag.com/scienceofus/2016/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>.

⁷³ Например, см.: American Psychological Association, “Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People,” *American Psychologist* 70 no. 9, (2015): 832–864, <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>; and Marco A. Hidalgo *et al.*, “The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn,” *Human Development* 56 (2013): 285–290, <http://dx.doi.org/10.1159/000355235>.

⁷⁴ Sara Reardon, “Largest ever study of transgender teenagers set to kick off,” *Nature* 531, no. 7596 (2016): 560, <http://dx.doi.org/10.1038/531560a>.

⁷⁵ Chris Smyth, “Better help urged for children with signs of gender dysphoria,” *The Times* (London), October 25, 2013, <http://www.thetimes.co.uk/tto/health/news/article3903783.ece>. Как следует из статьи, в 2012 г. «1296 взрослых обратились в специализированные клиники по поводу гендерной дисфории по сравнению с 879 в 2010 г. Сейчас [в 2013 г.] 18.000 пациентов проходят лечение по сравнению с 4000 15 лет назад. [В 2012 г.] обратились 208 детей, годом раньше – 139, в 2008 г. – 64».

⁷⁶ Annelou L.C. de Vries *et al.*, “Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment,” *Pediatrics* 134, no. 4 (2014): 696–704, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958d>.

⁷⁷ David Batty, “Mistaken identity,” *The Guardian*, July 30, 2004, <http://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Jon K. Meyer and Donna J. Reter, “Sex Reassignment: Follow-up,” *Archives of General Psychiatry* 36, no. 9 (1979): 1010–1015, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780090096010>.

⁸⁰ *Ibid.*, 1015.

⁸¹ Например, см.: Paul R. McHugh, “Surgical Sex,” *First Things* (November 2004), <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.

⁸² Michael Fleming, Carol Steinman, and Gene Bocknek, “Methodological Problems in Assessing Sex-Reassignment Surgery: A Reply to Meyer and Reter,” *Archives of Sexual Behavior* 9, no. 5 (1980): 451–456, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02115944>.

⁸³ Cecilia Dhejne *et al.*, “Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden,” *PLOS ONE* 6, no. 2 (2011): e16885, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

⁸⁴ 95% доверительный интервал: 2,0–3,9.

⁸⁵ 95% доверительный интервал: 1,8–4,3.

⁸⁶ В данном исследовании транссексуалы М-Ж обнаружили повышенный риск преступности по сравнению с женской контрольной группой в период 1973-1988 гг., из чего следует, что у них сохраняется мужской шаблон преступности. С другой стороны в тот же период исследования у транссексуалов Ж-М действительно был более высокий уровень риска преступности по сравнению с женской контрольной группой, возможно, связанный с действием экзогенного тестостерона.

⁸⁷ 95% доверительные интервалы: 2,9–8,5 и 5,8–62,9, соответственно.

⁸⁸ *Ibid.*, 6.

⁸⁹ *Ibid.*, 7.

⁹⁰ Annette Kuhn *et al.*, “Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism,” *Fertility and Sterility* 92, no. 5 (2009): 1685–1689, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>.

⁹¹ Mohammad Hassan Murad *et al.*, “Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes,” *Clinical Endocrinology*, 72 (2010): 214–231, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.

⁹² *Ibid.*, 215

⁹³ 95% доверительные интервалы: 68–89%, 56–94% и 72–88%, соответственно.

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ *Ibid.*, 216

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*, 228.