

Ерзин Александр Игоревич

Клинический психолог, преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета, сотрудник Центра психического здоровья (г. Оренбург), член Российского общества психиатров, автор свыше 60 научных и учебно-методических публикаций.

Семенова Татьяна Сергеевна

Клинический психолог, консультирующий специалист в области семейных и сексуальных отношений, автор свыше 20 научных публикаций.

Alexandr I. Erzin

Clinical psychologist, lecturer of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy of Orenburg State Medical University, specialist of Mental health center (Orenburg), member of Russian Union of Psychiatrists, an author of more than 60 scientific and educational-methodical works.

Tatiana S. Semenova

Clinical psychologist, counseling specialist in the sphere of family and sexual relations, an author of more than 20 scientific works.

**А.И. Ерзин
Т.С. Семёнова**

**В БОРЬБЕ СО СТИГМОЙ.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ**

(монография)

**Alexandr I. Erzin
Tatiana S. Semenova**

**IN THE FIGHT AGAINST STIGMA.
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING
OF HOMOSEXUAL ADOLESCENTS**

(monograph)



Moscow,
BIBLIO-GLOBUS,
2016

Москва
БИБЛИО-ГЛОБУС
2016



Издательский дом
БИБЛИО-ГЛОБУС

Ерзин А.И., Семенова Т.С.

**В БОРЬБЕ СО СТИГМОЙ.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ**

монография

Alexandr I. Erzin, Tatiana S. Semenova
In the fight against stigma.
Psychological well-being of homosexual adolescents
(monograph)
Moscow, BIBLIO-GLOBUS, 2016

Москва
БИБЛИО-ГЛОБУС
2016

УДК 616.89+159.922

ББК 56.14:88.37

E70

Рецензенты:

О.С. Ковшова – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии, Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

П.О. Бомов – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Ерзин А.И., Семенова Т.С.

E70 В борьбе со стигмой. Психологическое благополучие гомосексуальных подростков / Ерзин А.И., Семенова Т.С.: монография. – М.: БИБЛИО-ГЛОБУС, 2016. – 144 с.

ISBN 978-5-9909097-2-4

DOI 10.18334/9785990909724

Монография посвящена проблеме психического здоровья и личности подростков с гомосексуальной ориентацией. Гомофобия, стигматизация и дискриминация являются ведущими факторами депрессивных состояний, стрессовых расстройств и суицидального поведения среди представителей сексуальных меньшинств. В данной работе подробно описаны проблемы, связанные с гомосексуальностью, в т.ч. в медицинском, социальном и психологическом аспектах. Представлены результаты исследования личностных детерминант депрессии, суицидальных намерений и субъективного благополучия у гомосексуальных подростков. С помощью математического моделирования показано влияние большой пятёрки черт личности, ранних дезадаптивных схем, самоэффективности, проактивности и диспозиционного оптимизма на уровень депрессии, суицидальный риск и психологическое благополучие подростков с проблемами сексуальной ориентации. Монография может представлять интерес для психологов, психиатров, психотерапевтов, студентов психологических факультетов.

Ключевые слова: гомосексуальность, бисексуальность, подростки, стигматизация, дискриминация, стрессовые расстройства, депрессия, субъективное благополучие, оптимизм, самоэффективность, проактивность, ранние дезадаптивные схемы.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 16-36-01050.

ISBN 978-5-9909097-2-4

© Ерзин А.И., Семёнова Т.С., 2016

© ООО Издательский дом «БИБЛИО-ГЛОБУС», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	7
Глава 1. Психическое здоровье лиц с гомосексуальной ориентацией.	11
§1. Гомосексуальность как медицинская и психологическая проблема.....	11
§2. Историческое развитие общественных представлений о гомосексуальности.....	19
§3. Подростковая гомосексуальность.....	33
§4. Стигматизация и дискриминация как основные факторы стрессовых расстройств у лиц с гомосексуальной ориентацией.....	38
§5. Психологические и медицинские последствия стигматизации.....	44
Глава 2. Личностные детерминанты стрессовых расстройств и депрессивных состояний.....	47
§1. Большая пятерка черт личности.....	47
§2. Ранние дезадаптивные схемы.....	50
Глава 3. Личностные детерминанты психологического благополучия.....	53
§1. Понятие психологического благополучия.....	53
§2. Оптимизм как фактор субъективного благополучия.....	57
§3. Самоэффективность.....	58
§4. Проактивность.....	59
Глава 4. Депрессия и риск суицидального поведения у подростков с гомосексуальной ориентацией.....	69
§1. Уровень депрессии.....	69
§2. Суицидальный риск.....	72

§3. Взаимосвязь депрессии и суицидальных намерений.....	75
§4. Влияние личностных факторов на выраженность депрессии и суицидального риска	78
Глава 5. Психологическое благополучие у подростков с гомосексуальной ориентацией.....	103
§1. Структура субъективного благополучия	103
§2. Влияние личностных факторов на психологическое благополучие	107
Заключение	112
Литература	118

**IN THE FIGHT AGAINST STIGMA.
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF HOMOSEXUAL ADOLESCENTS**

CONTENTS

Introduction	7
Chapter 1. Mental health of the persons with homosexual orientation	11
§1. Homosexuality as a medical and psychological problem.....	11
§2. Historical development of social ideas about homosexuality	19
§3. Adolescence homosexuality	33
§4. Stigmatization and discrimination as the main factors of stress disorders of the persons with homosexual orientation	38
§5. Psychological and medical consequences of stigmatization	44
Chapter 2. Personality determinants of stress disorders and depression.....	47
§1. The Big Five personality traits	47
§2. Early maladaptive schemes	50
Chapter 3. Personality determinants of psychological well-being	53
§1. The concept of psychological well-being.....	53
§2. Optimism as a factor of subjective well-being	57
§3. Self-efficacy	58
§4. Proactivity	59
Chapter 4. Depression and risk of suicidal behavior in adolescents with homosexual orientation	69
§1. Depression level	69
§2. Suicidal risk.....	72

§3. The relationship between depression and suicidal intents.....	75
§4. The influence of personality factors the intensity of depression and suicide risk	78
Chapter 5. Psychological well-being of adolescents with homosexual orientation	103
§1. The structure of subjective well-being	103
§2. The influence of personality factors on psychological well-being.	107
Conclusion	112
References	118

The monograph is devoted to the problem of mental health and personality of adolescents with a homosexual orientation. Homophobia, stigma and discrimination are major factors in depression, stress disorders and suicidal behavior among sexual minorities. This book describes the problems associated with homosexuality, including medical, social and psychological aspects. The results of the study the personality determinants of depression, suicidal ideation, and subjective well-being in homosexual adolescents are presented. By means of structural equation modeling we showed the effect of big five of personality traits, early maladaptive schemas, self-efficacy, proactivity and dispositional optimism in the level of depression, suicide risk and psychological well-being of homosexual adolescents. The book may be interesting to psychologists, psychiatrists, psychotherapists and students of psychological faculties.

Keywords: homosexuality, bisexuality, teenagers, stigmatization, discrimination, stress disorders, depression, subjective well-being, optimism, self-efficacy, proactiveness, Early maladaptive schemes.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема сексуальности занимает особое место в психологии и медицине. Привлекая пристальное внимание деятелей культуры и искусства, философов и политиков на протяжении большей части истории человеческой культуры, сексуальность стала объектом научного интереса лишь в конце XIX столетия. Гомосексуальность как проявление девиантного полового поведения на сегодняшний день является острой проблемой. Остроту этой проблеме придает не только криминализация и медиализация этого феномена в различных странах мира, несмотря на то, что большинство цивилизованных государств уже несколько десятилетий пытаются встать на путь всеобщей толерантности, принятия и понимания людей, которые в силу биологических (генетических, нейрофизиологических, биохимических) и ранних средовых факторов вынуждены находиться в меньшинстве. Острота этой проблемы чувствуется еще и благодаря активному использованию термина «гомосексуализм» на политической арене, на TV-экранах, в многочисленных интернет-блогах и социальных сетях. Порой кажется, что современное общество целиком поглощено размышлениями о секс-меньшинствах.

К сожалению, вместо того, чтобы глубоко вникать в научные аспекты гомосексуальности человека, некоторые представители общества спекулируют на обсуждении этого феномена. Вместе с тем многие серьезные проблемы гомосексуалов по-прежнему остаются далекими от решения. Различные аспекты здоровья выходят здесь на первый план. По разным статистическим данным, лица, которых можно отнести к ЛГБТ-сообществу, представляют собой внушительную группу риска. Риска не только по отношению к заболеваниям телесным, но и риска нарушения психического здоровья и психологического благополучия.

В силу определенных обстоятельств (и главным образом, гомофобии, травли, дискриминации) гомосексуальные лица повержены высокому риску возникновения стрессовых расстройств – психогенных депрессий, психосоматических заболеваний, тревожных расстройств. При этом суицидальное поведение среди секс-меньшинств является вершиной айсберга, которую, к сожалению, мало кто желает видеть. Очевидно, что самоубийство является для многих «криком души». И хотя в западных странах общественность (в первую очередь, клиницисты и психологи) приходит к пониманию, что гомосексуалы – это такие же граждане, которые должны иметь такие же права и обязанности, а следовательно, утрата этих граждан может вести к сокращению численности населения этих стран, – в России общество далеко от понимая того, что гомосексуалами во многих случаях не становятся, что это не произвольный выбор человека, что, как и любое «клеймение», социальная стигматизация накладывает серьезный отпечаток на психическое здоровье таких людей, блокируя их общественный потенциал и полноценное социальное функционирование.

По-иному обстоят дела, когда гомосексуализм используют в политических целях – для «запугивания», «развращения», «растления», «пропаганды» и т.д. В любом случае такие нечистоплотные в нравственном отношении люди приводят к росту градуса напряженности в современном обществе, а это, возможно, отвлекает людей от проблем куда более серьезных, чем обсуждение узаконивания гомосексуальных браков и гей-парадов.

Эта книга посвящена тем проблемам, с которыми сталкивается молодое поколение, которое отождествляет себя с ЛГБТ-сообществом. Вопросы, интересующие нас, разумеется, касаются прежде всего психологических аспектов функционирования человека. Но мы старались не обходить вниманием отдельные медицинские темы, связанные с проявлениями гомосексуального поведения. По-

этому, на наш взгляд, рассмотрение здоровья человека в как минимум трех плоскостях – в плоскости психологической, медицинской и этической – позволяет составить более полное представление об изучаемом нами феномене.

Несколько глав этой книги посвящены ретроспективному анализу трансформаций общественных представлений о гомосексуальности, а также вопросам стигматизации, дискриминации, гомофобии и криминализации гомосексуалов. Эти факторы рассматриваются здесь как важнейшие социальные детерминанты нарушений психологического благополучия ЛГБТ-подростков.

Сам подростковый возраст является фактором риска – риска девиантного поведения, в том числе алкоголизации и наркотизации, стрессовых расстройств, агрессии и суицидов. Хотя число гомосексуалов в общей популяции не отмечено статистически значимым ростом, среди детей и подростков нашей страны (как гетеро-, так и гомосексуалов) отмечается тревожная тенденция к росту самоубийств. Тем более, это проявляется в сексуальных меньшинствах, поскольку именно эти социальные группы повержены выраженному деструктивному влиянию стигматизации. Непонимание и неприятие со стороны родителей и других близких людей, откровенная травля со стороны сверстников, социальные предрассудки и стереотипы – все это формирует пласт основных факторов, приводящих к серьезным проблемам в сфере психического здоровья подростков-гомосексуалов. В сочетании с преморбидными личностными характеристиками, которые усиливают влияние средовых факторов, социальная стигматизация не просто блокирует самореализацию подростков – она уничтожает их будущее.

Вопреки средовым условиям, далеко не все представители ЛГБТ-сообщества подвержены риску суицидального поведения. Даже в отсутствии поддержки со стороны близких некоторые гомо- и бисексуалы успешно справляются со сложными задачами, которые

ставит перед ними жизнь. Эффективно преодолевая трудности, они выдерживают бескомпромиссное влияние гомофобии. Что же позволяет им выработать подобный «психологический иммунитет»?

В этой книге мы рассматриваем различные конструкты, которые пришли из позитивной психологии, получившей широкое распространение в мировой психологической науке. Оптимизм, проактивность, самооффективность и другие личностные детерминанты анализируются нами во взаимосвязи с уровнем депрессии, суицидальным риском и психологическим благополучием подростков с гомосексуальной ориентацией. Прогностическая ценность этих личностных феноменов наталкивает на мысль о необходимости использования их в разработке профилактических программ для тех, кто подвергается влиянию стигматизации.

В конце книги мы рассматриваем возможные перспективы такого внедрения и предлагаем ряд рекомендаций для родителей, педагогов и консультирующих психологов.

ГЛАВА 1. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ С ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ

§1. Гомосексуальность как медицинская и психологическая проблема

Диапазон проявлений сексуальности человека определяется сочетанным вкладом биологических и социальных факторов. На одном конце этого диапазона располагаются поведенческие паттерны, эмоциональные реакции, влечения, которые составляют ядро исключительной гетеросексуальности. На другом же конце зафиксированы проявления исключительной гомосексуальности. Между этими двумя полюсами – сложный спектр многочисленных промежуточных состояний.

В наиболее широком смысле под гомосексуальностью следует понимать одну из форм сексуальности человека, включающую в себя *три основных компонента*: 1) влечение (платоническое, эротическое, сексуальное) к лицам того же пола; 2) сексуальная идентичность (ощущение себя человеком с гомосексуальной ориентацией); 3) гомосексуальное поведение (в первую очередь, сексуальные практики, характерные для однополого коитуса). В более широком ключе гомосексуальное поведение включает манеры, жесты, позы, стиль одежды и др., что зачастую воспринимается как несомненное указание на сексуальную ориентацию человека, хотя такая обобщенная трактовка гомосексуальности иногда может быть ошибочной. Поэтому перечисленные элементы поведенческого стиля целесообразнее рассматривать как проявление фемининности у мужчин или маскулинности у женщин, что далеко не всегда бывает тождественно гомосексуальности.

Гомосексуализм как синонимичное гомосексуальности понятие длительное время использовался в русскоязычной литературе для обозначения феномена, описываемого с помощью данных дефини-

ций. В настоящее же время термин «гомосексуализм» в медицинской и психологической литературе используется все реже из-за его негативной окраски, связанной с восприятием гомосексуальных проявлений прежде всего как свидетельств психической патологии или аномалии развития. При этом более современное понятие «гомосексуальность» полностью не провозглашает гомосексуальную ориентацию и гомосексуальное поведение как исключительно нормальные явления, хотя и несколько демедикализует этот феномен.

В условиях глобализации и нередко агрессивного смешения многих современных культур трансформируются и поворачиваются глубокой перестройке социальные стереотипы, воззрения, идеалы, ценности и установки по отношению к тому, какие формы поведения можно считать нормальными, а какие – нет. С исключением гомосексуальности из перечня психических заболеваний (DSM-II в 1974 г., МКБ-10 в 1998 г.) взгляды на однополые отношения стали более свободными от устаревших моральных предрассудков. Вместе с тем вопрос о том, является ли гомосексуальность одним из вариантов нормы, остается открытым. Многие современные исследователи рассматривают гомосексуальность как девиацию, как отклонение от нормативных показателей, характерных для большинства людей. По статистике, от 1 до 4,9% населения хотя бы раз в жизни имели опыт однополых контактов (King et al., 1988; Statistics Canada; Melbye & Biggar, 1992; Agence Nationale de Recherches sur le Sida investigators, 1992; Johnson et al., 1992; Dawson & Hardy, 1990–1992). Однако наличие единичных гомосексуальных контактов вовсе не означает наличие гомосексуальной ориентации. Ряд исследователей предлагают различать ядерную гомосексуальность (Vetter, 2007) и гомосексуальность транзиторную (Delourmel, 2004; Kleponis & Fitzgibbons, 2011), ситуативную (Thompson & Morgan, 2008), ложную (Chasnoff, 2004). В первом случае у индивида хорошо выражены все три компонента гомосексуальности (влечение, идентичность, поведение). При этом детерминация данных компонентов зависит, в первую оче-

редь, от биологических факторов: половой дифференцировки мозга, гормонального фона и пр. Именно про этот тип гомосексуальности справедливо выражение «сексуальную ориентацию не выбирают». Однако ограничивающими факторами в данном случае могут выступать и социальные воздействия, способные в той или иной мере корректировать выраженность всех трех компонентов гомосексуальности.

Другой разновидностью гомосексуальности является «переходящая», «случайная», ситуативная, или псевдогомосексуальность, возникающая как обратимое явление в силу определенных средовых условий, не позволяющих вступать в гетеросексуальные контакты. К таким условиям можно отнести, к примеру, пребывание в пенитенциарных учреждениях, службу в армии, учебу в закрытых учебных заведениях (пансионатах для мальчиков). При исключении этой ситуативной переменной сексуальная ориентация вновь может вернуться к гетеронормативности.

Отношение к гомосексуальности общества и различных социальных институтов менялось с течением времени. В XX столетии коренной перелом в общественных установках произошел в 60–70-х гг. в связи с т.н. «сексуальной революцией». Западные страны, прежде всего США, стали относиться к этому феномену более терпимо. Толерантность к гомосексуалам в Америке среди клиницистов ознаменована, как было сказано выше, исключением гомосексуальности из разряда психической патологии. Вместе с тем в более консервативных государствах (например, Саудовская Аравия, Египет, Ливия, Иран и т.д.) проявления гомосексуальности не только считаются ненормальными, но и жестоко караются в соответствии с законодательством этих стран. Так в чем же заключаются основополагающие принципы, позволяющие отнести гомосексуальность к норме или отклонению? На момент написания этой книги можно утверждать лишь одно: современное общество пока еще не готово создать международные, универсальные для большинства существующих

культур критерии, по которым гомосексуальность можно приравнять к норме либо считать девиацией. Да и задача по формированию перечня таких критериев при культурном многообразии кажется практически недостижимой и даже утопичной.

На сегодняшний день можно лишь утверждать, что специфика человеческой гомосексуальности во многом определяется не только биологическими, но и социальными и психологическими детерминантами. Можно выделить как минимум три подхода к определению «рамки нормальности» сексуального поведения человека (Ерзин, 2013). Согласно первому подходу (позиция *индивидуальной, физиологической нормы*), гомосексуальность не является нормальным явлением, поскольку исключает половой акт, который потенциально может привести к зачатию. Однако и гетеросексуальные контакты в ряде случаев могут исключать возможность оплодотворения (например, при использовании контрацептивов, сексуальных игрушек, заместительных и суррогатных форм половых сношений). Согласно второму подходу (позиция *партнерской нормы*), гомосексуальность можно считать нормой, если она соответствует критериям зрелости, взаимного согласия, стремления к достижению обоюдного удовлетворения, отсутствия ущерба собственному здоровью и другим людям. При этом критерий различия пола в рамках этого подхода не позволяет считать гомосексуальность одним из вариантов нормы. И наконец, третий подход (позиция *правовой нормы*) нормативным считает поведение, не нарушающее требований закона, которые обычно заключаются в установлении возрастных цензов, добровольности отношений, а также недопустимости причинения ущерба правам и законным интересам партнёра в результате половых контактов. С этой позиции гомосексуальность можно считать нормальной, но только в тех государствах, законодательство которых не рассматривает ее как правонарушение / преступление.

Таким образом, с медицинской (физиологической) точки зрения гомосексуальность не является заболеванием, но и не представляет собой вариант нормы, т.к. не способствует репродукции. С юридической точки зрения гомосексуальность можно считать нормальной лишь в рамках соответствующего законодательства. Этические нормы можно до некоторой степени интегрировать с правовыми.

Психологический подход к рассмотрению феномена гомосексуальности является наиболее сложным, т.к. старается учитывать многочисленные аспекты: здоровье, межличностное взаимодействие, эмоциональное реагирование и субъективное благополучие, любовь, счастье и удовлетворенность жизнью.

Гомосексуальность можно исключить из разряда деструктивных, патологических явлений (не в статистическом смысле, а с позиции *оптимального функционирования личности*), если:

1. индивид своим поведением не причиняет вреда себе и здоровью окружающих (здесь следует учитывать рискованное половое поведение, способствующее заболеваемости и распространению угрожающих жизни инфекций и вирусов; употребление психоактивных веществ);
2. не испытывает эмоционального дискомфорта в связи со своей сексуальной ориентацией (высокий уровень самопринятия, отсутствие внутриличностного конфликта и дезадаптивных когнитивных схем);
3. гомосексуальность не является причиной разрушения социальных связей, отчуждения и социальной изоляции;
4. индивид обладает высоким уровнем субъективного благополучия и удовлетворенности жизнью.

Гомосексуальность носит *деструктивный характер* в тех случаях, если:

1. индивид наносит ущерб собственному здоровью или здоровью окружающих;
2. испытывает тягостные переживания в связи со своей гомосексуальностью (например, считает ее греховной, аморальной, испытывает чувство вины, стыда и т.д.);
3. разрушаются межличностные отношения (семья, дружба, брак);
4. наблюдаются низкие показатели психологического благополучия, удовлетворенности жизнью, суицидальные тенденции.

Следует отметить, что первый из выделенных нами критериев патологизации гомосексуальности включает в себя широкий круг проблем медицинского, правового и этического характера. В первую очередь на себя обращают внимание статистические данные, отражающие эпидемиологию венерических заболеваний, передающихся через однополый секс. Очевидно, незащищенный половой акт у гомосексуальных пар (впрочем, как и у гетеросексуалов) потенциально может привести к заражению венерическими инфекциями и вирусами (сифилис, ВИЧ, гепатит, гонококк, герпес и пр.). Известно, что первоначально СПИД был выявлен в среде гомосексуалов и обозначался как Gay Related Immunodeficiency Disease. В частности, мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами, и сегодня представляют эпидемиологическую группу высокого риска СПИДа. В таких государствах, как Нидерланды, Германия, Дания, гомосексуалы занимают ведущее место по новым случаям инфицирования ВИЧ.

Глобальная эпидемия ВИЧ среди гомо- и бисексуальных мужчин и женщин продолжает распространяться (Beyrer et al., 2012). Некоторые авторы (Neville, Adams, 2016) полагают, что одним из факторов в этом процессе является криминализация гомосексуализма в ряде стран (Human Dignity Trust & Commonwealth Lawyers Association, 2015). Во всем мире темпы распространения ВИЧ-инфекции значительно выше среди геев и бисексуалов, чем в других

группах населения (Altman et al., 2012). Основными причинами заражения по-прежнему остаются незащищенный анальный секс, промискуитет и употребление инъекционных наркотиков (Baral et al., 2013).

Кроме венерических заболеваний, у гомосексуалов высок риск развития онкологической патологии. Frisch и соавт. (2003) показали, что для ВИЧ-инфицированных гомосексуальных мужчин крайне высоким является риск саркомы Капоши, лимфогранулематоза и рака прямой кишки. У женщин высок риск развития рака шейки матки, в частности, риск существенно повышается у женщин, имеющих многочисленных партнеров.

Еще одним негативным последствием пренебрежения гигиены здоровья при гомосексуальности может являться злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами. По данным Wilkerson и соавт. (2015), самыми распространенными наркотическими веществами, которые употребляют гомосексуалы, являются метамфетамин (93,70%), гамма-оксимасляная кислота (41,55%), флунитразепам (40,49%) и кокаин (35,56%). Авторы этого исследования подчеркивают, что среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, те, кто использует метамфетамин и инъекционные наркотики, подвергаются более высокому риску заражения ВИЧ (Denning & Little, 2012).

Hughes, Wilsnack и Kantor (2016) отмечают, что злоупотребление алкоголем достоверно выше у представителей секс-меньшинств, чем у гетеросексуалов. McCabe и коллеги (2009) проанализировали результаты Национального эпидемиологического обследования по проблемам алкоголизма и связанным с ним состояний среди населения США и пришли к выводу, что женщины, отнесшие себя к секс-меньшинству на основе всех трех компонентов гомосексуальности (влечение, идентичность и поведение), имели в 3 раза более продолжительные расстройства, связанные с употреблением алкоголя, чем гетеросексуальные женщины. Drabble и соавт. (2005) установили,

что пьющие лесбиянки и бисексуальные женщины примерно в 7 раз чаще, чем гетеросексуальные женщины, соответствуют диагностическим критериям DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) для постановки диагноза алкогольной зависимости. На основе мета-анализа 25 исследований, проведенных в 8 странах Европы, Северной Америки, Австралии и Новой Зеландии, King с соавт. (2008) пришли к выводу, что риск алкогольной зависимости примерно в 1,5 раза выше среди мужчин-гомосексуалистов, лесбиянок и бисексуальных мужчин и женщин, чем среди гетеросексуалов обоих полов. Лесбиянки и бисексуалы в 11 и 8 раз соответственно чаще сообщали о негативных социальных последствиях, связанных с алкоголизацией по сравнению с гетеросексуальными женщинами.

Наконец, наиболее опасными деструктивными проявлениями, которые могут быть связаны с гомосексуальностью, являются агрессия и насилие, совершаемые гомосексуалами. Здесь идет речь о самых крайних формах насилия – изнасиловании и убийстве. Вместе с тем мы не располагаем достаточными достоверными данными об агрессии на бытовой почве, агрессии, связанной с ЛГБТ-движением, и прочих формах деструктивного поведения, реализуемого гомосексуалами.

Считается, что около 43% серийных убийц были гомосексуалами или бисексуалами (<http://www.adherents.com/misc/hsk.html>). Однако общее число известных серийных убийц не столь велико, чтобы считать эту долю статистически значимой. Кроме того, следует отметить, что большинство гомосексуальных серийных убийц никогда не были активистами ЛГБТ-движения. Как правило, гомосексуальные серийные убийцы чаще всего выбирают в качестве жертвы молодых мальчиков или мужчин, хотя иногда жертвами могут становиться и женщины. Большинство убийц совершали сексуальные действия со своими жертвами до либо после того, как лишали их жизни, но в ряде случаев однополые контакты совершались и по обоюдному согласию. При этом сексуальные практики серийных

убийц в большинстве случаев сильно отличались от среднестатистической нормы, что позволяет квалифицировать такие действия как ярко выраженные девиации, парафилии, половые извращения. Следует подчеркнуть, что насильственные сексуальные девиации совершаются так же и маньяками-гетеросексуалами.

Приведем примеры наиболее известных серийных убийц-мужчин, которые были гомо- и бисексуалами: Джеффри Даммер, Андрей Чикатило, Джон Уэйн Гэйси, Альберт Фиш, Фриц Хаарманн и мн. др.

Хотя по статистике большинство серийных убийц были мужчинами, некоторые женщины-лесбиянки также совершали жестокие насильственные действия со своими жертвами. К примеру: Магдалена Солис, Эйлин Уорнос, Гвендолин Грэм, Кэти Вуд и др.

§2. Историческое развитие общественных представлений о гомосексуальности

Многие дошедшие до нас письменные свидетельства подтверждают, что гомосексуальные отношения были распространены в человеческих сообществах всегда. По мнению известного американского антрополога М. Мид, любые проявления сексуальности, которые в настоящее время не считаются конвенциональными и статистически распространенными, в первобытном обществе не запрещались, но и не относились к норме (Мид, 1988). Аутоэротизм и гомосексуализм были весьма распространены среди первобытных племен. В африканских племенах мастурбация и гомосексуальный коитус были частью обрядов инициации – посвящения подростков в мужчины (Evans-Pritchard, 1965). Довольно распространенными также были и орально-генитальные сексуальные практики между лицами одного пола (чаще – мужчинами). Кроме того, есть предположение (Bluecher, 1919) о существовании в первобытных обществах закрытых гомосексуальных общин. В общем, можно утверждать, что

в первобытно-общинном строе гомосексуальное поведение являлось результатом примитивных представлений и мифологической картины мира древних людей.

В более поздних культурах гомосексуальность обрела и более сложную социальную детерминацию. Отношение к ней в различных странах было неодинаковым. В египетской Книге Мертвых гомосексуальность считалась одним из грехов, в совершении которых древний египтянин должен был оправдываться перед судом богов (Уоллес Бадж, 2003). Вместе с тем существует гипотеза о том, что древнеегипетские высокопоставленные вельможи Хнумхотеп и Нианххнум были одной из первых гомосексуальных пар Египта (Dowson).

Согласно средневековым зороастрийским текстам, в Древнем Иране гомосексуальность считалась смертным грехом (Суждения духа Разума, 1997). Однако Геродот упоминал, что иранцы предавались различным наслаждениям, в том числе вступая в гомосексуальные контакты с мальчиками и юношами. Считается, что в Персии гомосексуализм и гомоэротизм проявлялись в многочисленных общественных местах: от монастырей и семинарий до военных лагерей, бань и кофеен. Вероятно, широко распространена была мужская проституция. Мужчины-проститутки были юридически признаны и даже платили налоги. В творчестве персидских поэтов Саади, Хафиза Ширази и Джами можно встретить намеки на гомоэротизм.

В Иудее гомосексуальные отношения также встречались, однако многие религиозные тексты тех лет, дошедшие до нас, указывают на то, что «мужеложство» уже тогда считалось серьезным проступком.

Санкции, направленные против гомосексуалов, существовали и в Древней Индии. Контакты между мужчинами наказывались штрафом либо изгнанием из касты (Дхармашастра Яджнавалкьи). Лесбийские отношения также сурово наказывались: для девушки, которая вступала в половые отношения с другой девушкой, был установ-

лен штраф; если зрелая женщина растлила девушку, предусматривалось сбривание волос с головы.

В Древнем Китае гомосексуальные отношения были распространены среди высокопоставленных чинов и даже императоров (Ван Гулик, 2004). В некоторых китайских провинциях даже были ритуализованы однополые браки между мужчинами (Hinsch, 1990). Согласно Hinsch, гомосексуализм рассматривался как нормальный аспект жизнедеятельности в Китае вплоть до начала активного влияния западной цивилизации в 1840-х годах. Политическая идеология, философия и религиозные движения Древнего Китая рассматривали гомосексуальные отношения как нормальные, а в некоторых случаях даже идеализировали их (Kang, 1900–1950). Конфуцианство, будучи в первую очередь социальной и политической идеологией, уделяло мало внимания различным аспектам сексуальности человека. Тем не менее конфуцианство подчеркивало мужскую дружбу. Louis Crompton в книге «Гомосексуальность и цивилизация» утверждает, что тесная связь мастера и ученика могла быть окрашена гомоэротической близостью. Даосизм рассматривал гомосексуальный половой акт как «нейтральный», поскольку считалось, что он не несет никакого вреда, но и не оказывает благотворного влияния на жизнь человека (Crompton, 2005).

Как пишут Foster и Tripp (2015), в некоторых восточных культурах (Япония, Корея) шаманы и другие духовные лидеры часто принимали участие в гомосексуальных связях (Furnham & Saito, 2009). Корейские и японские воины, которые почитались в обществе, также нередко вступали в однополые отношения (Kim & Hahn, 2006). В Японии гомосексуализм был не только встречен терпимостью, но воспевался в самурайских школах, монастырях и театрах (Furnham & Saito, 2009). Некоторые восточные культуры рассматривали гомосексуальность в качестве способа обучения молодых муж-

чин честности, добродетели и умению ценить красоту (Furnham & Saito, 2009).

Известно отношение жителей Древней Греции к сексуальности человека. Сексуальные взаимоотношения рассматривались не с позиции симметрии «гомосексуальность – гетеросексуальность», а с позиции противопоставления мужского (активного) и женского (пассивного) начал. При этом активное начало имели взрослые мужчины, а пассивным могли обладать как женщины, так и юноши. Гомосексуальные связи в некоторых районах (Спарта, Фивы) институализировались: подростки нередко имели «поклонников», которые были обязаны отвечать за их воспитание и могли наказываться за провинности своих «подопечных» (Verstraete & Provencal, 2006). В то же время пассивная, «женская» роль в сексуальном контакте считалась постыдной и недостойной свободного гражданина. В Афинах даже существовал закон, который лишал многих гражданских и политических прав того, кто участвовал в пассивной роли в половом акте. Однако это не запрещалось рабам и проституткам.

В период VIII–VI века до н. э. на Крите было узаконено сожителство между мужчинами. Как считал Аристотель, эта мера была введена с целью контроля над рождаемостью. Также известно, что греческие атлеты во время Олимпиады состязались обнажёнными. По всей видимости, это было одной из причин распространения любви к юношам, в том числе и среди мужчин. В этот период красота юношей также и активно воспевалась в поэтических произведениях (Алкман, Стесихор, Алкей, Сапфо, Симонид, Анакреонт и др.).

В классический период (V–IV века до н. э.) в трудах греческих философов сохранились многочисленные упоминания о распространённости однополрой любви. Греки четко разделяли такую любовь на «добродетельную», «нравственную», «благородную», с одной стороны, и «гнусную», «распутную», с другой (Ксенофонт). В первом случае подразумевается бескорыстное сожителство, основанное на

искренних и взаимных чувствах. Во втором случае имеется в виду использование своего тела в корыстных целях (проституция). Древнегреческий государственный деятель, оратор Эсхин по этому поводу говорил: «Бескорыстно делить с кем-нибудь его любовь – это прекрасно, а соглашаться за плату заниматься проституцией – это позор» (Эсхин).

Известно, даже великие правители, например, Александр Македонский, имели любовников-юношей (Курций Руф). В свою очередь, иногда любовные пары, состоящие из мужчин, устраивали заговоры против государя (Арриан).

В трудах поэтов и драматургов классического периода также имелись многочисленные фрагменты, отражающие отношение авторов к гомосексуальности (Пиндар, Эсхил, Софокл, Аристофан и др.).

В эллинистический период (III–I века до н. э.) и римский период (I–III века н. э.) гомосексуальные отношения были по-прежнему распространены в Греции. Однако с приходом христианства подверглись серьезному пересмотру многие воззрения на взаимоотношения людей, в том числе и на однополую любовь. Языческие традиции отвергались, и, соответственно, гомосексуализм стал считаться позорным и даже греховным явлением. Хотя в некоторых неортодоксальных ответвлениях христианства (каиниты, карпократиане) все же считалось нормальным «испробовать при жизни разные формы удовольствия» (Ириней).

В ранневизантийский период (IV–VI века) гомосексуальные связи встречались не менее часто, однако на законодательном уровне, в том числе по инициативе некоторых правителей и богословов (Константин I, Василий Кесарийский, Юстиниан I), постепенно начинаются преследования гомосексуалов. В частности, император Юстиниан I учредил должность квестора (следователя), в обязанности которого входило «постоянно наказывать тех, кто занимается мужеложством» (Прокопий).

Как и в Древней Греции, в Древнем Риме половые отношения между людьми рассматривались с точки зрения противопоставления «мужского» и «женского» начал. Такая «биполярность» провозглашала авторитет мужественности и, в свою очередь, позволяла довольно презрительно относиться к пассивной, подчиняющейся роли (Cantarella, 1992). В качестве половых партнёров, принимающих такую роль, могли выступать рабы и проститутки. Этичность сексуального поведения гражданина Древнего Рима зависела от социального статуса его партнёра. Биологический пол не был столь важным фактором приемлемости выбора полового партнёра. Например, считалось безнравственным и позорным иметь сексуальные связи с женой другого свободного гражданина, с его совершеннолетней дочерью или несовершеннолетним сыном. При этом использование раба другого человека в сексуальных целях происходило только с разрешения владельца.

В Риме мужчина или юноша, который обладал пассивной ролью в половом акте, обозначался разными латинскими терминами: *cinaedus*, *pathicus*, *exoletus*, *concupinus* (мужчина-наложник), *spintria* («аналист»), *puer* («мальчик»), *Pullus* («цыпленок»), *mollis* («мягкий») и пр. (Richlin).

Известно, что в римских войсках гомосексуальность была весьма распространенным явлением. Правитель Октавиан Август запрещал солдатам вступать в брак. Однако для солдат были доступны различные формы полового удовлетворения: секс с проститутками обоих полов, с рабами, изнасилование пленных (Phang, p. 3). Однополые контакты между сослуживцами при этом нарушали армейскую дисциплину и, согласно римским законам, сурово карались.

Описания женской гомосексуальности у древних римлян достаточно редки. Женщин, которые предпочитали половой акт с другой женщиной, называли греческими словами *hetairistria*, *tribas* и *Lesbia* или латинскими словами *tribas*, *fricatix* и *virago* (Brooten, p. 4). Упо-

минания об однополых отношениях между женщинами как «лесбиянство» можно обнаружить в работах писателя Лукиана (II век н. э.).

В позднем Средневековье и начале Нового Времени отношение западного общества к гомосексуальности стало более негативным. Во времена освоения пуританами Новой Англии, как пишет Brad Crandell (1997), само слово «гомосексуализм» наводило «ужас на добродетельных, богобоязненных людей». Для того чтобы сохранить святость пуританской культуры и «гарантировать, чтобы Новый Иерусалим не превратится в Новый Содом», пуритане рассматривали гомосексуальность как тяжелое преступление, которое должно было караться смертной казнью (Crandell, 1997). Такое суровое наказание также применялось и к другим преступлениям на сексуальной почве, таким как изнасилование и супружеская измена. При этом гомосексуализм считался более отвратительным, чем эти проступки, «самым отвратительным противоестественным грехом» (Hibler, 1970). Crandell (1997) уточняет, что хотя наказание было суровым, на практике оно редко применялось. Ученый полагает, что пуританское отвращение к гомосексуальности никогда не исходило из внутренних установок членов общества того времени, а, скорее, навязывалось церковью.

На протяжении XVII века отношение к однополым контактам никогда не было нейтральным или положительным. Ни в одной пуританской проповеди невозможно обнаружить указания на то, что обществу необходимо принимать и поддерживать гомосексуалов. Поскольку в Новой Англии церковь не была отделена от государства, многие принятые законы основывались на религиозных текстах. Большинство законов строго придерживалось библейских формулировок, поэтому именно гомосексуализм должен был подвергнуться самому суровому наказанию. Однополые отношения между мужчинами предусматривали смертную казнь. Исключение составляли гомосексуальные контакты между мальчиками в возрасте

до 14 лет, а также между женщинами (Crandell, 1997). Хотя пуританские законы требовали смертной казни в качестве наказания за взрослые гомосексуальные отношения, многие судьи в большинстве случаев выносили более легкий приговор. Однако сохранилось письменное свидетельство сурового наказания. Уильям Плен был казнен в Нью-Хейвене в 1646 за «аморальные практики». Он был обвинен в соращении молодежи посредством мастурбации, которую он совершал, провоцируя других. Oaks (1978) пишет по этому поводу, что, вероятнее всего, Плен придерживался атеистических взглядов, которые он свободно выражал, что и способствовало вынесению такого сурового приговора.

Bullough (1977) пишет, что до начала XX века установки по отношению к гомосексуальности в западных культурах характеризовались «застойностью», что длилось почти 2000 лет. Негативное отношение к гомосексуализму в основном основывалось на ранних христианских текстах (Foster & Tripp, 2015). В конце XIX и начале XX веков такое традиционное отношение к гомосексуальности было поддержано научными исследованиями в области медицины (Bullough, 1977). Большинство врачей и ученых в этот период квалифицировали гомосексуальность как болезнь, которую необходимо «лечить» (Bullough, 1977). Общественный интерес к феномену гомосексуальности и убежденность в необходимости терапии гомосексуалов ориентировали психиатров того времени на поддержание мер по «лечению» девиаций сексуального поведения (Bullough, 1977). Многие члены общества готовы были платить деньги за «лечение» членов их семьи. Foster и Tripp (2015) по этому поводу пишут, что вера общественности в эффективность лечения гомосексуализма помогла процветать клиницистам того времени.

Хотя медицинская модель в большинстве случаев не предусматривала уголовную ответственность за гомосексуализм, важно отметить, что большая часть научного знания в это время была ос-

нована на недостоверной информации. Многие врачи в течение этого периода считали, что сексуальные отклонения, в том числе и гомосексуализм, являлись прямым следствием мастурбации или иного сексуального поведения, которое не преследовало целью продолжения рода (Bullough, 1977).

Havelock Ellis и Magnus Hirschfeld, принявшие многие идеи Фрейда, стали использовать культурный релятивизм к изучению вопросов сексуальности (Bullough, 1977). Ellis считал, что вариативность сексуального поведения является естественной, а не патологической. Ученый начал апеллировать к терпимости, поскольку полагал, что сексуальные отклонения в большинстве своем безвредны (Foster & Tripp, 2015). Hirschfeld также выступал за изменения общественного отношения к гомосексуальности; он был одним из первых исследователей, который настаивал на различии между трансвестизмом и гомосексуализмом. Foster и Tripp (2015) пишут, что хотя Ellis, Hirschfeld и другие ученые того времени призывали к изменению отношения к гомосексуализму, фактически этой цели они не достигли.

В действительности культурные установки не менялись до тех пор, пока сообщество гомосексуалов не стало организовано оказывать давление на медицинские и политические структуры. Хотя сексуальная революция в 1960–1970-х гг. способствовала расширению общественных представлений о сексуальности и формированию более терпимого отношения к гомосексуалам, все же вторую половину XX века нельзя назвать эпохой абсолютной сексуальной свободы.

В США трансформации социальных установок к вопросам гомосексуальности были и остаются весьма противоречивым явлением. Во времена Холодной войны, а именно в 1950-е годы, гомосексуалы наряду с коммунистами подлежали устранению из государственных органов и общественных организаций (D'Emilio, 1998). Д. Джонсон пишет, что гомосексуалы и коммунисты рассматрива-

лись в то время как схожие подпольные субкультуры со своими собственными местами явки, литературой и культурными нормами.

Известно, что каждый штат США имеет собственные законы, предоставляющие членам секс-меньшинств различные права, начиная от законов, запрещающих дискриминацию по признаку сексуальной ориентации, и заканчивая правом однополых пар на заключение брака и усыновление детей. В 1996 г. вышел Закон о защите брака, определивший брачный союз как юридически оформленный союз между мужчиной и женщиной. В соответствии с этим законом однополые браки автоматически становились запрещенными. Однако в 2004 г. во многих штатах мэры отдельных городов начали самовольно заключать однополые браки, объясняя это тем, что нигде не прописано прямого запрета на это. Первые однополые брачные союзы были зарегистрированы в штатах Калифорния и Массачусетс. В настоящее время однополые браки легализованы в 35 штатах из 50.

В Западной Европе отношение к гомосексуальным связям было более лояльным, чем в Северной Америке того периода. Известно, что во Франции во времена Великой Французской революции из уголовного кодекса были исключены любые упоминания о гомосексуализме. Благодаря этим поправкам Франция стала первой страной в Европе, где секс-меньшинства могли свободно жить без боязни наказания. Тем не менее, несмотря на законодательное санкционирование гомосексуальности, отношение широких слоев общества к ней было не столь позитивным. Представителям сексуальных меньшинств приходилось утаивать сведения о своей сексуальной ориентации, т.к. в европейском обществе на протяжении нескольких веков это считалось отклонением.

В Пруссии (1701–1918 гг.) гомосексуализм всегда был под жёстким запретом. В 1940-е гг. в оккупированной немцами Франции возраст согласия для однополых сексуальных отношений был повышен до 21 года. В некоторых странах Европы в годы Второй ми-

ровой войны (в особенности, в Германии и Испании) власть диктаторов носила откровенный гомофобный характер. Однако в те же годы в ряде других стран (Польше, Дании, Исландии, Швейцарии, Швеции) была отменена травля гомосексуальных отношений. В 1969 г. начинается движение геев и лесбиянок за свои права.

В 1979 г. Швеция под давлением гомосексуальных активистов первой в мире исключила гомосексуальность из списка заболеваний. В 1989 г. в Дании раньше всех были узаконены однополые союзы. Однополые браки были впервые введены в Нидерландах (2001), Бельгии (2003), Испании (2005), Норвегии и Швеции (2009), Португалии и Исландии (2010). Интересно, что в 2009 г. шведская церковь дала благословение однополым бракам. В 2010 г. в Исландии в однополый брак впервые в истории официально вступила премьер-министр Йоханна Сигурдардоттир.

В современной истории Китая отношение к гомосексуальности стало носить более негативный характер, чем во времена древности. В 1980 г., как и в США, был принят Закон о браке, согласно которому легальным можно было считать только союз между мужчиной и женщиной. Несмотря на наличие документированной в истории толерантности к гомоэротизму, о чем было сказано выше, гомосексуализм был скрывается во времена правления Мао, поскольку квир-идентичность патологизировалась и криминализировалась в китайском обществе.

В Японии гомосексуальность была легализована в 1880 г. Однако в 2000 г. сексуальная ориентация перестала быть защищена национальными законами о гражданских правах, следовательно, гомосексуалы и бисексуалы в Японии лишились правовой защиты в тех случаях, когда они вынуждены сталкиваться с дискриминацией в таких сферах, как работа, образование, жилье, здравоохранение (Jun Hongo, 2000). Тем не менее случаи дискриминации по признаку сексуальной ориентации остаются относительно редкими в Японии.

В Южной Корее гомосексуалы и бисексуалы сталкиваются с юридическими проблемами и дискриминацией, которым не подвержено остальное население страны. Мужская и женская однополая сексуальная активность является законной в Южной Корее, но однополые пары не имеют юридических прав, доступных для гетеросексуалов.

Общая осведомленность о гомосексуальности в Южной Корее оставалась до недавнего времени на низком уровне. Несмотря на освещение проблемы гомосексуальности в средствах массовой информации, многие южнокорейские гомосексуалы вынуждены скрывать свою ориентацию.

В Северной Корее гомосексуализм юридически не является незаконным, однако правительство не признает права ЛГБТ. КНДР отвергает многие черты, свойственные гей-культуре, существующей на Западе, воспринимая ее как гедонизм и распущенность (Simonsen, LaBouyer, 2005).

Уголовный кодекс в этой стране не запрещает добровольные гомосексуальные акты. Минимальный возраст согласия на вступление в сексуальные связи 16 лет, но это касается прежде всего гетеросексуальных контактов. Фактически негласный запрет на гомосексуальность может исходить от расплывчатых законов, которые запрещают любые действия, которые противоречат «социалистическому образу жизни».

По мнению Корейской ассоциации дружбы (KFA), так как КНДР является государством, которое поддерживает науку, она признает, что многие люди, рожденные с генетическими предпосылками к гомосексуальному поведению, имеют право на отношение общества к ним с должным уважением. Гомосексуалы в КНДР никогда не подвергались репрессии. Тем не менее правительство Северной Кореи не приняло никаких мер по борьбе с дискриминацией на почве сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

На текущий момент (2016 г.) отношение к гомосексуальности и ЛГБТ-сообществу в различных культурах остается неоднозначным. В развитых странах, несмотря на широкое освещение проблемы гомосексуализма в масс-медиа и принятые законы о признании прав гомосексуалов, им все же приходится сталкиваться с множеством трудностей из-за социальной дискриминации и гомофобии. В странах, в которых за однополые связи предусматривается наказание, травля гомосексуалов, вероятно, не столь выражена ввиду того, что лица с квир-идентичностью попросту вынуждены скрывать свою истинную сексуальную ориентацию.

В качестве иллюстрации межкультурных различий в отношении к феномену гомосексуальности можно привести данные, представленных в работе А. Foster и В. Tripp из Университета Уинтропа (Южная Каролина, США). Согласно результатам исследования 2009 года, опубликованным в *Journal of Homosexuality*, азиатские студенты чаще показывают более высокие баллы по гомофобии, чем студенты-европейцы или американцы (Furnham & Saito, 2009). Студенты из восточных стран также чаще, чем белые, поддерживают мнение, что их университеты были бы лучше, если бы в них учились только гетеросексуалы. Азиатские студенты чаще убеждены в эффективности «лечения» гомосексуализма. Довольно часто азиатские студенты полагают, что гомосексуальность является аномалией или признаком ущербности (Furnham & Saito, 2009).

Снижение толерантности к гомосексуализму в восточных культурах совпадает с вестернизацией. Гомосексуальность в восточных культурах теперь нередко рассматривается как ненадлежащее поведение, характерное для неразвитых обществ (Furnham & Saito, 2009). Поскольку многие восточные культуры являются коллективистскими, в них люди менее склонны открыто заниматься какой-либо деятельностью, в том числе и сексуальной активностью, которая могла бы плохо отразиться на репутации семьи (Kim и Hahn, 2006). В итоге

гомосексуалы, живущие в этих культурах, более вероятно будут скрывать свою сексуальную ориентацию из-за боязни, что их «заклеймят позором» (Furnham & Saito, 2009).

Гомосексуальность является незаконной в большинстве современных африканских стран (Adamczyk & Cassady, 2009). Многие африканские аборигены рассматривают гомосексуализм как распутство, навязанное их культуре европейскими колонизаторами (Pincheon, 2000). Однако, несмотря на то, гомосексуальность является незаконной во многих африканских странах; в некоторых, например, в Зимбабве, происходит ничтожное число преступлений на почве ненависти, совершенных против гомосексуалов (по сравнению с западными странами). Часть зимбабвийцев демонстрирует очевидную неспособность понять или принять гомосексуальность, что часто обусловлено большой ценностью деторождения в их культуре (гомосексуальные контакты не производят потомство, поэтому многие полагают, что они бессмысленны) (Epprecht, 1998). Из-за давления со стороны старейшин и экономических факторов большие африканские семьи до сих пор вынуждают многих гомосексуалов вступать в брак с лицами противоположного пола и заводить детей. Стоит отметить, что в Африке прослеживается четкая связь между уровнем образования и принятием гомосексуализма (Mwaba, 2009).

Небольшое число исследований попыталось пролить свет на вопрос о влиянии расовой принадлежности на отношение к гомосексуальности и показало весьма противоречивые результаты. Некоторые авторы обнаружили, что не существует достоверных различий между белыми и черными, когда речь идет об отношении к гомосексуалам (Jenkins, Lambert & Baker, 2009). Не хватает эмпирических доказательств того, что чернокожие люди являются более гомофобными, чем население в целом. Некоторые ученые даже предполагают, что европеоиды (особенно белые мужчины), вероятнее всего, более гомофобны, чем любая другая группа (Jenkins, 2009). Некоторые полагают, что чер-

нокожие демонстрируют более выраженную гомофобию из-за важности церкви в их общине, но в действительности религия является более надежным предиктором гомофобии у белых, чем у чернокожих (Jenkins, 2009). Некоторые исследования показали, что образование, религия, возраст и пол оказывают более слабое воздействие на отношение чернокожих к гомосексуальности, чем это наблюдается у европеоидов (Lewis, 2003).

Э. Адамчик и К. Питт (2009) обнаружили, что более развитые страны, как правило, более терпимы к гомосексуальности, чем менее развитые страны. Религия, кажется, играет существенную роль в формировании и закреплении социальных норм в более развитых культурах. Особенно четко это влияние прослеживается в индивидуалистических обществах, таких как США.

Похоже, в большинстве современных культур серьезные сдвиги в отношении к гомосексуальности происходят на стыке поколений, а не в рамках одного поколения (Adamczyk & Cassady, 2009). Это позволяет определенным политическим структурам скрыто манипулировать общественным сознанием, более мягко изменяя установки подрастающего поколения. Это может происходить, к примеру, в целях контроля рождаемости и потребления ресурсов планеты. Вполне возможно, через несколько десятилетий гомосексуальность будет принята как вариант нормы в большинстве культур. Также не менее вероятно, что спустя несколько столетий человечество вновь вернется к гетеронормативности, т.е. можно предположить, что изменение отношения к феномену гомосексуальности в историческом ракурсе носит циклический характер.

§3. Подростковая гомосексуальность

Исследования гомосексуальности подростков сталкиваются с рядом методологических трудностей. Во-первых, соотношение гетеросексуалов и гомосексуалов может серьезно варьироваться в раз-

ных культурах и обществах. Во-вторых, в тех странах, в которых отношение к гомосексуальности является неоднозначным или даже выражено негативно, принято скрывать гомосексуальную ориентацию, дабы не подвергнуться определенным санкциям. К тому же серьезным поводом скрывать гомосексуальность у подростков может быть страх перед неодобрением, порицанием или отвержением родителей / сверстников. В-третьих, исследования, построенные на основе самоотчетов подростков, могут представлять не всегда достоверные данные.

Поскольку подростковая гомосексуальная идентичность зачастую является неустойчивой, сложно сказать, какая доля из тех, кто воспринимал себя в отрочестве в качестве гомосексуала / бисексуала, во взрослой жизни неизменно будет демонстрировать признаки гомосексуальности. Большинство подростков, склонных к гомосексуальному поведению, во взрослой жизни становятся гетеросексуальными (Кон, 2001). К тому же, как пишет Ветерок Е.В. (2010), не все подростки-гомосексуалы активно проявляют свою гомосексуальность. Приблизительно 9% мальчиков и 6% девочек идентифицируют себя в качестве гомосексуалов до того, как начинают вступать в гомосексуальные контакты. У девушек, к примеру, средний возраст понимания своего гомоэротизма составляет 15 лет, а средний возраст первого гомосексуального контакта – 17 лет (Ветерок, 2010).

Проблема формирования подростковой гомосексуальности корнями уходит к психоаналитическим традициям. Фрейд полагал, что каждый подросток закономерно проходит «период гомосексуальности», который, однако, часто выражается не в реальных сексуальных контактах, а, например, в предпочтении общества сверстников того же пола (Хьелл, Зиглер, 2013). Преходящие латентные гомосексуальные тенденции могут также быть представлены в склонности к идеализации некоторых фигур того же пола, что и подросток (учителя, теле-кумира и т.д.).

Гомосексуальность у взрослых людей Фрейд объяснял психозащитными механизмами – регрессией и фиксацией на более ранних этапах психосексуального развития (Фрейд, 1990). Непомнящий А.Л. (2013) уточняет, что с позиции Фрейда существуют следующие возможности для развития гомосексуальности:

1) При сильной привязанности ребенка к матери в подростковом возрасте происходят трансформации, приводящие к идентификации с матерью. В результате гомосексуал пытается искать молодых партнеров, которых он будет любить, как его любила мать.

2) Один из вариантов разрешения Эдипова комплекса. Из-за страха кастрации ребенок перестает ревновать мать к отцу. Отказ от женщины есть отказ от соревнования с отцом, отказ от конфликта с ним. В этом случае у подростка и затем – взрослого формируется пассивное поведение, характеризующееся признаками женственности, поиском авторитетной мужской фигуры обычно более старшего возраста.

3) Чувства ревности матери к старшим братьям и сестрам, из-за чего впоследствии соперники отождествляются с сиблингами, питающими чувство ненависти. Однако позже это чувство вытесняется, и соперники становятся объектами гомосексуальной любви.

В отчете Канадского Педиатрического Общества и Американской Педиатрической Академии (1993) отмечается, что гомосексуальная ориентация не должна служить поводом для постановки диагноза. Для исследования гомосексуальности клиницистам и психологам важно создать среду, в которой подросток сможет обсуждать любые вопросы, связанные со сферой сексуальности, сможет определить, считает ли он себя гомосексуалом, обнаружить, что его привлекают люди того же пола, а также раскрыть информацию, имел ли он сексуальный опыт с кем-то того же пола (American Academy of Pediatrics, 1993).

В указанном документе подчеркивается, что исследования, которые пытаются определить процент подростков, которые не являются гетеросексуальными, часто ограничены вопросами, содержащимися в анкетах. Подростки, которые в конечном счете идентифицируют себя с геями, лесбиянками или бисексуалами, не всегда совершают гомосексуальные контакты в подростковом возрасте. Например, в ходе исследования в Канаде выяснилось, что из 1,5% всех мальчиков, которые обозначили себя как бисексуалы или гомосексуалы, только 3,5% сексуально активных подростков ответили, что имели половые контакты с лицами того же пола за прошедший год (Saewyc et al., 2003). Из 3% девочек, самоопределившихся как лесбиянки, лишь 6,4% сообщили, что занимались сексом с представителями того же пола (Saewyc et al., 2003).

В США статистика схожа: 1,1% подростков считают себя гомосексуалами или бисексуалами, однако из них только 4,5% заявляют, что их сексуальное влечение было реализовано физически (Remafedi et al., 1992).

Процесс публичного раскрытия своей гомосексуальной идентичности часто обозначается как «каминг-аут» (*coming out*). Он может начаться с гомосексуальных фантазий, с осознания того, что влечет к людям того же пола, с чувства, что отличаешься от сверстников или даже с сексуального опыта. Подросток может испытывать смущение из-за своей половой идентичности. Это смущение часто вызвано стигматизацией гомосексуальности, ограниченными знаниями, отсутствием ролевых моделей и минимальных возможностей для общения с другими молодыми людьми, которые испытывают подобные чувства. Подросток сильно затрудняется признать свою сексуальную ориентацию, он старается не думать об этом или придумывать альтернативные объяснения своим чувствам (Troiden, 1979). Серьезным вызовом для гомосексуальной молодежи является необходимость развития здоровой и полноценной личности в кон-

тексте негативных стереотипов и предрассудков, отчуждения от семьи и отсутствия должной социальной поддержки.

Гомосексуальные подростки встречаются во всех расах, этнических группах и социальных классах. Как и гетеросексуалы, они имеют все права на оказание им квалифицированной медицинской помощи. Молодые геи и лесбиянки подвергаются повышенному риску инфекций, передаваемых половым путем, потому что они, скорее всего, имеют половые контакты с несколькими партнерами. Женщины, которые не являются потребителями инъекционных наркотиков и имеют половые связи только с другими женщинами, характеризуются низким риском заражения ВИЧ и другими ЗППП, чем любая группа сексуально активных людей. Тем не менее многие сексуально активные подростки-лесбиянки имеют половые контакты с мужчинами (Diamant, Lever, Schuster, 2000). Подростки мужского пола, практикующие незащищенный анальный секс, также подвержены опасности заражения ВИЧ, паразитами, вирусом папилломы человека, гепатита А, В и С. В этой связи довольно часто возникает необходимость полного клинического обследования.

В качестве *рекомендаций* Канадское Педиатрическое Общество приводит следующее:

1. Комплексная медико-санитарная помощь, направленная на нормальное развитие подростков, формирование социального и эмоционального благополучия, а также физического здоровья, должна быть доступной для подростков с любой сексуальной ориентацией.

2. При сборе анамнеза следует избегать прямых вопросов о гетеросексуальности / гомосексуальности.

3. Если клиницист имеет личные барьеры на пути предоставления беспристрастной помощи, он должен направить пациента к другому специалисту.

4. Медицинские работники должны быть информированы о тех ресурсах, которыми располагают ЛГБТ-общины.

5. Клиницисты должны быть осведомлены о последствиях гомофобии.

6. Образование и консультации должны быть доступны для всех молодых людей в целях предотвращения распространения ЗППП.

7. Подростков с суицидальными намерениями следует срочно направить к специалисту в области психического здоровья. Гомосексуальные подростки, страдающие депрессией, тревожными расстройствами или химической зависимостью, по возможности должны быть направлены к психологам и психиатрам, имеющим опыт работы с гомосексуальными подростками.

8. Терапия, ориентированная на «исправление» гомосексуальности, не эффективна и способствует возникновению у пациентов чувства вины и тревоги.

§4. Стигматизация и дискриминация как основные факторы стрессовых расстройств у лиц с гомосексуальной ориентацией

Психическое здоровье подростков является важной проблемой, которая изучается специалистами в области психиатрии и клинической психологии (Carta et al., 2015; Momtaz et al., 2014; Seaton and Yip, 2009). По данным некоторых авторов, до 6–17% всех подростков в определённый период жизни испытывали сексуальное влечение к лицам того же пола (American Academy of Pediatrics, 1993; Sorenson, 1973). Отрочество является временем формирования полового самосознания (Garofalo, 1999; Martin and Ruble, 2004), в этот период неопределенность в гендерном самоопределении и эксперименты в сексуальной жизни являются нормальными для некоторых индивидов (Remafedi et al., 1992).

Во многих современных западных странах толерантность к гомосексуальности является вполне приемлемой. При этом в некоторых странах (например, Египет, Ливия, Алжир, Саудовская Аравия,

Иран, Ирак, Доминиканская Республика, Ямайка и др.) проявления гомосексуального влечения осуждаются или даже строго наказываются (Saavedra et al., 2008; Zahn et al., 2016). В России отношение к людям с бисексуальной и гомосексуальной ориентацией является весьма противоречивым и неоднозначным. Несмотря на то, что многими работниками сферы психического здоровья гомосексуализм не рассматривается как патологическое явление, которое нуждается в лечении, в целом в российском обществе преобладает нейтральное или чаще негативное отношение к гомосексуальным проявлениям. В то же время уголовное наказание для людей, имеющих сексуальные контакты с лицами того же пола, в России отсутствует.

Однако так было не всегда. До 1993 г. в Российской Федерации действовала введенная в 1934 г. статья УК, согласно которой гомосексуальные связи между мужчинами относились к преступлениям против личности и подвергались наказанию в виде лишения свободы сроком до пяти лет. Любопытно, что в послереволюционный период советская власть изменила прежнее законодательство (Уголовное уложение царской России), отменив преследование гомосексуального поведения. В 1922 г. в уголовном кодексе РСФСР уже отсутствовала соответствующая статья. После посещения СССР известного сексолога и основателя Всемирной лиги сексуальных реформ Магнуса Хиршфельда, который был одним из первых ЛГБТ-активистов в Германии, на конгрессе в Дании Советский Союз приводился в качестве образчика секс-толерантности.

Тем не менее в 1934 г. закон, криминализирующий гомосексуальность, в СССР был введен. По этой статье в течение всего последующего периода существования Советского Союза каждый год осуждалось и отправлялось в тюрьмы около тысячи мужчин.

В современном российском законодательстве отсутствуют статьи, предусматривающие уголовное наказание для гомосексуалов, если они вступают в половые контакты добровольно и по достижении 16 лет.

В то же время в 2013 г. вступил в силу закон, устанавливающую ответственность за «пропаганду нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних» (закон о запрете пропаганды гомосексуализма в СМИ среди подростков). Несмотря на присутствие определенного здравого смысла, которым руководствовались авторы закона, некоторые его формулировки далеки от однозначности толкования. По этому поводу, например, ярко высказался И.С. Кон, известнейший сексолог России: «Вопрос выбора сексуальной ориентации – это не вопрос моды. <...> Что же касается серьезных процессов, то они имеют более глубокие органические причины». Иначе говоря, чрезвычайно проблематично и, скорее всего, даже невозможно навязать определенные модели поведения, генетически, биохимически обусловленные (когда речь идет о «ядерном» гомосексуализме).

Сегодня в обществе гомосексуальность до сих пор часто рассматривается как стигматизированная идентичность, что может приводить к дискриминации. Согласно Yoshino (2006), в прошлом дискриминация была направлена на целые группы населения, такие как женщины, расовые меньшинства или гомосексуалисты, но сегодня дискриминация имеет тенденцию сосредотачиваться на тех, кто отказывается скрывать свою сексуальную ориентацию или ассимилироваться с доминирующей культурой. Поскольку гетеросексуальность большинством членов нашего общества рассматривается как естественная, нормальная и более нравственная форма сексуальности человека, гетеросексизм становится одной из форм угнетения и подчинения всех лиц, ведущих «негетеросексуальный образ жизни» (Evans, 2007). Поскольку такие социальные нормы чтут гетеросексуальный образ жизни выше всех остальных, дискриминация секс-меньшинств свирепствует во многих культурах, в том числе и в развитых странах, в которых, казалось бы, настала эпоха абсолютной сексуальной свободы (например, США).

Дискриминация гомосексуалов в США действительно находится в расцвете. Это касается, помимо прочего, профессиональной деятельности и заработка. В 31 штате гомосексуальные сотрудники различных организаций не имеют никакой правовой защиты от дискриминации на почве сексуальной ориентации (Hotakainen, 2007). Одно исследование показало, что 41% гомосексуальных сотрудников подвергаются преследованиям и давлению, которое вынуждает их отказываться от продвижения по службе (Edwards & Hempel, 2003). Гомосексуалы подвергаются дискриминации также и в финансовом отношении. В обзоре, опубликованном на Advocate.com (2007), сообщается, что гетеросексуальные мужчины ежегодно зарабатывают на 10–32% больше, чем гомосексуалы.

Очевидным является факт, что социальная дискриминация и стигма создают почву для формирования серьезных проблем с самоотношением и нарушают субъективное благополучие гомосексуальных лиц (Barrientos-Delgado et al., 2014; Frost et al., 2015). Особенно ярко анти-гомосексуальная дискриминация может проявляться в подростковом возрасте. Johnson et al. (2011) полагают, что примерно 64% гомосексуальных подростков подвергаются травле (буллингу) среди их сверстников. Школьный буллинг, включая вербальную агрессию и насилие, для многих гомосексуальных подростков является привычным явлением. Это может сильно осложняться негативным отношением и порицанием со стороны родителей и родственников (Tritt, 2011). Как результат, большинство подростков с гомосексуальной ориентацией страдают от депрессии и невротических расстройств (Alessi et al., 2013; Barnard, 2009; Shenkman and Shmotkin, 2011).

Взрослые гомосексуалы часто описывают свой подростковый возраст как время, когда они чувствовали себя изолированными, стыдились и боялись того, что другие обнаружат их отличие от остальных. Безусловно, все это оказывает большое влияние на чув-

ство собственного достоинства и формирование личности подростка. Исследования показывают, что более половины геев и пятая часть лесбиянок подвергались устному или физическому насилию в школе из-за их половой ориентации (Ryan & Futterman, 1998; Russell et al., 2001), а также имели в два – четыре раза больше шансов оказаться под угрозой применения оружия (Garofalo, 1999; Faulkner & Cranston; 1998). Школьный буллинг приводит к более высокому риску отчисления гомо-подростков из школы. Гомосексуалы также могут подвергаться преследованиям в свои семьи и чаще, чем их гетеросексуальные сверстники, имеют шанс быть выгнанными из дома (Garofalo et al., 1998).

Swearer et al. (2008) показал, что наиболее распространенными формами школьной дискриминации ЛГБТ-подростков являются издевки, причинение ущерба имуществу, социальная изоляция и физическое насилие. Самым распространенным типом гомофобного поведения является навешивание оскорбительных ярлыков на гомосексуальных лиц (Rivers, 2001).

Представители ЛГБТ в большинстве случаев вынуждены сталкиваться с широко распространенными в обществе стигматизацией и дискриминацией, которые имеют пагубные последствия для их благополучия (Baral et al., 2007; King et al., 2008; Logie, 2012; Meyer, 2003). **Сексуальная стигма** относится к социальным процессам обесценивания, уничижения, неравноправия, а также негативного отношения и реализации стереотипов по отношению к ЛГБТ-лицам (Herek, 2007).

Стигматизация, которую испытывают гомосексуалы, многомерна (рис. 1). **Воспринимаемая стигма** включает в себя осознание негативного отношения к ЛГБТ-сообществу и опасения по поводу реальной дискриминации. **Реализованная стигма** относится к опыту открытой дискриминации, в том числе физическое, вербальное и сексуальное насилие, а также преступления на почве ненавис-

ти (Herek, 2007; Deacon, 2006; Logie & Earnshaw, 2015). В структуру стигматизации, кроме того, можно включить *интернализованную гомофобию*, или *самостигматизацию* (Newcomb & Mustanski, 2010; Nicholson & Long, 1990; Szymanski et al., 2008).



Рис. 1. Структура стигматизации ЛГБТ-лиц

Хронические стрессовые факторы, связанные с сексуальной стигматизацией, способствуют возникновению проблем со здоровьем среди гомосексуалов и бисексуалов (Almeida et al., 2009; Vontempo & D'Augelli, 2002). Несмотря на мультидименсиональную структуру стигмы, научные исследования по оценке воздействия стигматизации на здоровье, как правило, сфокусированы на каком-то одном типе стигмы. Например, многие авторы изучают стигматизацию, включающую в себя только дискриминацию на почве ненависти (Almeida et al., 2009; D'Augelli et al., 2002; Duncan & Hatzenbuehler, 2014). В то же время можно предположить, что каждый аспект стигматизации связан с различными последствиями для здоровья (Logie & Earnshaw, 2015).

§5. Психологические и медицинские последствия стигматизации

Вероятность того, что подростки-гомосексуалы раньше других начнут употреблять табак, алкоголь и другие вещества, очень высока (Garofalo et al., 1998). Применение наркотиков гомосексуальными лицами еще больше увеличивает возможность реализации рискованных форм поведения, которые могут приводить к ЗППП. Одна из наиболее очевидных причин такого повышенного риска – «самолечение» депрессии и низкой самооценки. Повышенная склонность к рискованному поведению может являться реакцией на отторжение от семей и сверстников. Проще всего для таких подростков – встать на путь поиска людей, к примеру, в гей-барах, где курение и выпивка являются неотъемлемыми составляющими этой «атмосферы», или в клубах, где клубные наркотики также являются частью субкультуры.

Подростки, которые считают себя геем, лесбиянкой или бисексуалом, в 2–7 раз более вероятно будут совершать попытки самоубийства (Remafedi, Farrow & Deisher, 1991; Remafedi, 1999). Самый высокий риск суицидального поведения наблюдается в тех случаях, когда подросток осознает гомосексуальную идентичность в более раннем возрасте, когда есть семейные конфликты, вынуждающие его сбегать из дома в связи с тем, что его сексуальная ориентация противоречит семейным ценностям и установкам, а также если подросток не может поделиться своими проблемами с кем-то еще, кроме родителей (Remafedi, 1999). Эмпирических данных по завершённым суицидам не так много, но есть доказательства того, что непропорционально большое число самоубийств совершается именно среди гомосексуалов (Remafedi, 1999).

Большая доказательная база свидетельствует о том, что ЛГБТ-люди испытывают более высокий уровень депрессии и тревоги (King et al., 2008; Brennan et al., 2010; Cochran & Mays, 2009; Frisell et al., 2010; Lewis, 2009); также более высок риск заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (Baral, Sifakis, Cleghorn &

Beyrer, 2007; Brennan et al., 2010; Cochran et al., 2002) по сравнению с гетеросексуальными лицами. Эмпирически доказано (Meyer, 1995, 2003), что хронический стресс, вызванный стигматизацией, способствует возникновению серьезных проблем с психологическим благополучием и здоровьем среди сексуальных меньшинств.

Социальная несправедливость и неравноправие в различных общественных институтах, включая доступ к образованию и здравоохранению, по отношению к гомосексуалам и бисексуалам наблюдаются во многих странах (Link & Phelan, 2001; Parker & Aggleton, 2003; Meyer, Schwartz & Frost, 2008). Медицинская помощь для ЛГБТ-лиц не всегда оказывается доступной. В США гомосексуалы часто сообщают об отсутствии медицинской помощи и не могут позволить себе медицинское обслуживание (Gates, 2014). Более низкий уровень использования первичной медицинской помощи среди ЛГБТ-населения может быть основан на негативных ожиданиях и опыте стигматизации. Нежелание обсуждать свою сексуальную ориентацию из-за страха дискриминации или юридического давления может привести к упущению возможностей получения полноценной консультативной, диагностической и профилактической помощи (Whitehead, Shaver & Stephenson, 2016).

Что касается влияния отдельных типов стигматизации на здоровье гомосексуалов, показано, что реализованная стигма тесно коррелирует с употреблением психоактивных веществ (Bontempo & D'Augelli, 2002; McCabe et al., 2010; Newcomb, Heinz & Mustanski, 2012), суицидальными мыслями (Duncan & Hatzenbuehler, 2014; Liu & Mustanski, 2012), эмоциональным дистрессом (D'Augelli, Pilkington & Herschberger, 2002; Mays & Cochran, 2001), проблемами психического здоровья (Kuiper & Vanwesenbeeck, 2011), низким сексуальным удовлетворением (Kuiper & Vanwesenbeeck, 2011) и практикой рискованных форм полового поведения (Rosario et al., 2001). Воспринимаемая стигма связана с увеличением психосоматических симптомов и негативным настроени-

ем (Lewis et al., 2006). Интернализованная стигма представляет собой усвоение негативных установок общества к гомосексуализму и включение в их собственную идентичность. Такой тип стигматизации приводит к неуверенности в себе, чувству стыда и даже ненависти по отношению к самому себе (Szymanski, Kashubeck-West & Meyer, 2008; Ramirez-Valles, Molina & Dirkes, 2008).

ГЛАВА 2. ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

§1. Большая пятерка черт личности

Анализ зарубежных публикаций, посвященных исследованию личности, свидетельствует о том, что современные персонологи (Costa, 1992; McCrae, 1992; Tsuji, 1997) придерживаются мнения, что в рамках пятифакторной модели можно в полной мере описать личность.

Классификация типов личности, основанная на оценке пяти универсальных черт, в современной психологической науке известна как «пятифакторная модель», «большая пятерка» (Big Five). Пять фундаментальных факторов, позволяющих охарактеризовать структуру личности, были определены на основе результатов научных исследований психологов разных стран (Allport, 1937; Cattell, 1966; Costa, 1992; Eysenck, 1970; Guilford, 1959; McCrae, 1992 и др.), проводимых на протяжении пяти десятилетий. К этим факторам относятся:

1. нейротизм (neuroticism, N),
2. экстраверсия (extraversion, E),
3. открытость опыту (openness to experience, O),
4. согласие (agreeableness, A),
5. сознательность (conscientiousness, C).

Хотя исследователи уже определились относительно того, какие поведенческие особенности стоят за этими чертами, разногласия в их обозначении пока ещё остаются.

Японский исследователь Higiyo Tsuji (1997), адаптируя американскую пятифакторную личностную методику для японской популяции, предложил биполярность для каждого фактора: экстраверсия – интроверсия, привязанность – обособленность, самоконтроль –

импульсивность, эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость, экспрессивность – практичность, что позволяет, как он считает, полнее охарактеризовать личность, так как каждый полюс черты отражает её своеобразие. Русскоязычную адаптацию Пятифакторного личностного опросника сделал А.Б. Хромов (2000) по опроснику 5PFQ, разработанному Higiro Tsuji (1997).

Господствующие нормы морали долгое время были направлены против гомосексуализма. В современном обществе с признанием права каждого человека на счастье в любви многое изменилось. Однако еще и сегодня многие люди считают постыдным обращаться к данной теме и испытывают неуверенность из-за порицания со стороны общества. Дискриминация и стигматизация лиц с гомосексуальной ориентацией приводит к нарушению функционирования в разных сферах жизни и личности гомосексуалов. В этой связи возрастает потребность в изучении личностных черт, связанных со стрессовыми расстройствами и нарушениями психологического благополучия.

В мета-анализе Gonsiorek (1982) доказывал, что не существует данных, иллюстрирующих различия в личностных особенностях между гомосексуалами и гетеросексуалами. Также и Ross (1988) в кросс-культурном исследовании пришел к выводу о том, что личностные особенности большинства гомосексуалов не отличаются от гетеросексуалов. Однако некоторые исследования указывают на существование различий в личностных особенностях гомосексуалов. Исследование Riess (1980) показало, что гомосексуалы проявляют явно выраженную «личностную и эмоциональную сверхчувствительность».

Экстраверсия – это комплекс личностных качеств, который определяет склонность человека к активным социальным контактам, что выражается в коммуникабельности, общительности. Экстраверсия отрицательно связана с депрессией, в то время как нейротизм положительно коррелирует с депрессивными симптомами (Hasel, Besharat, Abdolhoseini, Alaei, Niknam, 2013).

Нейротизм – это показатель эмоциональной стабильности / лабильности (Costa & McCrae, 1992). У гомосексуалов уровень нейротизма выше, чем у гетеросексуалов (Nobre, Peixoto, 2016). Нейротизм делает человека очень чувствительным к негативным эмоциональным стимулам. Более высокие показатели нейротизма связаны с повышенным риском возникновения психологического стресса (Costa & McCrae, 1992; Griffith et al., 2009). К началу XXI века зарубежные специалисты провели 8 лонгитюдных исследований взаимосвязи данной черты и депрессии (Cox, Enns, 1997). Их результаты показывают, что пациенты с депрессией характеризуются более высоким нейротизмом, чем здоровые лица. В мета-анализе R. Mulder (2002) обобщаются результаты 13 исследований нейротизма. Они однозначно свидетельствуют о том, что высокие показатели этой личностной черты служат предиктором плохой приверженности лечению у депрессивных пациентов.

Человек с развитой чертой «добросовестность» («сознательность», «самоконтроль»), как правило, содействует укреплению своего здоровья (Bogg & Roberts, 2004). Высшая сознательность и добросовестность предполагают большую самодисциплину и надежность. По результатам исследования Nobre и Peixoto (2014) гомосексуалы, у которых высокий уровень нейротизма, обладают показателями добросовестности ниже, чем у гетеросексуалов.

Доброжелательность (согласие) – это черта личности, выражающаяся в эмпатии к окружающим людям. Эта черта помогает человеку хорошо ладить с социальным окружением. Доброжелательные люди приятны в общении, сговорчивы, социально адаптированы и отзывчивы, умеют конструктивно решать проблемы и выходить из конфликтов (Costa & McCrae, 1992; 1995). Очевидно, эта черта личности отрицательно коррелирует с большинством проявлений стрессовых расстройств.

Результаты исследования Zoeterman (2014) показали, что открытость опыту (экспрессивность, игривость) положительно влияет на психическое здоровье гомосексуалов. Bienvenu и соавт. (2001) обнаружили отрицательную взаимосвязь между открытостью опыту и уровнем депрессии. Открытость опыту оказывает положительное воздействие на психическое здоровье в общей популяции (Wright, Zoeterman, 2014). Этот параметр является мерой любознательности и открытости к новой творческой и интеллектуальной деятельности (Costa & McCrae, 1992;1995). Проще говоря, открытость опыту – это склонность к нестандартным идеям и проявлению разнообразных эмоций (Schneider, Rench, Lyons, Riffle, 2012).

§2. Ранние дезадаптивные схемы

В последние два десятилетия психологи и психиатры изучают новые разработки в психотерапии, и все большее признание получают методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ), а точнее интегративные подходы, стержнем которых является модель КБТ. Схема-терапия (СТ), основанная на оригинальной модели личностной патологии, направлена на перестройку соответствующих когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей в процессе психотерапии (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

Основным понятием схемной терапии является «ранняя дезадаптивная схема». Данное понятие было введено Jeffrey Young – создателем схемной терапии, для обозначения схемы восприятия действительности, влияющей на поведение. По определению А. Beck и соавт. (Beck, Freeman, Pretzer, et al., 1990) и J. Young (1994), ранние дезадаптивные схемы представляют собой устойчивые отрицательные убеждения в отношении себя, других людей и окружающего мира. Ранняя дезадаптивная схема – это защитный эмоциональный и когнитивный паттерн, который формируется в детстве и повторяется на протяжении всей жизни (Klosko, Marjorie, Weishaar, Young, 1995).

Jeffrey Young (2003) выделяет 18 ранних дезадаптивных схем, которые объединяет в 5 доменов:

1) разрыв связей и отвержение: заброшенность / нестабильность, недоверие / жестокое обращение, эмоциональная депривация, ущербность / стыд, социальная изоляция / стыд;

2) дефицит автономии и боязнь проявлять себя (заявить о себе): зависимость / некомпетентность, уязвимость к ущербу или болезни, чрезмерная близость / отсутствие самодостаточности, несостоятельность;

3) нарушенные границы: избранность / грандиозность, дефицит самоконтроля / самодисциплины;

4) направленность на других (ориентация на других): подчинение, жертвенность, поиск одобрения / поиск признания;

5) сверхбдительность и подавление эмоций: негативизм / пессимизм, подавление эмоций, жесткие стандарты / гиперкритичность (придирчивость), наказание.

В последние годы растет число исследований ранних дезадаптивных схем, но исследований этого конструкта среди сексуальных меньшинств по-прежнему недостаточно.

Исследования показали, что ранние дезадаптивные схемы играют важную роль в формировании депрессии и тревоги (Anderson, Elmquist, Shorey, Stuart, 2015). Схемы влияют на мысли, чувства людей, а также являются способом общения с другими людьми, и если схемы не сформированы правильно, то их можно рассматривать как фактор дезадаптации в обществе. Ранние дезадаптивные схемы являются причинами постоянных и долгосрочных проблем, которые возникают в детстве и переносятся во взрослую жизнь (Hamidpour, Andouz, 2007). Схемы включают в себя когнитивные и поведенческие паттерны, направленные на преодоление или минимизацию последствий стресса (Witkin, 2009). Другими словами, они включают в себя

особые дисфункциональные способы, которые человек использует для компенсации потерь в результате стресса (Shojaee, Sobhani, 2006).

ГЛАВА 3. ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

§1. Понятие психологического благополучия

Психологическое благополучие носит системный характер, охватывая различные аспекты когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования (Harris M. R.). Обзор литературы показывает, что психологическое благополучие включает в себя многие конструкты, концептуализируемые с 1960-х гг. Эти конструкты до сих пор используются некоторыми авторами, например, удовлетворенность жизнью (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961), счастье (Csikszentmihalyi, 2003), позитивный аффект (Bradburn, 1969), самооценка (Rosenberg, 1965).

Рифф (1989) синтезировала идеи Маслоу, Роджерса, Юнга, Эриксона, Олпорта и Бухлера, чтобы создать основу для нового определения психологического благополучия, которое нельзя вывести только из отсутствия болезни (Walmsley, 2015). В конце 1980-хх Рифф (1989) разработала опросник, согласно которому можно выделить 6 компонентов психологического благополучия. Она обнаружила, что высокий уровень автономии, управления средой, личностного роста, позитивных отношений с другими, целей в жизни и самопринятия сильно коррелирует с общим уровнем психологического благополучия. Sirigatti и коллеги (2009) показали, что личностный рост, цели в жизни, самопринятие и управление средой эмпирически могут быть объединены в один фактор.

Автономия отражает уровень самодетерминации и независимости человека, при котором он в состоянии противостоять социальному давлению, мыслить и действовать определенным образом, регулируя свое поведение изнутри и оценивая себя в соответствии с личными стандартами. Автономия – это важная потребность, рас-

смаатриваемая в рамках теории самодетерминации (Deci E.L. et al, 2012, Ryan & Powelson, 2014).

Цель в жизни – компонент психологического благополучия, отражающий наличие у человека жизненных целей и чувства направленности. Индивиды с этим развитым компонентом имеют убеждения, которые придают их жизни смысл. Смысл и цель в жизни является важным конструктом теории В. Франкла (2006). Смысл жизни направляет человека к достижению значимых целей и поддерживает его в трудных ситуациях.

Позитивные отношения с другими людьми отражают уровень наличия теплых, доверительных отношений с другими. Человек со сформированным компонентом «Позитивные отношения» нередко обладает развитой эмпатией, он беспокоится о благополучии других, имеет сильную потребность в близости и любви.

Личностный рост – это фактор психологического благополучия, который включает в себя ощущение того, что развитие личности продолжается даже во взрослой жизни. Человек рефлексивно оценивает себя как находящегося в процессе становления и совершенствования; он открыт для новых впечатлений; испытывает чувство реализации своего внутреннего потенциала; видит улучшения, происходящие с ним с течением времени; меняется таким образом, что улучшать свою эффективность.

Управление средой отражает степень, в которой человек компетентен в определенных видах деятельности и способен воздействовать на условия среды. Человек с развитым компонентом «Управление средой» старается наиболее эффективно использовать окружающие возможности.

Самопринятие представляет собой позитивное отношение к себе, признание и принятие различных аспектов себя, включая хорошие черты и недостатки.

Очевидно, представленная Рифф структура психологического благополучия исходит из позитивно-психологической трактовки функционирования личности и достижения субъективного благополучия и описывает эвдемонические проявления счастья и удовлетворенности жизнью. В психологических исследованиях счастья выделяются два подхода (Garaigordobil M., 2015): *гедонизм* и *эвдемонизм* (Deci and Ryan, 2000; Ryan and Deci, 2001). Гедонизм основан на аффективной и когнитивной оценке негативных и позитивных аспектов жизни и связан с получением удовольствия. В то же время удовлетворенность жизнью не может основываться лишь на удовольствии, поэтому эвдемоническое счастье отражает более полное функционирование индивида и вовлеченность в социальные процессы (например, в русском языке слово «счастье» происходит от слов «участь», «соучаствовать», то есть исторически счастье в нашей культуре понималось как вовлеченность человека в социальную жизнь). Такое счастье может быть достигнуто посредством оптимального функционирования, развития естественной человеческой природы, его потенциала, автономии и связанности с другими людьми (Garaigordobil, 2015).

Хотя в последние годы растет число исследований психологического благополучия представителей сексуальных меньшинств в соответствии с концепцией Рифф, по-прежнему эмпирических данных недостаточно. Stephen D. Brown (2005) подчеркивает, что в современной литературе отсутствуют работы, в которых психологическое благополучие геев, лесбиянок и бисексуалов рассматривалось бы с позиции эвдемонического подхода. Автор уточняет, что разработанный Рифф опросник потенциально может быть полезным инструментом в изучении психологического здоровья сексуальных меньшинств, особенно с учетом эмпирических доказательств, которые отражают важность социальной и семейной поддержки, самопринятия, личностного роста и чувства компетентности, которые играют ценную протективную роль у представителей ЛГБТ-сооб-

щества (DiPlacido, 1998; Elizur & Mintzer, 2001; Elizur & Ziv, 2001; Kurdek, 1988; Stevens, 2004; Waldo et al., 1998).

Как справедливо отмечает Brown (2005), исследования в области психического здоровья гомо- и бисексуалов ранее были смещены в сторону медицинской модели. Ряд исследователей (Elizur & Ziv, 2001; Goldfried, 2001) полагает, что существует необходимость в изучении позитивных факторов, способствующих психологической адаптации, включая стрессоустойчивость ЛГБТ-лиц, их личностные и социальные ресурсы, сильные стороны характера и компетентность. Эти факторы являются ценной основой для снижения последствий стресса и формирования стратегий совладания во враждебной среде (Bradford et al., 1994; Elizur & Ziv, 2001; Parks et al., 2004). Изучение этих аспектов является концептуально важным для развития идей позитивной психологии (Brown, 2005).

Позитивная психология дополняет ранние исследования благополучия, заостряя внимание на понимании сильных сторон личности, компетентности и стрессоустойчивости, а также развитии позитивных социальных институтов (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Клинико-психологическая диагностика и консультирование объединяют усилия с целью содействия адаптации человека, развитию личности, благополучию и более высокого уровня функционирования (Lent, 2004). В рамках позитивной психологии ученые изучают разнообразные аспекты здорового, оптимального функционирования человека в обществе (Gelso & Fassinger, 1992; Ryff & Singer, 1998a).

Позитивная психология включает в себя в том числе и исследования сексуальных меньшинств. Геи, лесбиянки и бисексуалы сталкиваются с социальным давлением в преимущественно гетеросексуальном и часто гомофобном обществе (Brown, 2005). В то время как ранее в исследованиях секс-меньшинств преобладала медицинская модель (изучались преимущественно негативные, патологические проявления), психологические исследования на современном этапе

развития научного знания все больше фокусируются на позитивных аспектах функционирования личности. Как подчеркивают Ryan и Deci (2001), одни из теоретиков позитивной психологии, в современных исследованиях акцент стремительно смещается от диагностики и лечения болезненных проявлений к профилактике и развитию протективных личностных факторов. Применение такой – «позитивно-психологической» – модели позволяет заполнить многие пробелы в изучении субъективного благополучия и психического здоровья представителей ЛГБТ-сообщества.

Несмотря на то, что многие гомо- и бисексуалы демонстрируют высокий уровень психологического дистресса, связанный с такими патологическими состояниями, как депрессия и тревога, в литературе встречаются свидетельства позитивного психологического функционирования в популяции сексуальных меньшинств (Elizur & Ziv, 2001; Garnets & Kimmel, 2002b; Meyer, 2003; Zinik, 1985). Защитные факторы психологического здоровья гомосексуалов могут включать в себя внутрисемейные отношения и поддержку родных, содействие социальных сетей, участие в ЛГБТ-общинах, самопринятие, надежные межличностные привязанности, личностный рост, а также чувство контроля над своей жизнью (DiPlacido, 1998; Elizur & Mintzer, 2001; Elizur & Ziv, 2001; Kurdek, 1988; Stevens, 2004; Waldo, Kegeles, & Hayes, 1998).

§2. Оптимизм как фактор субъективного благополучия

Вопреки негативным социальным влияниям, которые формируют высокий уровень дистресса у стигматизированных людей, некоторые личностные факторы защищают психологическое благополучие и препятствуют возникновению негативных эмоциональных состояний. Сюда относятся многие позитивные феномены, к примеру, стрессоустойчивость, надежда, уверенность в себе, оптимизм и

самоэффективность (Damush et al., 2016; Ellis-Hill et al., 2015; Goldzweig et al. 2016; Huffman et al., 2016; Li & Wang, 2016).

Оптимизм рассматривается в позитивной психологии как важный психологический предиктор, способствующий высокому уровню субъективного благополучия и полноценного функционирования человека (Carver, 2014). *Оптимизм* представляет собой особый атрибутивный стиль мышления, при котором индивид воспринимает негативные события как временные и случайные, а позитивные – как закономерные и долговременные (Carver & Scheier, 2014). Очевидно, оптимизм ассоциируется с высоким психическим здоровьем и негативно коррелирует с уровнем депрессии. Уточняется, что оптимисты более успешно справляются с жизненными трудностями, т.к. используют более эффективные копинг-стратегии (Scheier & Bridges, 1994).

Хотя исследования оптимизма представлены в малом числе публикаций по психическому здоровью гомосексуалов, все же есть некоторые данные, показывающие протективную роль этого когнитивного стиля у представителей сексуальных меньшинств. Jacobs и Kane (2012) пришли к выводу, что низкий уровень оптимизма находится в прямой зависимости от чувства одиночества у геев. Gregory (1998) доказала, что диспозиционный оптимизм наряду с самоэффективностью и общими копинг-способностями позитивно коррелирует с психическим здоровьем, самопринятием и каминг-аутом среди лесбиянок и бисексуальных женщин.

§3. Самоэффективность

Самоэффективность является конструктом социально-когнитивной теории Альберта Бандуры (1997). Этот термин используется для обозначения веры человека в собственные способности справиться с трудностями. В определенном смысле самоэффективность противопоставлена приобретенной (выученной) беспомощности, при

которой индивид, обладая стойкой убежденностью в неспособности активно бороться с обстоятельствами, не предпринимает никаких попыток изменить актуальную ситуацию при объективном наличии возможности сделать это (Seligman, 1975). В то время как выученная беспомощность является одним из факторов депрессивных состояний, самооффективность лежит в основе успешного функционирования личности. Для людей, обладающих высоким уровнем самооффективности, характерны такие особенности, как проявление глубокого интереса к той деятельности, которой они занимаются, убежденность в том, что любую проблемную ситуацию можно решить, а также быстрое восстановление после неудач и стрессов (Напрягло, 2012). Высокий уровень самооффективности способствует более успешному выполнению задач и решению проблем (Warner et al., 2014). Низкая самооффективность коррелирует с неуверенностью в себе, депрессией и пассивным, избегающим поведением (Damush et al., 2016; Kannan & Veazie, 2014).

В литературе по ЛГБТ-лицам хорошо показано, что самооффективность является психологическим предиктором самопринятия и каминг-аута (Tsai et al., 2015). Кроме того, самооффективность играет важную роль в предотвращении рискованного сексуального поведения у гомосексуальных лиц (Rotheram-Borus et al., 1995). В свою очередь, низкая самооффективность положительно взаимосвязана с опытом дискриминации, гомосексуальными предрассудками и низкой физической активностью (Denton, Rostosky & Danner, 2014).

§4. Проактивность

Термин «проактивный» в психологической литературе впервые появился в связи с изучением процессов запоминания в когнитивной психологии в 1930-е годы. Paul Whiteley и Gerald Blankfort в 1933 г. в «Журнале экспериментальной психологии» опубликовали статью, в которой сообщали об обнаруженном ими эффекте проактивного

торможения (проще говоря, ухудшение эффективности заучивания нового материала под действием ранее зафиксированных в памяти фактов). Приставка «про» в данном случае обозначает условия, предшествующие актуальным.

Несколькими годами позже – во второй половине 1940-х гг., Виктор Франкл (1990) использовал это понятие – «проактивный» – для обозначения особого типа личности, которая характеризуется такими чертами, как стойкость в преодолении жизненных трудностей в сочетании со склонностью брать на себя ответственность за происходящие с ней (этой личностью) события.

Долгий путь концептуализации понятия «проактивность» в психологии характеризовался «кочеванием» этого концепта из одной области психологической науки в другую. Современные исследователи (Parker S.K., Collins C.G., 2010) отмечают рост интереса ученых к феномену проактивного поведения в частных областях психологического знания. Однако, как справедливо подчеркивает Crant (2000), на сегодняшний день исследования проактивности по-прежнему проводятся при отсутствии общепринятого определения понятия, равно как единой теории проактивного поведения и методов его изучения. Особую озабоченность вызывает высокая вероятность концептуального смешения различных понятий, которые часто используются для описания проактивности. Методологическая сложность операционализации этого конструкта возникает, с одной стороны, вследствие отсутствия хорошо разработанной концепции проактивности в фундаментальных отраслях психологии (общая психология, психологии развития), при том, что в прикладных областях (организационная психология, психология здоровья) предлагается множество подходов к изучению этого феномена, хотя и они зачастую не согласуются друг с другом в выделении ведущих критериев проактивности. С другой стороны, для описания проактивности обычно за основу берутся схожие психологические конструкты, ко-

которые высоко коррелируют между собой, но сами по себе не являются исчерпывающими феномен проактивности.

Ретроспективный анализ развития теоретических представлений о проактивном поведении позволяет сделать вывод о том, что истоки изучения «проактивной личности» уходят к экзистенциально-психологическим работам В. Франкла (1990, 2013). Однако ни в одной из его работ невозможно обнаружить попытки ученого операционализировать это понятие. В общих чертах под проактивностью Франкл понимал способность личности «принимать вызов судьбы», осуществлять свободный выбор и брать на себя ответственность за происходящие события. Такая трактовка проактивности роднит ее с жизнестойкостью (Maddi S. R., Khoshaba D. M., 1994) и интернальностью (Зиглер Д., Хьелл Л., 2013), что в методологическом плане оказывается недостаточно удовлетворительным.

В более широком ключе проактивность понимал Г. Олпорт (2002), который использовал это понятие для описания базисной характеристики природы человека, которая проявляется в готовности воздействовать на ситуацию в противоположность тому, как ситуационные переменные формируют рисунок индивидуального поведения. Схожая позиция встречается у R. Schwarzer, который предложил термин «проактивная установка». С помощью данного понятия Schwarzer обозначил веру человека в наличие широких возможностей вносить существенные изменения в условия и обстоятельства жизни.

Как отмечают Parker S.K. и Collins C.G. (2010), в большинстве определений проактивности выделяется как минимум два основных элемента: 1) антиципация, т.е. процесс предвидения будущего исхода ситуации, включая действия, предпринимаемые заранее, чтобы на нее воздействовать; 2) достижение контроля над ситуацией и способность вызывать изменения в окружающей обстановке. Важно подчеркнуть, что самостоятельность (самопроизвольность, инициативность) является связующим звеном обоих компонентов проак-

тивности. Parker с соавт. (2006) предложила понимать под проактивным поведением антиципациторные независимые действия, направленные на изменение / улучшение ситуации (или самого себя).

Необходимо отметить, что операционализация понятия «проактивность» идет по двум основным путям. Первый из них представлен в работах Bateman и Crant (1993), которые предлагают рассматривать проактивность как *личностную черту*, «предиспозицию действовать проактивно» (Zhu J.L., Frese M., Li W.D., 2014), стабильную характеристику, определяющую индивидуальные различия между людьми. По мнению Bateman и Crant (1993), люди с развитой личностной проактивностью характеризуются большей независимостью от ситуационных факторов и способностью осознанно вызывать изменения в социальном окружении. В отличие от этого, люди, которые не проявляют высокую проактивность, демонстрируют противоположные модели поведения: они более пассивны и реактивны, предпочитая адаптироваться к обстоятельствам вместо того, чтобы влиять на них.

Другой подход к пониманию проактивности используется в работах Frese (1996), Parker (2010), Grant и Ashford (2008) и др. Согласно ему, проактивность – это не просто черта личности, а целый *комплекс поведенческих моделей*, объединяющий такие особенности, как инициативность, целенаправленность, предвидение исхода ситуации, планирование, активное воздействие на обстоятельства и упорство в преодолении трудностей.

Большое значение для операционализации рассматриваемого здесь понятия играет сопоставление указанными выше авторами проактивности и *адаптивности*. Традиционно большинством авторов (Frese, Fay, 2001) признается, что проактивность (проактивное поведение) противопоставляется адаптивности (реактивному поведению). Так же как и проактивность, адаптивность концептуализируется в основном в рамках двух подходов. С одной стороны, адап-

тивность можно рассматривать как личностную черту, задающую различия между людьми в отношении способности эффективно реагировать на окружающие изменения и требования среды. С другой стороны, адаптивность как поведение относится к широкому кругу реакций, которые играют значимую роль в научении, формировании стрессоустойчивости и т.д. (Griffin et al., 2007; Griffin, Parker, and Mason, 2010; Pulakos et al., 2000).

В свою очередь, проактивность является более сложной и совершенной моделью поведения, при которой акцент делается на изменениях, вызываемых в окружении самим человеком. При этом вызываемые изменения не являются самоцелью – они используются как средство достижения целей и удовлетворения потребностей. В противоположность этому, адаптивность проявляется в приспособлении к окружающим условиям и обстоятельствам жизни, без активного влияния на них. Изменения в окружении в этом случае могут носить случайный характер, они являются не средством, не конечной целью, а причиной поведения человека (Zhu et al., 2014).

Альтернативной точкой зрения является подход (Frese, Fay, 2001), рассматривающий проактивность и адаптивность как независимые конструкты. При этом наличие или уровень развития одной характеристики не влияет на наличие или уровень развития другой. Такая позиция основана на допущении, что у людей всегда есть выбор в ситуации неопределенности: они могут адаптироваться к требованиям среды либо проактивно воздействовать на них (Zhu et al., 2014). Эмпирические исследования (Frese, Fay, 2001; Zhu et al., 2014) показали, что в ситуациях, вызывающих у человека незначительные неудобства, он вряд ли будет прибегать к использованию проактивных стратегий поведения, более «затратных», чем стратегии адаптации. К тому же если человек убежден в том, что не способен эффективно повлиять на обстоятельства, более вероятно он будет приспосабливаться к ситуации. Однако если ситуация представляет для че-

ловека большую значимость и он ощущает достаточный контроль над ней, скорее всего, будет избрана стратегия проактивного совладания.

В соответствии с третьей научной позицией (Berg et al., 2010), которая рассматривает адаптивность и проактивность как положительно связанные конструкты, их можно концептуализировать как два феномена, сопутствующих друг другу. Эффективное функционирование требует использования как проактивного, так и реактивного подхода к адаптации к ситуациям двух типов: 1) которые не могут быть изменены, 2) имеющие негативные последствия, которые желательно избежать заблаговременно. При этом проактивность и адаптивность зачастую связаны между собой и используются как два компонента адаптации. До достижения определенных ситуационных изменений часто требуется адаптироваться к существующим ограничениям, получить необходимую информацию о том, как можно повлиять на обстоятельства. На основании существующих эмпирических данных (Wu and Parker, 2011) можно судить о том, что довольно часто реактивное поведение предшествует проактивному в незнакомых, непривычных ситуациях (например, при устройстве на новую работу, переезде на новое место жительства, смене социальной роли и т.д.).

Важным этапом концептуализации и операционализации проактивности является выделение ключевых критериев и параметров этого феномена. Основываясь на последних исследованиях Parker (2010), Frese (1996), Grant и Ashford (2008), Schwarzer (2009), а также работах по психологии личности (Олпорт (2002), Франкл (1990), Хьелл, Зиглер (2013)), можно утверждать, что наиболее часто в научной литературе по проактивному поведению выделяются в качестве ведущих такие его параметры, как:

1) на когнитивном уровне – осознанность, антиципация, интернальность,

2) автономия, инициативность, упорство в достижении целей можно отнести к мотивационному уровню поведения со значительным акцентом на метамотивационной составляющей.

Когда речь идет о проактивности, всегда подразумевается осознанный выбор моделей поведения, как правило, в ситуациях социального взаимодействия. К числу таких ситуаций можно отнести, например, поиск работы, продвижение по карьерной лестнице, расширение сферы влияния и пр. Т.е. во всех ситуациях, требующих от личности реализации проактивности, мы наблюдаем обусловленность поведения социальными или метапотребностями. К ним можно отнести, к примеру, мотив самоутверждения, поиск признания и уважения, потребность в творчестве и т.д. В любом случае эти мотивы не являются биологически детерминированными, а поэтому их иерархия в структуре мотивационной направленности поведения не является жестко регламентированной. Иначе говоря, при неблагоприятных обстоятельствах человек по своему усмотрению может отсрочить удовлетворение метапотребности (Маслоу А., 2012). Так или иначе, свобода выбора, характерная для проактивного поведения, сильно зависит от преобладающих потребностей индивида.

Обобщая представленные выше подходы к определению проактивности, мы полагаем, что **проактивность** представляет собой метафеномен, основанный на личностных факторах (саморефлексия, антиципация, интернальность, спонтанность, метамотивация) и проявляющийся в особом поведенческом стиле, включающем в себя прогнозирование ситуаций, способность брать под контроль обстоятельства жизни, инициативность и упорство в достижении отдаленных во времени целей.

Ранее нами было упомянуто, что на сегодняшний день отсутствует разработанная система критериальных признаков, описывающих феномен проактивности. Очевидно, эта проблема требует проведения теоретических обзоров и эмпирических исследований с

последующей разработкой теоретико-методологического аппарата проактивности.

В своих работах (Ерзин и Епанчинцева, 2013; Ерзин, 2013) мы только делаем попытку обозначить основные критериальные признаки проактивности, хотя задача по составлению всеобъемлющего перечня этих критериев на сегодняшний момент остается далека от решения (табл. 1).

Таблица 1. Критерии и параметры проактивной личности

№	Критерии
1.	Развитая антиципация.
2.	Саморефлексия, осознанность.
3.	Здоровая спонтанность, инициативность, умение свободно выражать и проявлять себя в общении и деятельности.
4.	Уверенность в себе, решительность, самоэффективность.
5.	Контроль эмоциональных реакций.
6.	Постановка лично значимых целей и управление их достижением.
7.	Стратегическое планирование.
8.	Активное воздействие на обстоятельства жизни.
9.	Поддержание физического здоровья.
10.	Стрессоустойчивость и личностный иммунитет.
11.	Прочность взглядов, убеждений и системы ценностей вне зависимости от меняющихся условий и мнений окружающих.
12.	Принятие ответственности за свои поступки. Объективная интерпретация своего поведения и поведения других с учетом возможных причин и условий.
13.	Умение изменять привычный образ жизни. Низкое влияние неосознаваемых стереотипов и шаблонов поведения.
14.	Зрелое мышление, целостная картина мира.
15.	Адекватная самооценка, целостность Я-концепции.
16.	Саморазвитие и личностный рост.
17.	Восприятие неудач в жизни как возможностей, а не фрустрирующих ситуаций.
18.	Продуктивный поиск жизненных смыслов.

Хотя связь проактивности и психического здоровья представляется бесспорной (Greenglass, 2002; Ironson et al., 2005; Kahana et al., 2005, 2012; Rocha et al., 2014; Thoolen et al., 2009; Vernon et al., 2009; Yanos, 2001), в клинической психологии и психологии здоровья работ, посвященных изучению этого феномена среди сексуальных меньшинств, недостаточно. Пока отсутствуют достоверные результаты, указывающие на связь выраженности свойств проактивной личности с проявлениями психического здоровья у гомосексуалов. Проактивность как универсальная, свойственная большинству здоровых людей базовая характеристика поведения в определенных случаях может не получать должного развития у лиц с гомосексуальной идентичностью. Напрашивается предположение о том, что в этих случаях люди могут испытывать трудности в адаптации – от ограниченной способности реализовывать свой внутренний потенциал до серьезных проблем с психическим здоровьем (депрессивные, тревожные, психосоматические расстройства и т.д.). С другой стороны, развитая проактивность может играть роль важного протективного фактора, оберегающего личность, подвергающуюся негативным социальным воздействиям. Иначе говоря, проактивность (как и другие позитивные феномены – оптимизм, самооффективность и пр.) может выступать в роли некоего буфера, смягчающего последствия стигматизации.

Профилактическое значение проактивности и других личностных детерминант субъективного благополучия может проявляться также и в отношении к физическому здоровью гомосексуалов. Например, A. Flentje, N. C. Heck и J. L. Sorensen (2014) одними из первых указывают на важность навыков проактивности в формировании моделей здорового поведения, т.е. поведения, направленного на снижение определенных рисков для здоровья. К примеру, представители ЛГБТ-сообщества могли бы чаще обращаться в медицинские центры для проведения лабораторных исследований на ВИЧ. Еще более важным является избегание моделей рискованного

сексуального поведения, которые потенциально могут привести к проблемам со здоровьем (незащищенный секс). Безусловно, и гетеросексуалы могут прибегать к подобным моделям поведения, тем не менее статистика показывает, что сексуальные меньшинства все же представляют внушительную группу риска заболеваемости ЗППП. Поэтому превентивные меры в отношении здоровья, составляющие одну из форм проактивности, крайне важны.

ГЛАВА 4. ДЕПРЕССИЯ И РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ

§1. Уровень депрессии

Для того чтобы изучить особенности психологического благополучия ЛГБТ-подростков, мы обследовали 70 человек в возрасте 12–16 лет (средний возраст составил 14,05 лет), кто имел сексуальное / эротическое влечение к лицам того же пола, отождествлял себя с гомосексуалами / бисексуалами либо уже имел гомосексуальные контакты. Формирование выборки исследования проходило посредством крупнейшего российского интернет-сообщества «Дети-404. ЛГБТ-подростки». Этот интернет-проект посвящен поддержке гомосексуальных, бисексуальных и трансгендерных подростков. На его страницах публикуются анонимные письма подростков, в которых они рассказывают о проблемах, с которыми они сталкиваются в своей жизни из-за гомофобии. Следует отметить, что само название онлайн-сообщества отражает неоднозначное отношение российского общества, создателей и участников этого проекта к ЛГБТ-движению. Использование в названии стандартного кода ответа HTTP символизирует потерянность, недопонимание и недоступность подростковых проблем широкому кругу людей.

Наше исследование проходило в онлайн-режиме. Все подростки, добровольно согласившиеся принять участие в тестировании, были проинформированы о целях нашей работы. Респондентам дистанционно были представлены электронные бланки с текстами всех психодиагностических методик, входивших в специально подобранный нами комплекс изучения личностных детерминант психологического благополучия. Дизайн исследования был кросс-секционный.

Общая выборка состояла из 59 (84,3%) женщин и 11 (15,7%) мужчин. Низкий процент участия подростков мужского пола объясняется наличием большего числа коммуникативных трудностей, которые испытывают мальчики по сравнению с девочками. Мальчикам гораздо сложнее пойти на контакт и довериться психологу из-за предрассудков, страхов и опасений, которые испытывают эти люди в связи со своей сексуальной идентичностью. Девушки в этом отношении оказались более доступными для сотрудничества.

В нашем исследовании приняли участие люди из разных стран. Большинство (78,6%) – граждане России. 1,4% выборки составили люди, проживающие на момент исследования в Молдове, 11,4% – в Украине, 2,9% – в Беларуси, 2,9% – в Казахстане, 1,4% – в Таиланде. 57 (81,4%) человек были городскими жителями, 13 (18,6%) проживали в сельской местности. Все подростки, принявшие участие в этом исследовании, были школьниками или студентами колледжей. Уточним, что участие в исследовании предполагало анонимность и конфиденциальность. После прохождения тестирования подростки имели возможность обратиться за консультацией к клиническому психологу.

С помощью структурированного интервью, шкалы Кинси и методики «Психотест на определение гендерной идентификации и сексуальной ориентации» (Барабанов, 2011) удалось установить, что 51 (72,9%) подросток имел хотя бы один половой акт с лицом того же пола. Остальные 19 (27,1%) не имели гомосексуального опыта, однако испытывали стойкое влечение к представителям своего пола. Шкала Кинси позволила установить, что 14 (20%) респондентов были исключительно гомосексуальными. 3 (4,3%) подростка были преимущественно гомосексуальны, с единичными проявлениями гетеросексуальности. 5 (7,1%) подростков были преимущественно гомосексуальны, с случайными проявлениями гетеросексуальности. 42 (60%) участника были бисексуальны. 48 (68,6%) девушек относили

себя к бисексуалам, 11 (15,7%) были лесбиянками. 4 (5,7%) мальчика были бисексуальны, в то время как остальные 7 (10%) были исключительно гомосексуальны.

Как показало структурированное интервью на основе короткого опросника, 67 (95,7%) подростков подвергались стигматизации и буллингу в той или иной степени выраженности. Только 3 (4,3%) участника ответили, что они никогда не испытывали влияние стигмы. Все 67 респондентов заявили, что чувствовали нейтральное или негативное (чаще всего) отношение родителей к их сексуальной ориентации. 49 (70%) подростков сообщили, что они стали жертвами вербальной агрессии (ругательства, навешивание ярлыков, насмешки) со стороны сверстников в школе. 24 (34,3%) участника признались, что были хотя бы раз побиты одноклассниками на почве ненависти к гомосексуалам. При этом 8 (11,4%) человек ответили, что они подвергаются физическому насилию регулярно.

Что касается уровня выраженности депрессивных симптомов, было выявлено, что 14 (20%) подростков имели легкую степень депрессии по шкале Бека (Beck et al., 1961; Beck, Steer, & Garbin, 1988). 7 (10%) респондентов имели умеренный уровень депрессии. Тяжелая депрессия была выявлена у 19 (27,2%) человек. Общие результаты исследования депрессии представлены на рис. 2.

Как видно из представленной диаграммы, в целом для группы гомосексуальных подростков характерна высокая степень выраженности депрессивных проявлений. Для сравнения, в норме по шкале Бека показатели депрессии у подростков не должны быть выше 9 баллов. Установленный нами уровень депрессии свидетельствует о том, что в большинстве случаев у подростков уже на момент исследования имеются клинические проявления эмоциональных расстройств, требующие клинико-психологического вмешательства.

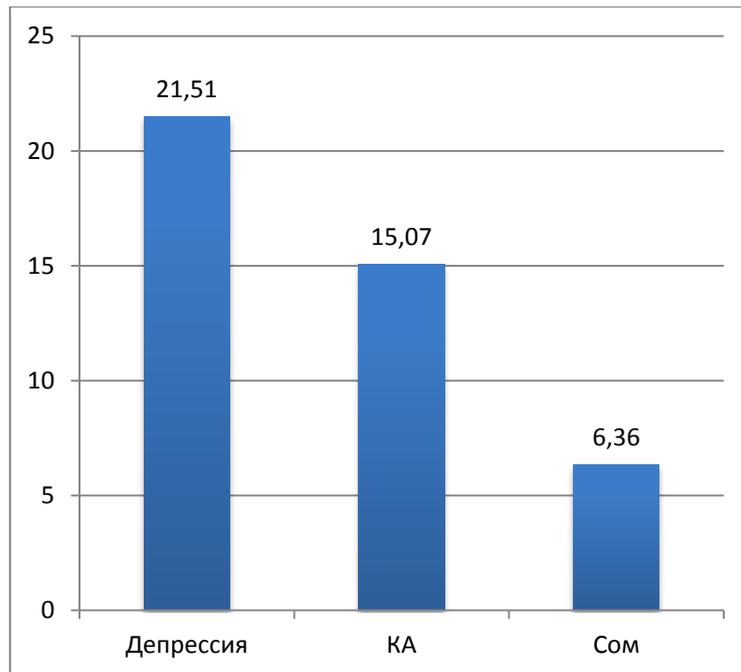


Рис. 2. Средние показатели выраженности депрессии по шкале А. Бека

Примечание: КА – когнитивно-аффективная субшкала; Сом – субшкала соматических проявлений депрессии.

§2. Суицидальный риск

С целью определения аутодеструктивных намерений нами использовался Опросник суицидального риска Шмелёва в модификации Т.Н. Разуваевой. Установлено (рис. 3.), что наибольшие баллы подростки набрали по шкалам «Аффективность» и «Социальный пессимизм».

Исследование показало, что опрошенные подростки демонстрируют преобладание эмоций над сознательным контролем в оценке ситуации. Такие подростки характеризуются готовностью импульсивно реагировать на стрессовые обстоятельства. С другой стороны, аффективность повышает риск реализации суицидальных намерений не только в силу того, что способствует возникновению

депрессивных состояний, но и напрямую влияя на принятие решений: отчаявшийся подросток с аффективно поглощённым сознанием в критической ситуации зачастую оказывается не способен распознать возможные альтернативы, осознать последствия своих действий и руководствоваться здравым смыслом, а не эмоциями. Это, безусловно, является важным предиктором суицидального поведения.

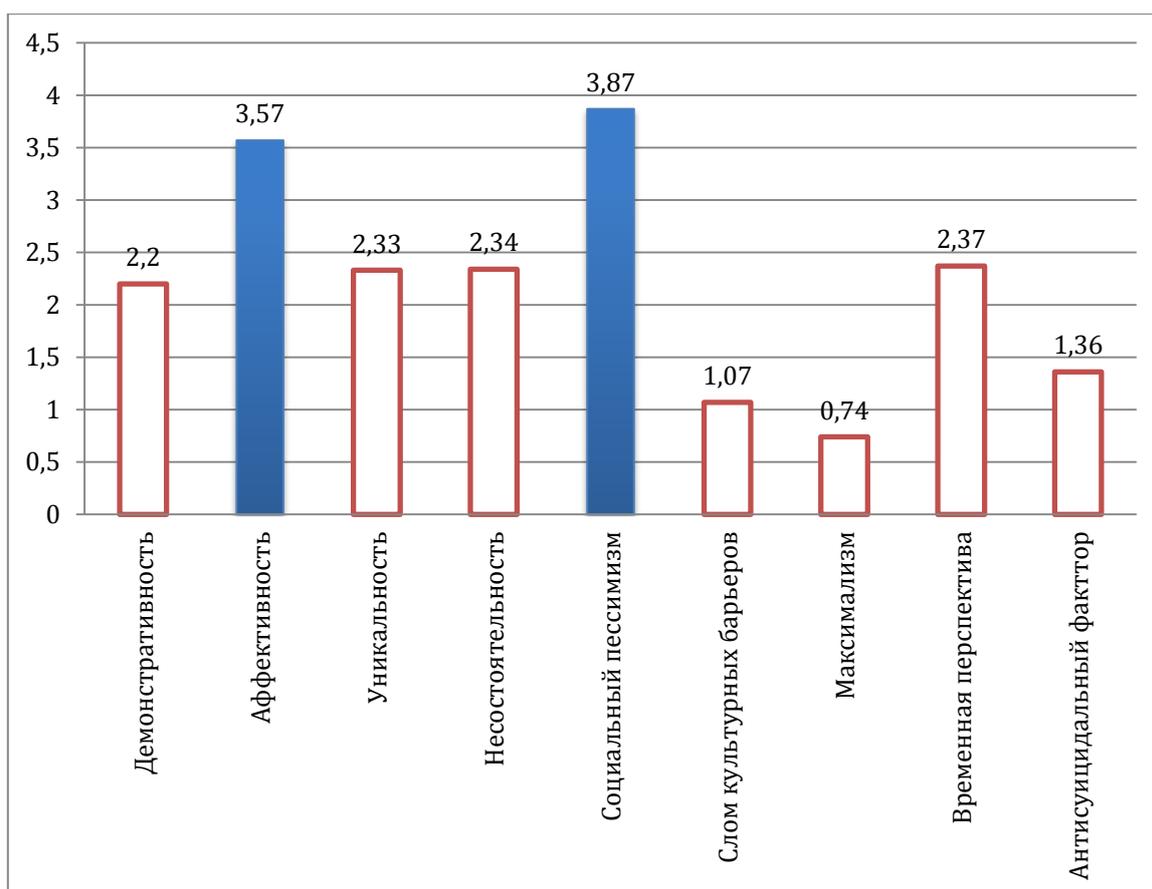


Рис. 3. Результаты изучения суицидальных намерений

Шкала «Социальный пессимизм» служит для описания негативной, враждебной картины мира. Подросткам с высокими показателями по этой шкале свойственно восприятие действительности как не соответствующей их личным стандартам нормальных отношений с окружающими людьми. Для таких людей характерен внешне обвиняющий

стиль поведения. Вероятно, они являются носителями установки «Мир не достоин меня».

Чуть менее выраженными оказались результаты по шкале «Временная перспектива». Гомосексуальные подростки, подвергающиеся дискриминации, довольно часто показывают неспособность конструктивно планировать собственное будущее. Это может быть результатом сильной фиксации на актуальных проблемах. Чувство неразрешимости текущей проблемной ситуации у таких подростков может трансформироваться в глобальный страх перед поражениями в будущем. Чтобы их избежать, подросток может воспользоваться более «легким» способом – совершить самоубийство.

Демонстративность также является ярким проявлением поведенческих реакций, характерных для подросткового возраста. В отношении суицидального риска здесь особую обеспокоенность должно вызывать желание привлечь внимание окружающих людей к собственным проблемам, трудностям, неудачам. Потребность в сочувствии и понимании особенно ярко проявляется у эмоционально незрелых подростков. Демонстративные попытки суицида можно оценить как «крик о помощи», как манипулирование поведением близких людей, как желание добиться своего. Однако цена за такие «достижения» весьма часто оказывается слишком высокой, а результат в принципе лишает смысла все попытки повлиять на социальное окружение.

Риск суицидального поведения также может быть высоким из-за восприятия подростками себя, ситуации, в которой они оказались, и своей жизни в целом как явлений исключительных, не похожих на другие. Уникальность своего опыта подталкивает некоторых подростков и к «исключительным» вариантам разрешения проблем (суицид). Эгоизм, индивидуализм и неспособность адекватно воспринимать чужой опыт в качестве возможного способа разрешения проблем могут создавать серьезные преграды на пути к конструктивному преодолению трудностей, в результате чего подросток, концентрируясь только на самом се-

бе, не видит других способов выхода из сложной жизненной ситуации, кроме как совершить самоубийство.

В добавление к вышесказанному можно утверждать, что обследованные подростки характеризуются отрицательной концепцией собственной личности (шкала «Несостоятельность»). Имеется в виду представление о своей никчемности, некомпетентности, непродуктивности и социальной бесполезности. Возможно, подростки с высокими баллами по этому показателю ощущают чувство физической или интеллектуальной неполноценности. Установки типа «Я ни на что не гожусь», «Я плохой», «Я глупый», «Я бесполезен» создают серьезную почву для формирования депрессивных состояний и суицидальных намерений.

§3. Взаимосвязь депрессии и суицидальных намерений

Очевидной встает гипотеза о прямом влиянии депрессии на суицидальный риск. В то же время структурные компоненты суицидальных намерений (в рамках рассматриваемой нами концепции Шмелева) имеют более сложные связи с проявлениями депрессии и могут сами оказывать влияние на возникновение стойкого негативного аффекта. Это нам и предстояло выяснить в ходе исследования.

Оказалось (табл. 2), что далеко не со всеми шкалами Опросника суицидального риска общий показатель депрессии по BDI¹ образует тесные положительные связи. Наиболее тесными оказались корреляции со шкалами «Уникальность», «Социальный пессимизм», «Слом культурных барьеров» и «Временная перспектива». Между уровнем депрессии и этими структурными компонентами суицидальных намерений в обследованной выборке наблюдались более сильные двусторонние связи на уровне значимости 0,01. Таким образом, подростки с гомосексуальной идентичностью, которым свойственны: 1) наличие убеждений в своей уникальности; 2) враждебная картина мира; 3) поиск культурных

¹ BDI – Beck Depression Inventory – Шкала депрессии А. Бека.

ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или делающих его привлекательным (своего рода культ самоубийства, пропагандируемый в некоторых субкультурах); 4) отсутствие способности «видеть горизонты» – планировать собственное будущее, несмотря на неудачи и трудности в настоящей, – эти подростки более вероятно повержены депрессии, и, соответственно, риск суицидального поведения будет более велик.

Чуть менее сильной корреляцией на уровне тенденции (0,05) оказалась взаимосвязь между общим показателем депрессии и шкалой «Демонстративность». Это не говорит о том, что негативные эмоциональные состояния, в которых пребывают некоторые гомосексуальные подростки, носят исключительно «показной», демонстративный характер. Скорее, это общая тенденция подросткового возраста – стремиться привлечь к своим проблемам внимание взрослых, чтобы достичь определенных позитивных результатов. Тем не менее высокие баллы по этой шкале способствуют повышению показателей общего уровня депрессии, а значит, вносят некоторый вклад в увеличение суицидального риска.

Таблица 2. Корреляционная матрица, иллюстрирующая взаимосвязи показателей депрессии по методике А. Бека и результатов, полученных с помощью Опросника суицидального риска

	Общий показатель депрессии	Когнитивно-аффективная субшкала	Субшкала соматических проявлений депрессии
Демонстративность	.241*	.195	.318**
Аффективность	.183	.192	.156

Уникальность	.403**	.396**	.390**
Несостоятельность	.230	.236*	.201
Социальный пессимизм	.434**	.411**	.393**
Слом культурных барьеров	.412**	.368**	.444**
Максимализм	-.282*	-.250*	-.326**
Временная перспектива	.544**	.549**	.441**
Антисуицидальный фактор	.307**	.301*	.285*
** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).			
* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).			

Анализ частных корреляций субшкал BDI и результатов по методике «Опросник суицидального риска» позволяет сделать вывод о том, что психосоматические проявления депрессии также обнаруживают связь со склонностью к демонстративности (корреляция достоверна на уровне значимости 0,01). Далее, обе субшкалы BDI имеют взаимосвязи с показателями «Уникальность», «Социальный пессимизм», «Слом культурных барьеров», «Временная перспектива». Что интересно, со шкалой «Максимализм» субшкалы BDI образуют отрицательные взаимосвязи. Т.е. чем выше уровень инфантильного максимализма ценностных установок, тем ниже уровень депрессии (разумеется, в рамках исследуемой нами выборки, а не в общей популяции). Кроме того, когнитивно-аффективная субшкала BDI демонстрирует связь на уровне тенденции со шкалой «Несостоятельность». Это представляется вполне

обоснованным, ведь некоторые пункты опросника, составляющие когнитивно-аффективную шкалу, описывают негативные представления личности о самой себе, включая дисфункциональные паттерны мышления, связанные с восприятием себя как человека никчемного, неспособного, бесполезного.

§4. Влияние личностных факторов на выраженность депрессии и суицидального риска

Диспозиционные черты личности изучались с помощью Пятифакторного личностного опросника (Большая пятерка, Big Five personality traits) (Хромов, 2000). Усредненный профиль личности респондентов представлен на рис. 4.

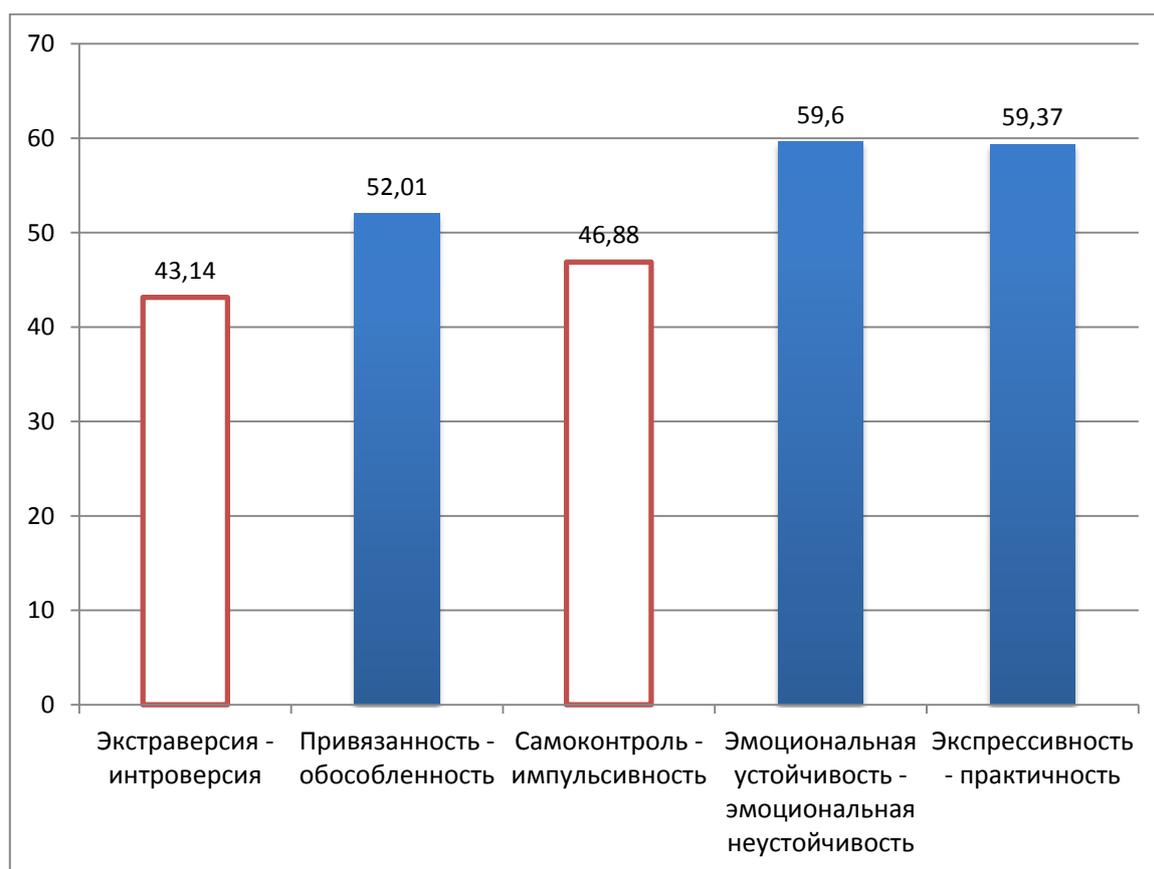


Рис. 4. Профиль личности гомосексуальных подростков (согласно Пятифакторной модели)

Оказалось, что для опрошенных подростков, считающих себя гомосексуалами, характерны такие особенности, как высокий нейротизм (эмоциональная неустойчивость), развитая экспрессивность (открытость новому опыту) и, что удивительно, высокая привязанность. Более низкие баллы подростки набрали по шкалам «Экстраверсия – интроверсия» и «Самоконтроль – импульсивность».

Анализируя эти данные, можно говорить, что гомосексуальных подростков, принявших участие в этом исследовании, отличают следующие параметры:

1) **интроверсия**, включая неуверенность в себе; бóльшую опору на собственные силы и взгляды, чем на взгляды других людей; склонность к уходу в фантазии; несколько сниженный, но ровный фон настроения; озабоченность своими личными проблемами и переживаниями; сдержанность, замкнутость и неумение раскрыться окружающим;

2) **эмоциональная неустойчивость**, включая сниженную способность контролировать свои эмоции; капризность; ощущение беспомощности; внешнюю обусловленность поведения – зависимость от средовых воздействий; тревожное ожидание неприятностей; экзальтированность – быстрая смена настроения от восторга и эйфории до глубокого разочарования и депрессии; сниженную самооценку и обидчивость;

3) **экспрессивность** – легкое отношение к жизни; сниженная социальная ответственность; легкомысленность; любопытство и открытость новому опыту; интуитивность; эстетство;

4) **сниженный самоконтроль**, включая стремление к поиску легких путей в жизни; естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам; низкую добросовестность в работе; готовность отвергать и не соблюдать принятые в обществе требования и

ограничения, неконвенциональное или даже асоциальное поведение; склонность «жить сегодняшним днем», не задумываясь о будущем;

5) *привязанность* – сильная потребность быть рядом с другим; отзывчивость; развитая эмпатия; доверчивость; альтруизм.

В табл. 3 представлены описательные статистики детально по всем показателям Пятифакторного личностного опросника. Кроме того, приведены результаты корреляционного анализа, показывающие взаимосвязи черт личности с уровнем депрессии.

Таблица 3. Диспозиционные черты личности: описательные статистики и взаимосвязь с уровнем депрессии

№	Шкалы	Min	Max	M	SD	Корреляция с уровнем депрессии
1	Экстраверсия – интроверсия	1	65	42.57	11.746	–.354**
	Активность – пассивность	3	15	8.49	3.020	–.167
	Доминирование – подчиненность	3	15	9.44	2.932	–.160
	Общительность – замкнутость	3	15	8.19	3.876	–.194
	Поиск впечатлений – избегание впечатлений	3	15	8.27	2.609	–.137
	Проявление – избегание чувства вины	3	15	8.96	3.164	–.190
2	Привязанность – обособленность	28	72	52.01	9.611	–.044
	Теплота – равнодушие	4	15	10.01	2.941	–.172
	Сотрудничество – соперничество	4	15	10.91	2.957	.075
	Доверчивость – подозрительность	3	15	8.09	3.133	–.147
	Понимание – непонимание	5	15	11.56	2.764	.100

	Уважение других – самоуважение	3	15	11.59	2.488	-.001
3	Самоконтроль – импульсивность	25	71	46.89	9.836	-.184
	Аккуратность – неаккуратность (отсутствие аккуратности)	4	14	8.06	2.598	-.198
	Настойчивость – отсутствие настойчивости	3	15	9.77	2.622	-.138
	Ответственность – безответственность	4	15	9.90	2.777	-.265*
	Самоконтроль поведения – импульсивность (отсутствие самоконтроля)	3	15	9.91	2.967	-.042
	Предусмотрительность – беспечность	3	16	9.54	2.770	-.084
4	Эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость	21	74	59.60	11.739	.470**
	Тревожность – беззаботность	3	15	11.77	2.865	.177
	Напряженность – расслабленность	3	77	11.23	8.668	.036
	Депрессивность – эмоциональная комфортность	3	15	12.57	2.811	.392**
	Самокритика – самодостаточность	5	15	12.57	2.732	.552**
	Эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность	3	15	12.56	3.010	.317**
5	Экспрессивность – практичность	21	71	59.37	7.538	.041
	Любопытство – консерватизм	5	15	11.00	2.519	-.270*
	Любознательность – реалистичность	3	15	13.56	2.351	.212
	Артистичность – отсутствие артистичности	5	15	12.29	2.335	.272*
	Сенситивность – нечувствительность	4	15	11.69	2.230	.089

	Пластичность – ригидность	3	15	10.90	2.415	-.008
**. Корреляция значима на уровне 0.01 (двухсторонняя).						
*. Корреляция значима на уровне 0.05 (двухсторонняя).						

Примечание: жирным шрифтом выделены основные (вторичные) личностные факторы.

Оказалось, что из всех основных личностных факторов наиболее тесно коррелирует с уровнем депрессии эмоциональная неустойчивость. Отрицательную взаимосвязь показывает экстраверсия – чем ниже развиты открытость и коммуникабельность, тем выше вероятность возникновения депрессивных реакций.

Из первичных личностных факторов (составляющих в совокупности базовые 5 факторов) на себя обращают внимание «Безответственность», «Депрессивность», «Самокритика», «Эмоциональная лабильность» и «Артистичность». Эти черты напрямую связаны с уровнем депрессии. Любопытство является предиктором, который способен снижать вероятность возникновения негативных эмоциональных состояний. Между этой чертой и уровнем депрессии была выявлена отрицательная взаимосвязь.

Известно, что корреляционный анализ не дает полной картины влияния одной или нескольких переменных на другую переменную. С помощью этого метода математической статистики можно лишь описать двусторонние связи между переменными, однако характер этих связей определить довольно проблематично. Чтобы выявить причинно-следственные связи (в нашем случае – черты личности выступают в роли причины, а уровень депрессии в роли следствия), мы применили метод структурного моделирования (рис. 5).

На представленной схеме видно, что уровень депрессии у гомосексуальных подростков определяется главным образом двумя личностными факторами: экстраверсией и нейротизмом. Экстраверсия

негативно влияет на вероятность развития депрессивных состояний, снижая ее. Высокая эмоциональная неустойчивость напрямую оказывает влияние на уровень депрессии – чем выше нейротизм подростков, тем сильнее у них выражены депрессивные симптомы.

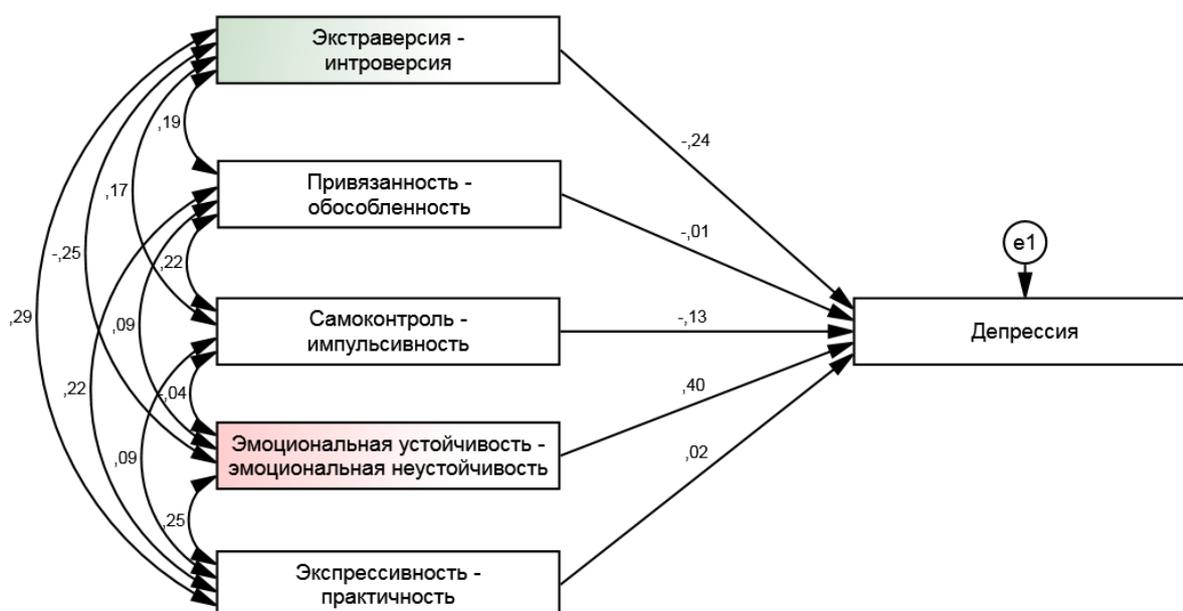


Рис 5. Модель влияния черт личности (Big Five) на уровень депрессии²

Далее в качестве личностной детерминанты депрессии были изучены ранние дезадаптивные схемы, рассматриваемые Дж. Янгом как когнитивный базис негативных эмоциональных состояний и расстройств личности. Используя разработанный автором схематерапии опросник YSQ – S3R (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Холмогорова, 2014), мы обнаружили (рис. 6), что преобладающими схемами в обследованной группе подростков являются «Покину-

² Градиентом выделены переменные, оказывающие наибольшее (как позитивное, так и негативное) влияние на зависимую переменную.

тость / нестабильность», «Пунитивность», «Поиск одобрения», «Недостаточность самоконтроля», «Жесткие стандарты / Придирчивость», «Негативизм / Пессимизм» и «Привилегированность / Грандиозность»³.

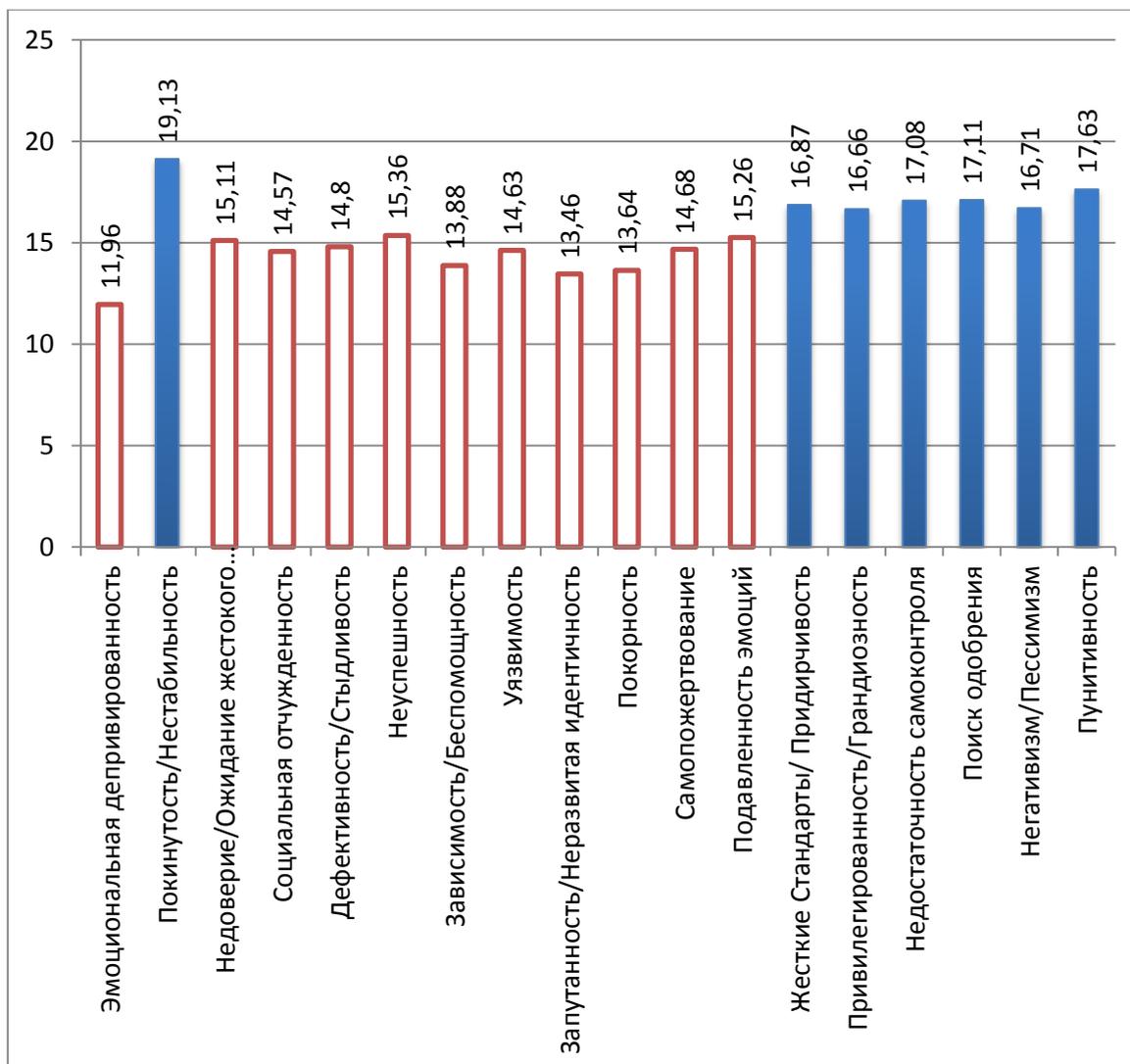


Рис. 6. Ранние дезадаптивные схемы

³ Порядок представленных в тексте схем соответствует их степени выраженности.

Представим краткое описание этих дезадаптивных схем («Что такое схема-терапия? Руководство для клиентов», 2016):

Схема **«Покинутость / Нестабильность»** связана с ожиданием потери объекта эмоциональной привязанности. Такие люди убеждены в том, что любые отношения рано или поздно заканчиваются. Вероятно, они в раннем детстве испытали развод или смерть родителей. Также такая схема может также быть сформирована, если родители часто игнорировали потребность ребенка в общении, заботе и любви.

Схема **«Пунитивность»** основана на установке, что люди заслуживают сурового наказания за свои ошибки. Подростки с такой схемой очень требовательны и не прощают ни себя, ни других. Они, как правило, недовольны своим несовершенным поведением. Вероятнее всего, у них есть хотя бы один родитель, который делает чересчур большой акцент на результатах деятельности и использует различные формы наказания в целях управления поведением ребенка.

Схема **«Поиск одобрения»** связана с приданием слишком большого значения получению похвалы и признания других людей. Может включать в себя чрезмерный интерес к статусу и внешнему облику как средствам получения одобрения. Подростки с такой схемой обычно очень чувствительны к отказам и стараются подстроиться под других людей, чтобы избежать неприятных чувств в связи с возможным отказом. Велика вероятность, что в раннем детстве потребность в бескорыстной любви не удовлетворялась их родителями.

Схема **«Недостаточность самоконтроля»** связана с неспособностью переносить любые разочарования в достижении своих целей, а также сдерживать свои эмоциональные проявления. Такая схема является важным предиктором антисоциального поведения.

Схема **«Жесткие стандарты / Придирчивость»** основана на убеждении в том, что результаты любой деятельности, которую вы-

полняет человек, недостаточно хороши, поэтому он стремится делать это еще лучше. Такая перфекционистская установка способствует нарушению здоровья, блокирует получение удовольствий и негативно отражается на чувстве собственного достоинства. Обычно родители людей с такой схемой проявляли свою любовь к ним только при условии достижения особых успехов.

Схема *«Негативизм / Пессимизм»* является распространенным стилем мышления, когда человек концентрируется на негативных сторонах жизни, частично или полностью игнорируя позитивные моменты. Подростки, у которых сформировалась подобная схема, не могут наслаждаться положительными событиями своей жизни, поскольку сконцентрированы на негативных мыслях или возможных проблемах в будущем. Они обеспокоены допустимыми неудачами в независимости от того, насколько хорошо идут текущие дела. Такой стиль мышления обычно формируется у людей, чьи родители постоянно проявляли особую тревожность в связи с широким классом событий независимо от их объективной опасности.

Схема *«Грандиозность / Привилегированность»* основана на вере в то, успех должен быть немедленным независимо от тех последствий, которые может за собой нести поведение, направленное на достижение этого успеха. Такая схема возникает у подростков, чьи родители чрезмерно баловали их и не установили четких социальных границ дозволенности. В некоторых случаях, однако, такая схема служит в качестве компенсации чувства эмоциональной депривации или неполноценности.

Анализируя характер влияния схем на эмоциональные расстройства, мы пришли к выводу, что далеко не все выделенные Янгом схемы напрямую влияют на уровень депрессии у гомосексуальных подростков (рис. 6).

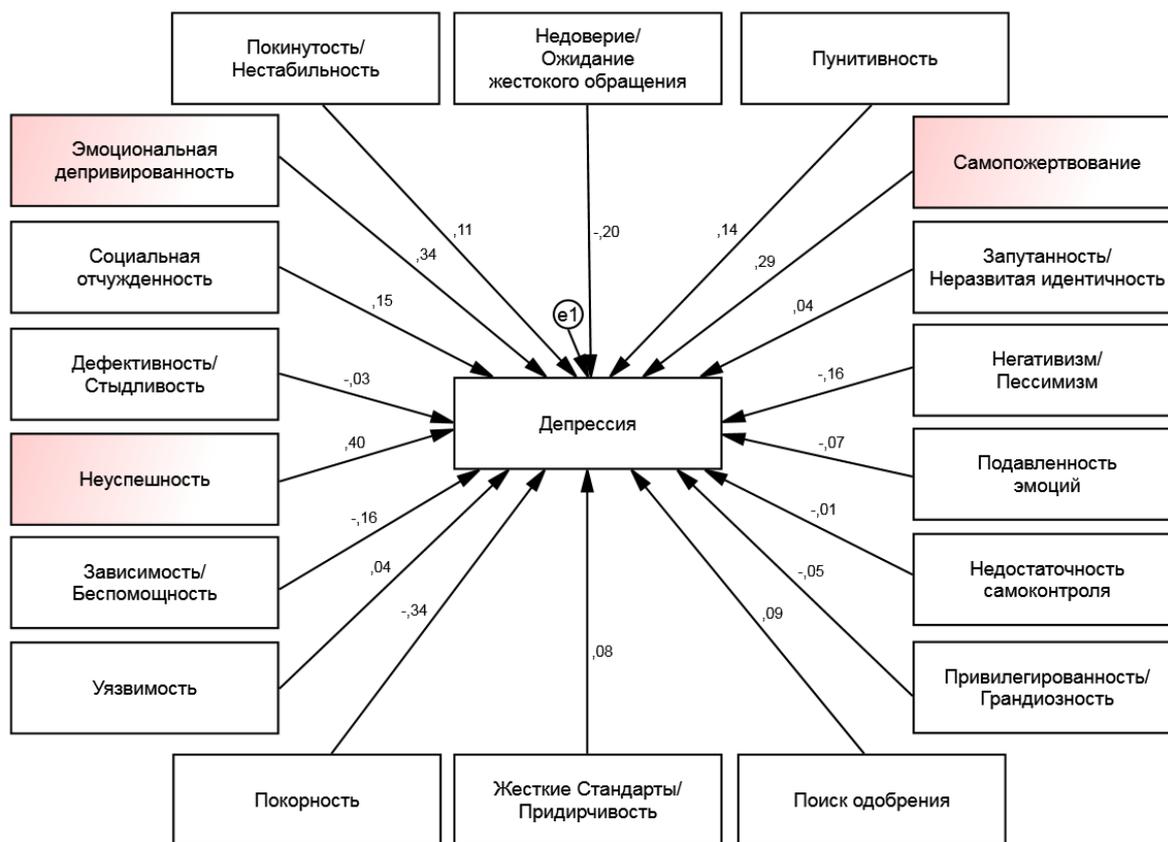


Рис. 7. Модель влияния ранних дезадаптивных схем на уровень депрессии

Наиболее выраженным влиянием на уровень депрессии обладают такие когнитивные схемы, как эмоциональная депривация, неуспешность и самопожертвование. Эти схемы являются результатом фрустрации в раннем детстве следующих потребностей: потребности в надежной привязанности (схемы «Эмоциональная депривированность» и «Неуспешность») и потребности в свободе выразить свои истинные желания и переживания (схема «Самопожертвование»). Этим схемам соответствуют три основных модуса (психоэмоциональные состояния, возникающие при активации соответствующей схемы):

– модус «*уязвимый / покинутый ребенок*» (подросток с этим модусом обычно испытывает сильные негативные эмоции тоски и тревоги);

– модус «*наказывающий родитель*» (включает в себя самонаказание и самоуничижение, самоповреждение);

– модус «*избегание, связанное с сильными эмоциями*» (ему соответствуют социальная изоляция, использование наркотиков, алкоголя, самоповреждение, если это приносит облегчение).

В комплексе перечисленные модусы образуют устойчивую основу для возникновения депрессивных состояний у обследованных подростков, а в сочетании с отягощающим влиянием стигматизации, вне всякого сомнения, существенно повышают риск развития клинических форм эмоциональных расстройств и расстройств адаптации, что в крайней форме может выразиться в саморазрушительном поведении.

Проактивность, оцененная с помощью разработанного нами опросника (Ерзин, 2014; Ерзин и Антохин, 2015), у обследованных подростков умеренно развита (табл. 4).

Таблица 4. Индекс проактивности гомосексуальных подростков в сравнении с результатами общей популяции и группой больных депрессией

Гомосексуальные подростки		Условно здоровые лица ⁴		Больные депрессией ⁵	
М	SD	М	SD	М	SD
203.54	26.427	225	5.8	194	12.50

⁴ Используются данные, представленные в статье Ерзина А.И., Антохина Е.Ю., опубликованной в журнале «Психология и психотехника» (2015, № 5).

⁵ Там же.

Согласно представленным данным, гомосексуальные подростки занимают промежуточное значение по уровню развития проактивности, находясь между условно здоровыми лицами и больными биполярным аффективным расстройством (депрессивный эпизод). Поскольку эмоциональные расстройства у подростков-гомосексуалов носят преимущественно психогенный характер, вполне обосновано, что проактивность у них представлена на несколько сниженном уровне, однако не достигающем тех значений, которые наблюдаются у эндогенных больных.

Структура проактивности представлена на рис. 8.

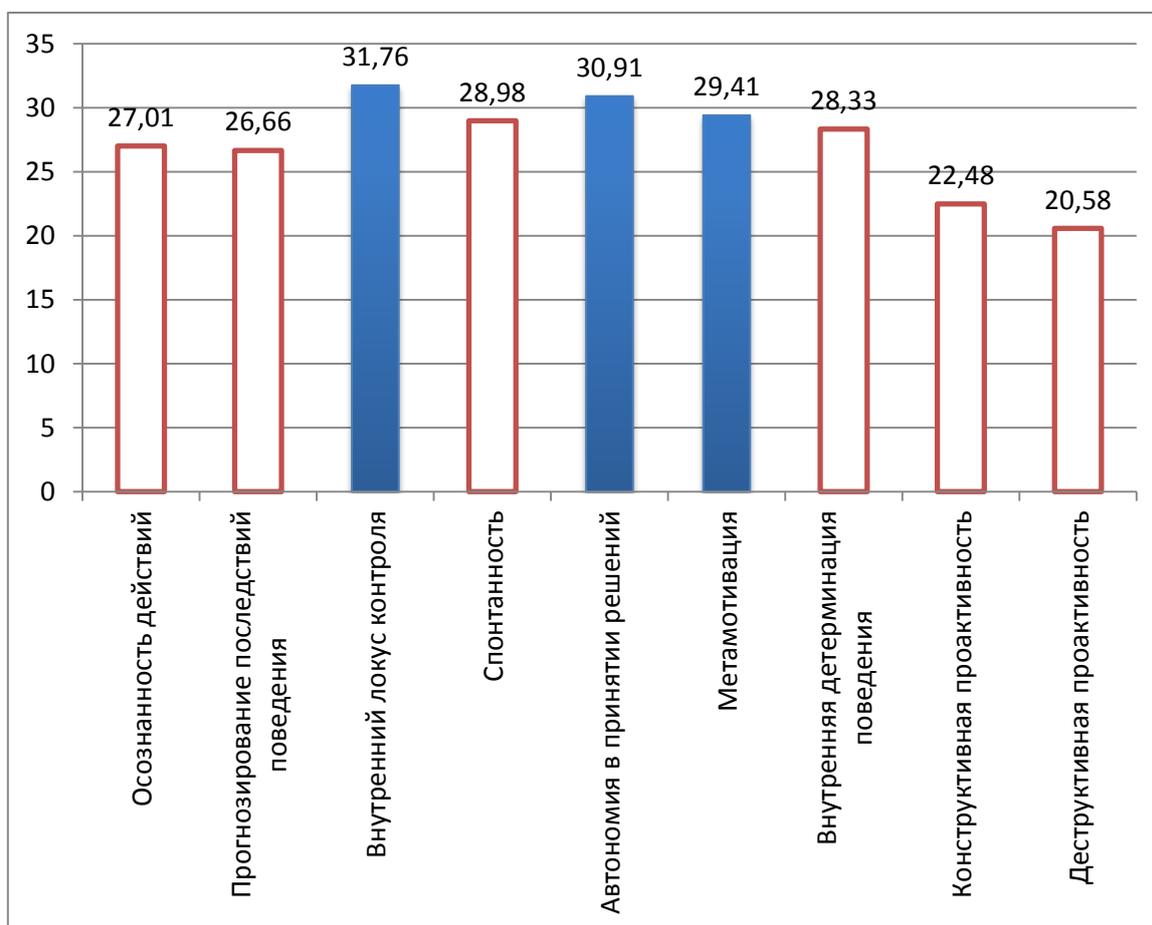


Рис. 8. Структура личностных компонентов проактивного поведения

Как можно наблюдать на этой диаграмме, достаточно высокие показатели подростки демонстрируют по шкалам «Внутренний локус контроля», «Автономия в принятии решений» и «Метамотивация».

Внутренний локус контроля демонстрирует готовность человека брать на себя ответственность за события в своей жизни (включая как успехи, так и неудачи). Люди с внутренним локусом контроля не стараются обвинить окружающих людей в своих неудачах, ошибках и промахах. В свою очередь, чрезмерно развитая интернальность сулит интрапунитивные реакции (самонаказание, чувство вины).

Автономия в принятии решений отражает склонность личности осуществлять свободный выбор, основываясь на адекватной оценке условий, факторов, мнений. Учитывая актуальную ситуацию, такие люди все же будут стремиться к самостоятельному, осознанному принятию решений. Низкие значения по шкале могут отражать недостаток этой самостоятельности, склонность человека ориентироваться на обстоятельства жизни и мнения окружающих людей.

Метамотивация включает в себя потребности «высшего» – социального и культурного порядка. В отличие от физиологических потребностей, метапотребности хорошо контролируются сознанием и волей и служат источниками личностного роста и самореализации. Человек с низкими значениями по данной шкале будет демонстрировать, скорее, преобладание базовых – «дефицитарных» потребностей над потребностями социально детерминированными.

Довольно низкие значения были получены по шкалам «Осознанность действий», «Прогнозирование последствий поведения», «Спонтанность», «Внутренняя детерминация поведения» и «Конструктивная проактивность».

Осознанность действий представляет собой способность личности рефлексивно оценивать свои поступки и прошлую жизнь, контро-

лизовать эмоциональные проявления. Низкие баллы по этой шкале указывают на недостаточность саморефлексии и самоконтроля.

Прогнозирование последствий поведения включает в себя антиципаторные способности – высшие когнитивные, исполнительные функции, позволяющие предвосхищать исход ситуации, а также рационально оценивать последствия собственных действий, чтобы избежать возможных трудностей и проблем. Низкие значения по этой шкале могут указывать на слабо развитую антиципацию, на склонность действовать без учета потенциальных последствий своего поведения. В совокупности с низкими баллами по шкале осознанности редуцированная антиципация образует комплекс импульсивного поведения.

Спонтанность представляет собой способность свободно выражать свои желания и стремления, не ограничивать себя в общении и деятельности, но учитывая актуальные условия межличностного взаимодействия. Речь идет о целенаправленности поведения, которое мало зависит от заданных условий. Низкие значения по этой шкале описывают человека, склонного в повседневной жизни ограничивать собственные потребности, интересы, любопытство, опираясь на сдерживающие условия и факторы среды. Неудивительно, что под влиянием социальной дискриминации подростки демонстрируют низкую природную спонтанность, будучи вынужденными постоянно «оглядываться», чтобы не стать объектом критики и осуждения.

Шкала **«Внутренняя детерминация поведения»** представляет собой базовую установку проактивной личности – готовность оказывать влияние на социальное окружение, основываясь на собственных взглядах, ценностях и потребностях. Человек с развитой проактивной установкой (или predisпозицией) реализует свое поведение на основе собственных идеалов, воззрений, убеждений и ценностей, а не в зависимости от ситуационных факторов. В свою очередь, низкие показатели по этой шкале описывают человека, зависимого от

среды, опирающегося на авторитет окружающих, мало способного оказывать влияние на других.

Конструктивная проактивность – готовность сознательно выбирать модели поведения, которые направлены на создание и поддержание межличностных контактов, творческую и познавательную активность. Подростки с низкими баллами по этому параметру (в сочетании с низкой спонтанностью и внутренней детерминацией поведения) могут испытывать коммуникативные трудности, предпочитая обособленный образ жизни, при этом испытывая дискомфорт из-за социальной изоляции.

Структурное моделирование позволило уточнить характер влияния компонентов проактивности на уровень депрессии у гомосексуальных подростков (рис. 9).

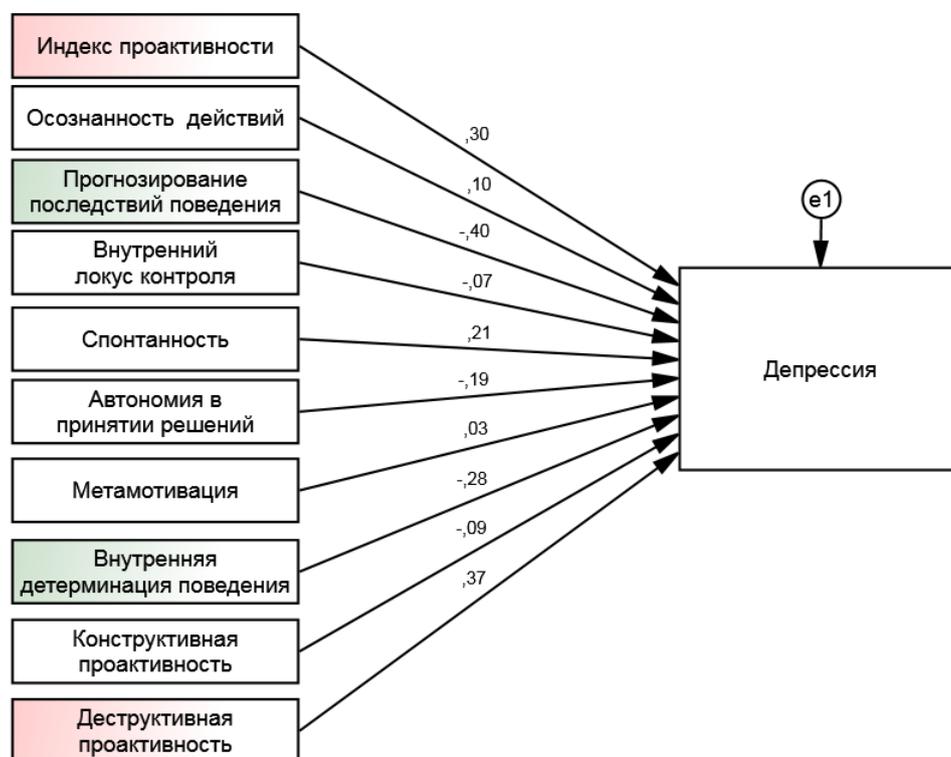


Рис. 9. Модель влияния компонентов проактивности на уровень депрессии

В некотором роде неожиданностью для нас стало то, что интегральный показатель (индекс) проактивности умеренно положительно влияет на возникновение депрессивных симптомов. Хотя большинство компонентов проактивного поведения не показали сколько-нибудь значимого влияния на уровень выраженности проявлений депрессии, *«Деструктивная проактивность»* выступила ведущим предиктором эмоциональных расстройств в группе опрошенных подростков. Чем чаще подростки прибегают к формам целенаправленного антисоциального поведения, включая манипуляции, преднамеренную агрессию, провокационные высказывания и пр., тем более высока вероятность формирования у них депрессивных реакций. Возможно, это связано с чувством вины. Что касается влияния общего показателя проактивности на депрессию, мы можем предположить, что причиной этого может быть чрезмерная склонность подростков к размышлениям (шкала осознанности действий): они фиксируются на своих поступках, вследствие чего возникает чувство вины, переживания по поводу допущенных ошибок, возможно, преувеличение имеющихся у них недостатков. При этом «слишком спонтанное» поведение может свидетельствовать о недостатке самоконтроля и способности к прогнозированию. Подросток сначала совершает какое-то действие (вероятно, не совсем обдуманно), а потом переживает по этому поводу. Иначе говоря, неготовность учиться на своих ошибках и делать выводы из своего опыта может служить одной из причин негативного аффекта.

Тем не менее, важным условием профилактики депрессивных расстройств является способность к прогнозированию последствий своего поведения, а также проактивная predisпозиция, проявляющаяся в готовности воздействовать на социальное окружение, а не приспособливаться к нему. Эти два компонента проактивности, как оказалось, наиболее выражено влияют на уровень депрессии, снижая его.

Оптимизм изучался с помощью Теста диспозиционного оптимизма (Гордеева, Сычев и Осин, 2010). Как было обнаружено, у 31 (44,3%) респондента был выявлен низкий уровень оптимизма. Люди с низким оптимизмом обычно полагают, что их будущее будет более вероятно связано с негативными обстоятельствами и трудностями. При этом такие лица воспринимают проблемы как долговременные и сложно решаемые. Хорошие события оцениваются такими людьми как случайные и быстро проходящие. 14 (20%) бисексуальных и гомосексуальных подростков показали средний, или умеренный, уровень оптимизма. Только 25 (35,7%) людей продемонстрировали высокие показатели оптимизма. Как показала описательная статистика (рис. 10), в обследованной выборке преобладают очень низкие значения диспозиционного оптимизма.

Как и ожидалось, уровень оптимизма обратно пропорционален уровню выраженности депрессивных симптомов (рис. 11). Подростки с более оптимистическим взглядом на жизнь, очевидно, будут менее подвержены эмоциональным расстройствам, будут быстрее восстанавливаться от последствий стигматизации, но, возможно, будут недооценивать потенциальные проблемы в будущем (шкала антиципации по опроснику «Проактивное поведение» у них на довольно низком уровне).

Самоэффективность оценивалась нами с помощью Шкалы общей самооффективности, разработанной Ralf Schwarzer и Matthias Jerusalem, в адаптации В.Г. Ромека (1996). Как показал анализ (табл. 5), у гомосексуальных подростков, принявших участие в исследовании, преобладают показатели самооффективности ниже среднего (в русскоязычной выборке этот параметр равен $31,93 \pm 4,74$).

Анализ влияния этой переменной на уровень депрессии у подростков позволил выяснить, что общая самооффективность умеренно негативно сказывается на степени выраженности депрессивных расстройств (рис. 12).

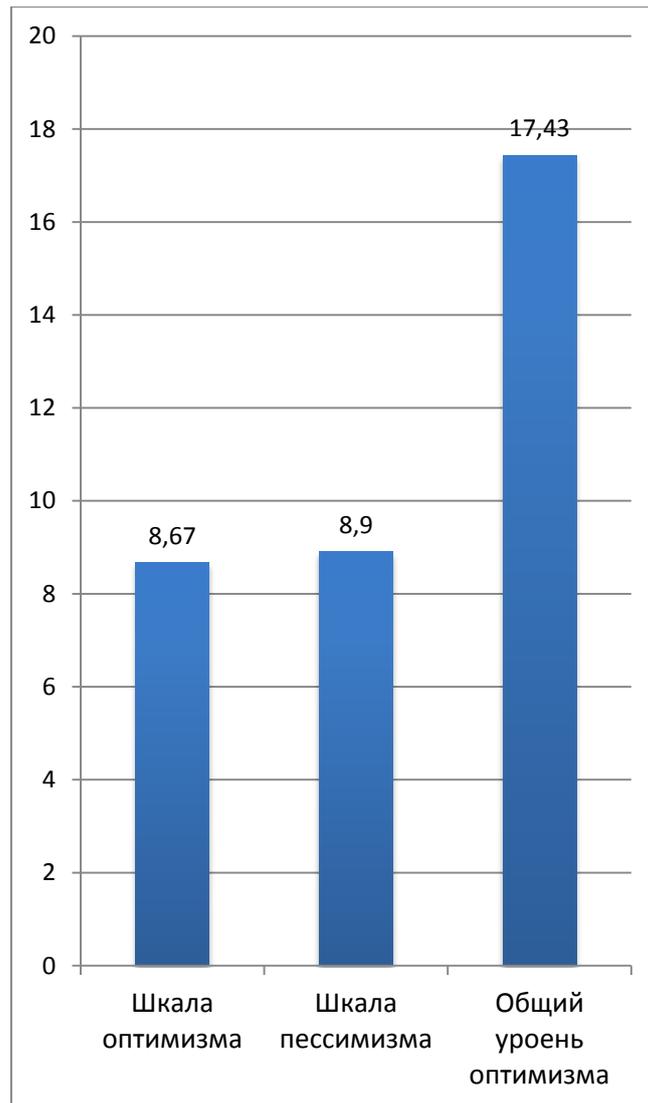


Рис. 10. Диспозиционный оптимизм

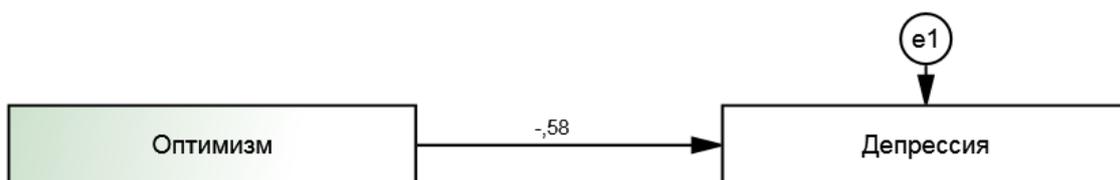


Рис. 11. Модель влияния диспозиционного оптимизма на уровень депрессии

Таблица 5. Общая самооффективность (описательные статистики)

	Min	Max	M	SD
Самоэффективность	16	41	27.74	5.594

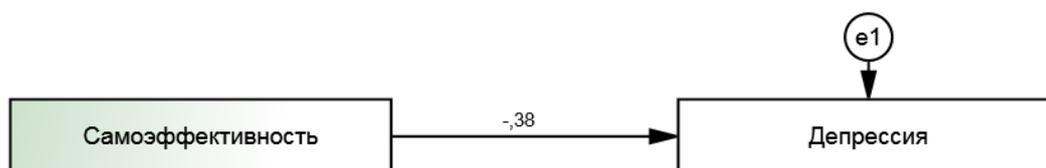


Рис. 12. Модель влияния общей самооффективности на уровень депрессии

Подростки, идентифицирующие себя с сексуальными меньшинствами, реже подвержены депрессии (особенно, если речь идет о психогениях), когда для них характерно убеждение с собственной эффективности решать проблемы, выполнять те или иные виды деятельности, справляться с трудностями и достигать определенных лично значимых целей. В свою очередь, те лица, которым свойственен низкий уровень самооффективности, будут демонстрировать более высокие показатели по шкале депрессии.

Хотя характер влияния личностных детерминант на выраженность депрессивных проявлений, как и ожидалось, был близок к линейному (это влияние достаточно легко предсказать даже на основе литературных данных), мы решили уточнить, насколько те или иные свойства личности, когнитивные конструкторы и модели поведения способны оказывать влияние на суицидальный риск среди ЛГБТ-подростков.

Если в случае с депрессией, Большая пятерка черт личности характеризовалась умеренно выраженным прямым влиянием эмоциональной неустойчивости на уровень депрессии и слабым отрица-

тельным влиянием экстраверсии на этот параметр, – в случае с суицидальным риском картина была несколько иной (рис. 13).

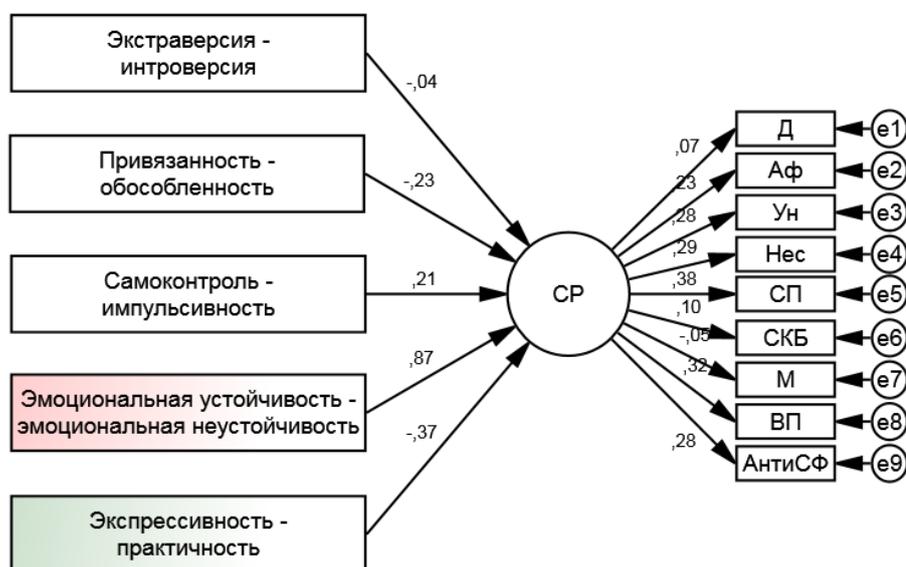


Рис. 13. Модель влияния черт личности (Big Five) на уровень суицидального риска

Примечание: CP – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуицидальный фактор.

Выяснилось, что экстраверсия-интроверсия вообще никакого значимого влияния на возможность реализации саморазрушительного поведения не имеет. При этом эмоциональная неустойчивость (или высокий нейротизм) имеет более убедительные прочные связи с суицидальным риском, чем с уровнем депрессии. Эмоциональная неустойчивость (низкий самоконтроль, импульсивность, аффективная лабильность) выраженно влияет на принятие решений. В данном случае речь идет о решении уйти из жизни. Здесь важны не столько мотивы этого решения, сколько сам факт – подросток в невыноси-

мых для него социальных условиях – условиях неприятия его сексуальной ориентации и идентичности окружающими людьми – под влиянием своей эмоциональной неустойчивости решает покончить жизнь самоубийством.

Далее на основе структурного моделирования нам удалось выяснить, что черта «Экспрессивность» имеет негативное влияние на вероятность реализации аутодеструктивных форм поведения. И наоборот, подростки с развитой практичностью (такие люди более реалистичны, хорошо адаптированы в обыденной жизни, верят в материальные ценности больше, чем в отвлеченные идеи, не любят резких перемен в своей жизни, предпочитают постоянство во всем, что их окружает, их весьма трудно вывести из равновесия) имеют более высокий риск совершения саморазрушительных действий в отличие от тех, кто демонстрирует менее развитую практичность.

Ранние дезадаптивные схемы на риск суицида оказывают несколько иное влияние, чем на уровень депрессии (рис. 14). Было установлено, что наиболее значимыми предикторами являются схемы «Дефективность / Стыдливость» и «Самопожертвование». Это основные когнитивные факторы, существенно повышающие суицидальный риск у гомосексуальных подростков.

Интересно, что схема «Покорность» и «Привилегированность / Грандиозность» могут оказывать обратное влияние – снижать риск суицидальных интенций. Схема «Покорность» включает в себя убеждение в том, что необходимо подчиняться контролю других людей, чтобы избежать негативных последствий. Хотя подчиняясь, подростки игнорируют собственные желания и чувства, такая модель поведения может уберегать их от возможности суицидальных действий, например в связи с мотивом не причинить боль и страдания своим близким.

Индекс проактивности, как и в ситуации с уровнем депрессии, умеренно положительно влияет на суицидальный риск (рис. 15).

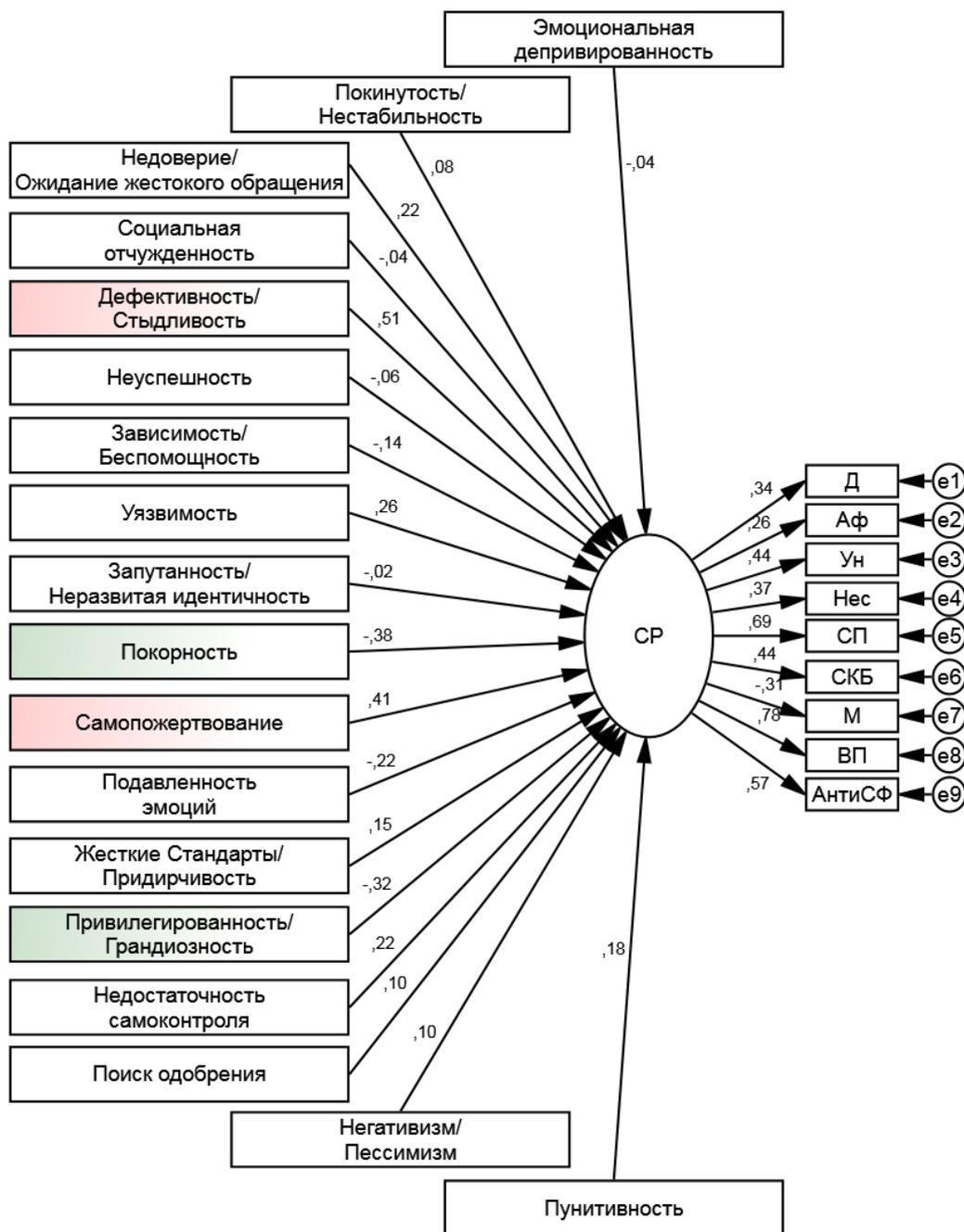


Рис. 14. Модель влияния дезадаптивных когнитивных схем на уровень суицидального риска

Примечание: СР – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуицидальный фактор.

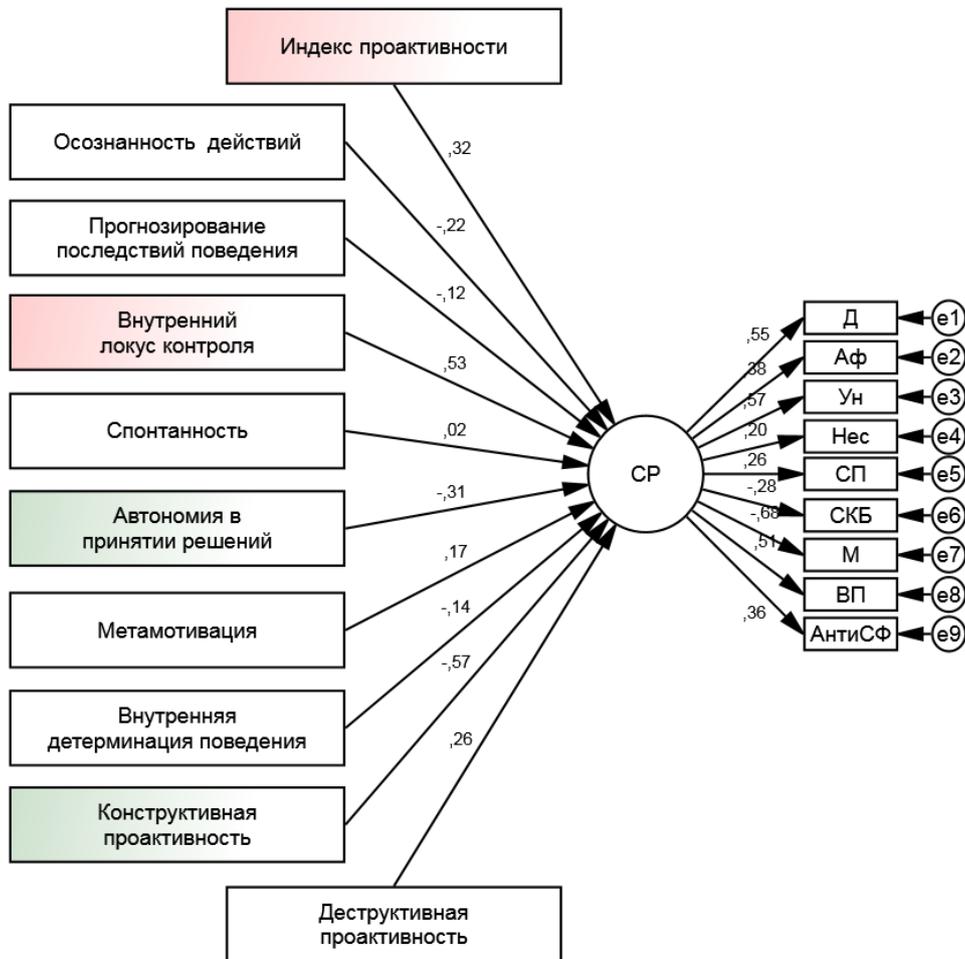


Рис. 15. Модель влияния компонентов проактивности на уровень суицидального риска

Примечание: CP – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуицидальный фактор.

Снова здесь важную роль играет переменная «Деструктивная проактивность», хотя и в меньшей степени (.26). При этом внутренний локус контроля, как оказалось, более выражено влияет на риск суицидального поведения, чем на проявления депрессии. Возможно,

высокие значения интернальности могут ассоциироваться с чувством вины, которое, безусловно, является важным условием саморазрушительного поведения. В свою очередь, автономия в принятии решений и конструктивная проактивность являются предикторами, которые существенно снижают суицидальный риск. Т.е. подростки, которые привыкли руководствоваться собственным мнением, а не ценностями и установками референтной группы, а также настроенные на установление прочных доверительных контактов с окружающими, в т. ч. проявляя альтруизм, дружбу и любовь – такие подростки менее склонны к суицидальным намерениям.

Аналогичное влияние (как и на депрессию) оказывает оптимизм на риск суицидального поведения (рис. 16).

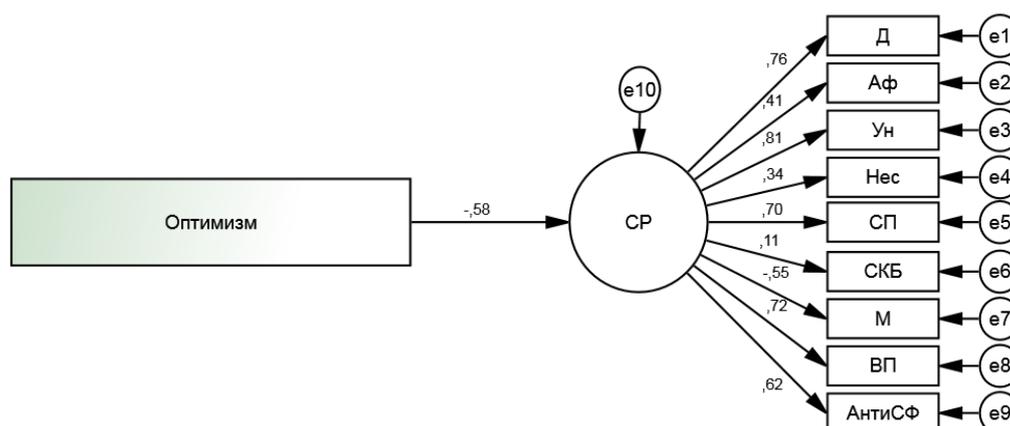


Рис. 16. Модель влияния диспозиционного оптимизма на уровень суицидального риска

Примечание: СР – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуицидальный фактор.

С другой стороны, уровень общей самооффективности никак существенно не влияет на суицидальный риск (рис. 17).

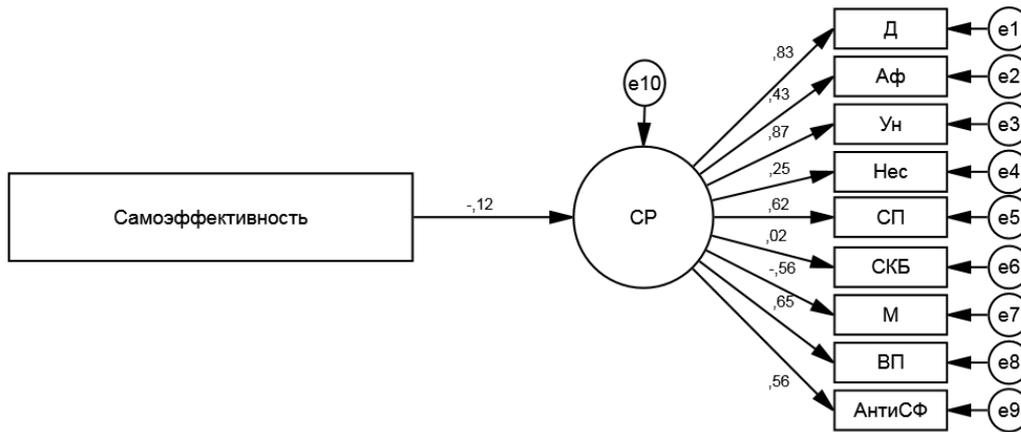


Рис. 17. Модель влияния самоэффективности на уровень суицидального риска

Примечание: СР – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуицидальный фактор.

Хотя степень развития самоэффективности обратно пропорциональна степени выраженности симптомов депрессии, на суицидальный риск эта переменная влияет несущественно. Тем не менее это влияние также носит обратный характер.

ГЛАВА 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ У ПОДРОСТКОВ С ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ

§1. Структура субъективного благополучия

С помощью Шкал психологического благополучия Рифф (Пергаменщик, Лепешинский, 2007) мы изучили особенности эвдемонического благополучия у подростков-гомосексуалов. Средние значения по всем шкалам представлены на рис. 18.

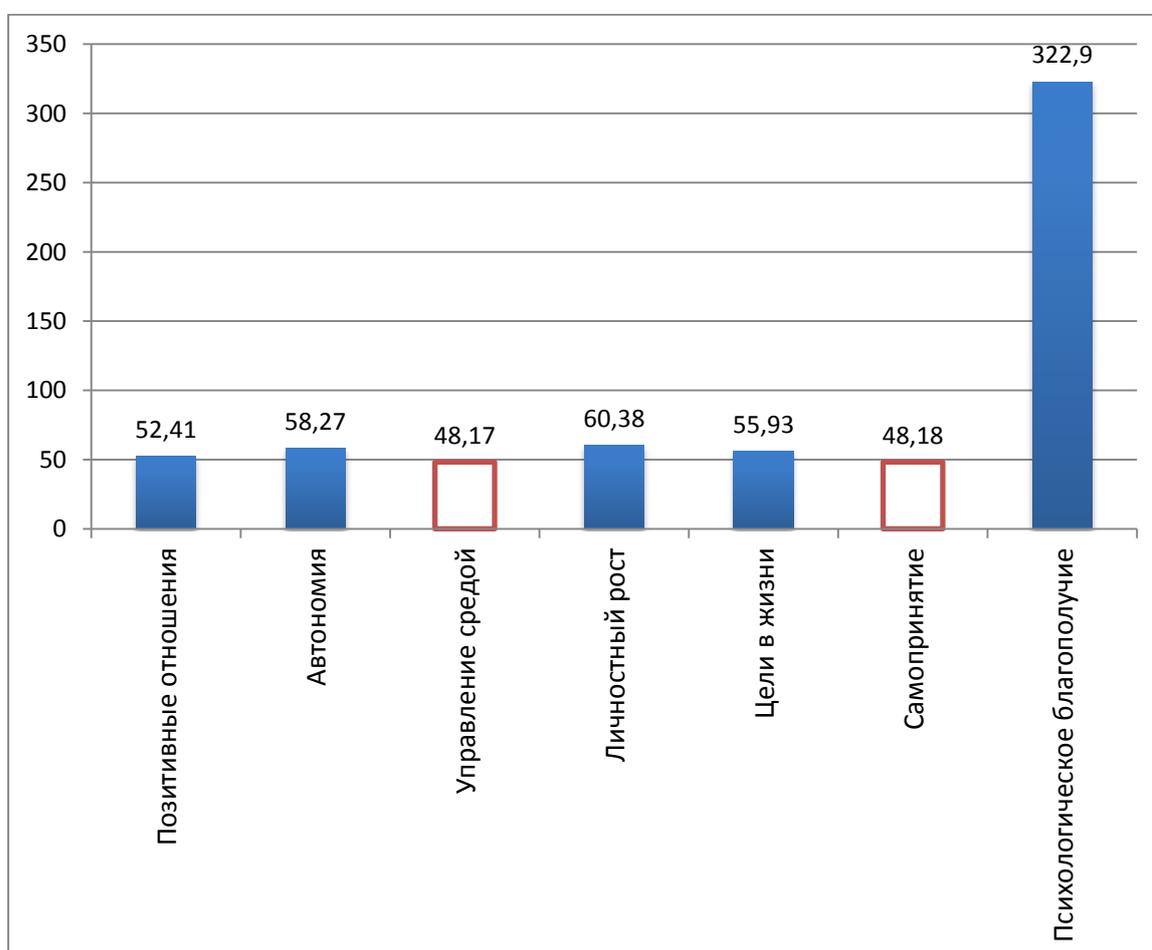


Рис. 18. Средние показатели по психологическому благополучию

Надо сказать, что общий показатель психологического благополучия (322,9) в обследованной группе людей приближается к нижней границе среднего уровня (в популяции он представлен в диапазоне значений от 315 до 413). Иначе говоря, гомосексуальным подросткам свойственен не очень высокий уровень психологического благополучия. В отличие от психического здоровья, которое частично оценивалось нами на основе результатов, полученных с помощью BDI, под психологическим благополучием понимается субъективное самоощущение целостности и осмысленности человеком своего бытия. Такой экзистенциально-гуманистический подход, как мы показывали ранее, получил широкое развитие в позитивно-психологических исследованиях. В отличие от гедонического благополучия, эвдемоническое, оцениваемое с помощью шкал Рифф, основывается на восприятии человеком различных сфер своей жизни и того, насколько он в этих сферах является успешным, насколько он испытывает удовлетворение от реализации своего потенциала в этих аспектах жизнедеятельности. Понятное дело, что подростку еще пока сложно говорить о каких-то серьезных достижениях и глубоком рефлексивном анализе пройденного отрезка жизни. Тем не менее уже в этом возрасте опрошенные нами подростки демонстрируют не очень высокий уровень субъективного благополучия, что, безусловно, должно коррелировать с уровнем выраженности депрессивных проявлений.

Необходимо отметить, что по большинству шкал опросника Рифф подростки набрали баллы, свидетельствующие о среднем уровне удовлетворенности в этих аспектах жизни. Чуть более оптимистично выделяются на этом фоне довольно высокие значения по шкале *«Личностный рост»*. Поэтому велика вероятность того, что подростки могут воспринимать себя самореализующимися, испытывать чувство реализации своего внутреннего потенциала, отслеживать улучшения в самих себе с течением времени, изменяться в соответствии с полученными знаниями и результатами. По шкалам *«Управление средой»* и *«Самоприятие»* подростки набрали крайне низкие баллы.

Управление средой – это готовность и способность субъекта оказывать эффективное влияние на социальное окружение, вызывать изменения в окружающих людях, ощущать контроль над своей жизнью вместо того, чтобы быть пассивным реципиентом жизненных событий. Этот параметр напрямую связан с развитием у человека проактивности – очевидно, чем выше проактивность, тем более он способен оказывать влияние на средовые переменные. В противоположном случае человек подчиняется обстоятельствам, «плывет по течению», хотя, возможно, внутренне этому и сопротивляется. Гомосексуальные подростки в условиях неприятия и отвержения сверстниками или, что более драматично, своими родителями действительно могут испытывать серьезные проблемы с успешной адаптацией, прибегая к менее эффективным способам поведения (например, избегание, смирение, подавление чувств и неспособность уверенно отреагировать на провокацию и т.д.). В ситуации социальной дискриминации, гомофобии, очевидно, параметр «Управление средой» должен находиться на довольно низком уровне.

Невысокие значения по шкале «Самопринятие» также прямо проистекают из той социальной ситуации, в которой вынуждены находиться подростки в нашем обществе. Такие подростки не довольны собой, разочарованы событиями своего прошлого, испытывают тревогу в связи с некоторыми своими личностными качествами или физическими данными. Возможно, они являются носителями интернализованной гомофобии, поэтому желают «быть как все», стать гетеросексуальными, чтобы избежать тяжелых последствий стигматизации. Неприятие себя и своей сексуальной ориентации – одна из наиболее серьезных трудностей, которые препятствуют ощущению субъективного благополучия и способствуют депрессивным состояниям и даже суицидальному риску.

Для того чтобы оценить вклад каждого параметра в общий уровень психологического благополучия, мы использовали структурное моделирование, в процессе которого на основе конфирматорного фак-

торного анализа все шкалы методики Рифф объединялись в один интегральный фактор, который был сравнен с общим показателем «Психологическое благополучие» (рис. 19). Обе эти переменные, как показал анализ, жестко связаны между собой (иначе говоря, они тождественны). Все параметры психологического благополучия связаны с интегральным показателем достаточно хорошо, но наиболее выраженную связь обнаруживают именно шкалы «Управление средой» и «Самопринятие». Т.е. именно эти два параметра в нашей выборке играют главную роль в формировании общего уровня субъективного благополучия, а поскольку они находятся на весьма низком уровне, от этого зависит и общее ощущение субъективного благополучия.

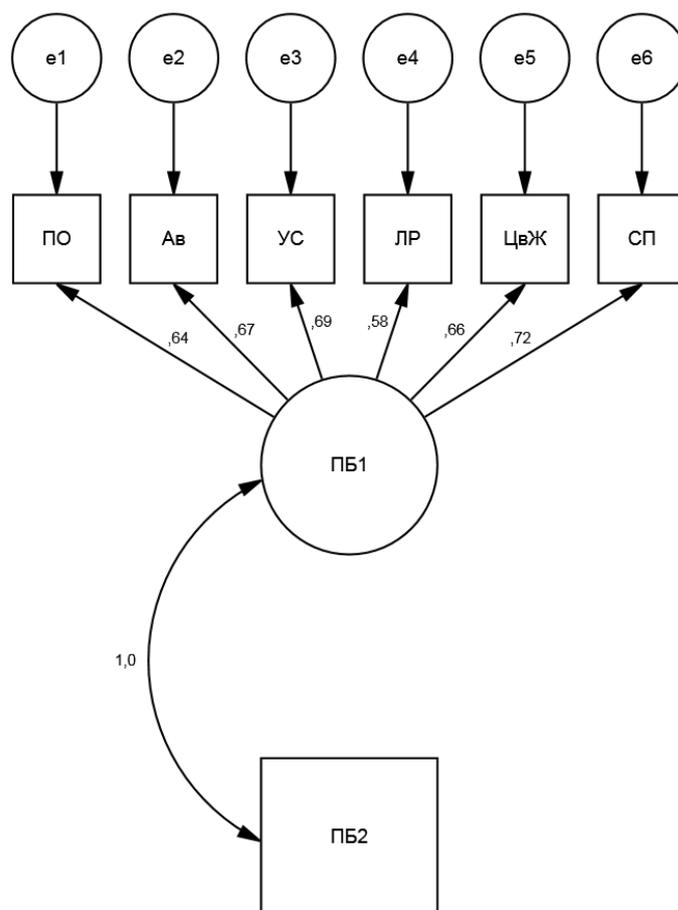


Рис. 19. Структурная модель психологического благополучия гомосексуальных подростков

Примечание: ПБ1 – переменная, отражающая уровень психологического благополучия, полученная с помощью конфирматорного факторного анализа; ПБ2 – уровень психологического благополучия по шкале Рифф; ПО – позитивные отношения; Ав – автономия; УС – управление средой; ЛР – личностный рост; ЦвЖ – цели в жизни; СП – самопринятие.

§2. Влияние личностных факторов на психологическое благополучие

Большая пятерка черт личности демонстрирует неоднозначную картину детерминации психологического благополучия (рис. 20). На первый план в системе предикторов здесь выступает нейротизм (высокий уровень эмоциональной неустойчивости). Важно учитывать, что этот личностный фактор слабо коррелирует с экспрессивностью, которая все же может оказывать позитивное влияние на ощущение субъективного благополучия. Схожее по уровню влияние имеет и личностная диспозиция «самоконтроль» – при высоких значениях этого параметра общий уровень психологического благополучия имеет тенденцию повышаться. Экстраверсия и привязанность каких-либо статистически выраженных прямых влияний не оказывают, однако они опосредованно связаны с психологическим благополучием – экстраверсия через экспрессивность и эмоциональную устойчивость, а привязанность через самоконтроль и экспрессивность. Иначе говоря, если предположить, что у гомосексуальных подростков наблюдаются высокие значения по шкалам «Экстраверсия», «Привязанность», «Самоконтроль», «Эмоциональная устойчивость» и «Экспрессивность» – в этом случае уровень субъективного благополучия должен быть очень высоким. Однако этого мы не наблюдаем в силу различных причин и, главным образом, стигматизирующего влияния общественных представлений о квир-идентичности.

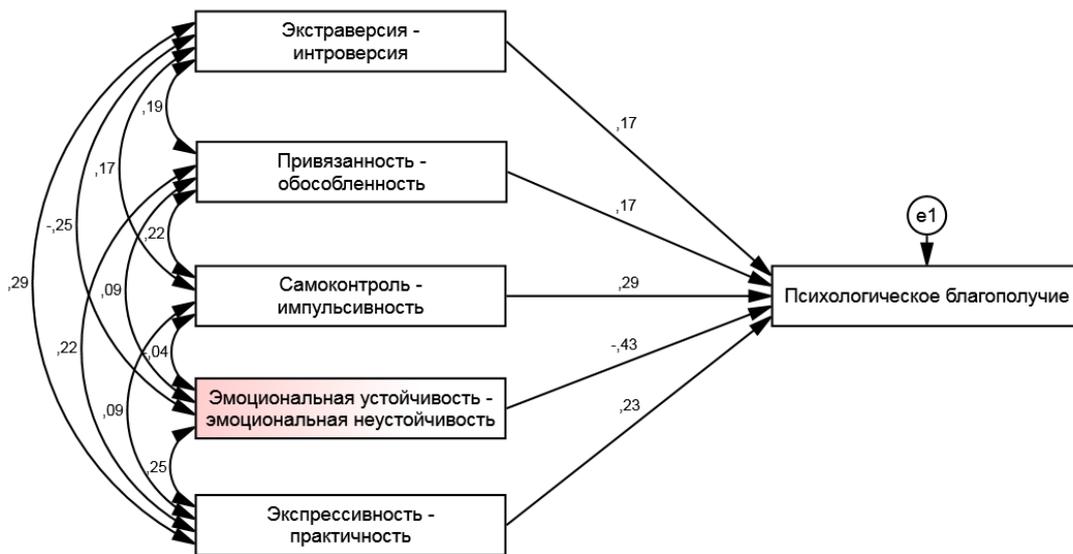


Рис. 20. Модель влияния черт личности (Big Five) на уровень психологического благополучия

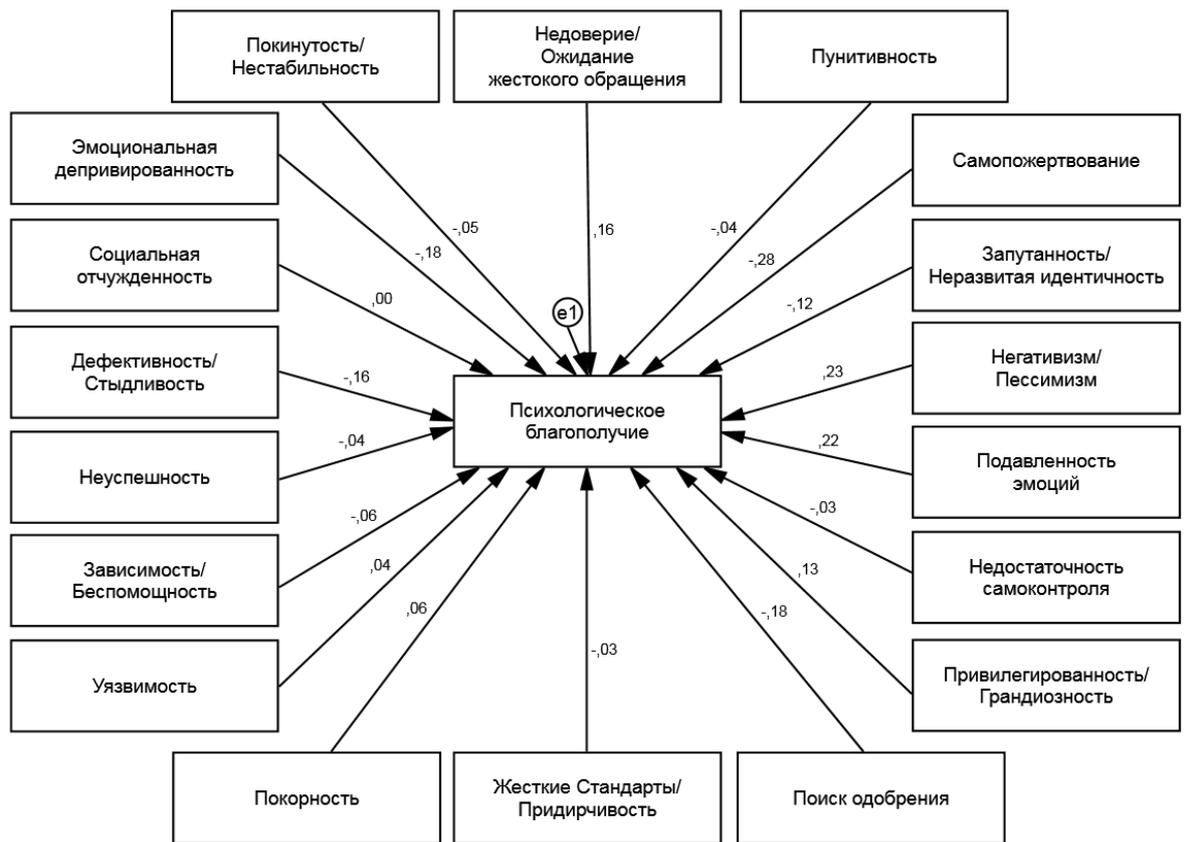


Рис. 21. Модель влияния ранних дезадаптивных схем на уровень психологического благополучия

Ранние дезадаптивные схемы, как выяснилось в процессе анализа (рис. 21), не оказывают умеренно или сильно выраженного влияния на психологическое благополучие. Выявленные регрессионные веса характеризуют слабое влияние на зависимую переменную, которое сложно рассматривать в качестве статистически значимого.

Проактивность оказалась более прогностически ценным предиктором. Между психологическим благополучием и индексом проактивности обнаружена прямая зависимость (рис. 22).

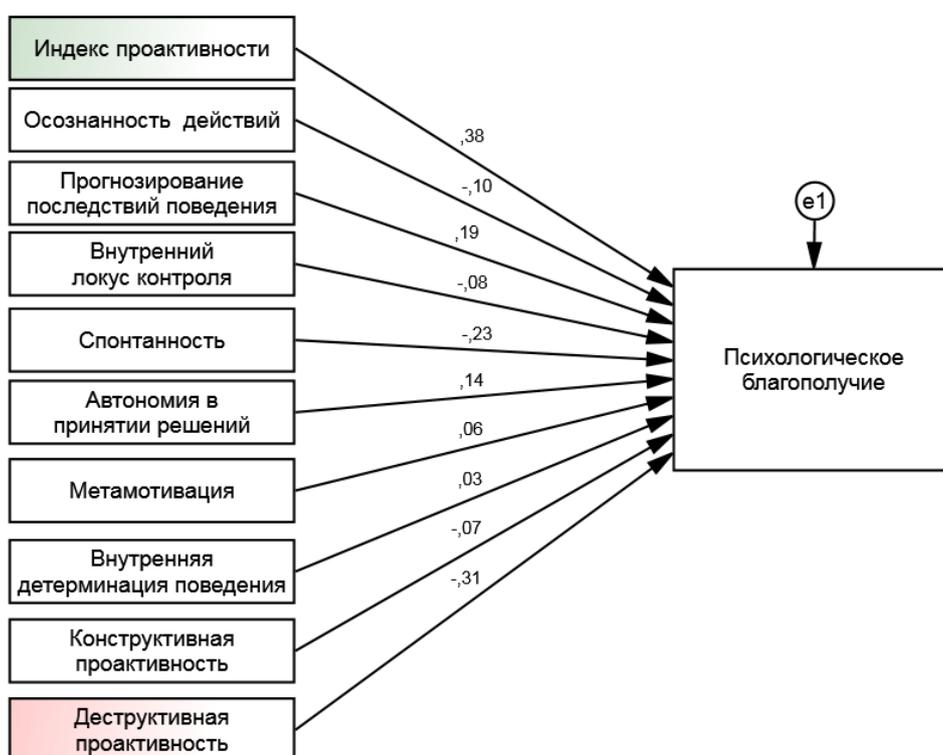


Рис. 22. Модель влияния компонентов проактивности на уровень психологического благополучия

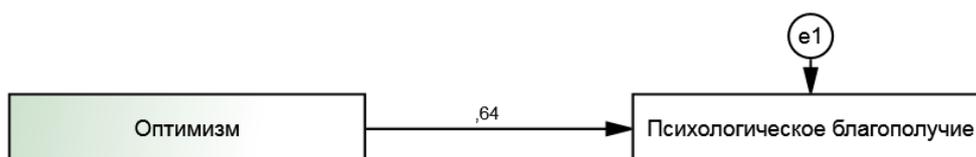


Рис. 23. Модель влияния диспозиционного оптимизма на уровень психологического благополучия



Рис. 24. Модель влияния общей самоэффективности на уровень психологического благополучия

Как видно из схемы, деструктивная проактивность имеет негативное влияние на уровень психологического благополучия, в то время как конструктивная проактивность не обнаруживает никаких заметных связей с эвдемоническим благополучием. Деструктивная проактивность, представленная в опроснике «Проактивное поведение» пунктами, имеющими отношение к преднамеренной агрессии, манипулированию другими людьми, спонтанной, ничем не обусловленной злобе, желанию достигать успехов в жизни за счет других – является отражением тех антисоциальных аспектов личности, которые можно обозначить как эгоцентризм, предопределяющий склонность управлять социальным окружением для получения максимальной выгоды для себя. Пока сложно говорить, связан ли этот параметр с компонентами Темной триады личностных черт, на сегодняшний момент мы полагаем, что такая связь вполне очевидна. Что касается причин, которые делают деструктивную проактивность основным негативным предиктором психологического благополучия среди всех компонентов проактивного поведения, мы можем предположить, что это обуславливается прежде всего отрицательными взаимосвязями со шкалой «Позитивные отношения» (-.25). Очевидно, «манипуляторы», «провокаторы» и «карьеристы», даже несмотря на их возможное обаяние, выступающее в качестве социальной маски, рано или поздно могут утрачивать доверие окружающих. В результате такого эгоцентрического поведения отношения с окружа-

ющими мало-помалу разрушаются, что, так или иначе, связано с низким уровнем психологического благополучия.

Диспозиционный оптимизм, как и ожидалось, является мощным предиктором психологического благополучия среди подростков-гомосексуалов (рис. 23). Люди, убежденные в том, что у них есть «светлое будущее» несмотря на жесткие условия социальной реальности, более вероятно будут демонстрировать высокие показатели субъективного благополучия.

Аналогичная картина описывает и влияние общей самооэффективности: чем сильнее вера человека в собственные способности преодолевать различные трудности и решать разнообразные жизненные задачи, тем более высоким будет общий показатель психологического благополучия (рис. 24).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выраженность депрессивных состояний и низкий уровень психологического благополучия у подростков-гомосексуалов в нашем обществе являются явлениями вполне закономерными с точки зрения основных причин их возникновения. Хотя СМИ пропагандируют толерантное отношение к любым социальным меньшинствам, общество, в котором мы живем, еще очень далеко от искреннего принятия гражданских прав и свобод гомосексуалов.

Гомосексуалы воспринимались и будут восприниматься как «чужие», как другие, которых чрезвычайно сложно понять. А многое непонятное и непознаваемое, как известно, способно вызывать в людях чувства неприятия, агрессии или страха. Откровенная травля таких людей – людей из секс-меньшинств – это лишь самое крайнее проявление насилия и дискриминации на почве ненависти. Стигматизация, т.е. навешивание «ярлыка» ненормального, больного, опасного для общества индивида – это процесс, который пронизывает многие сферы жизни человека: взаимоотношения в семье, учебу, общение со сверстниками, профессиональную деятельность. Подросткам с проблемами сексуальной ориентации довольно часто просто некуда убежать. Единственной «отдушиной» иногда оказываются интернет-сообщества, которые объединяют таких людей и служат некоторым подобием точки опоры.

Невозможность открыто заявить о своей сексуальной идентичности, обсудить эти вопросы с самыми близкими людьми создает не только серьезный барьер на пути свободной самореализации личности подростка, но и способствует возникновению тяжелых проблем со здоровьем. Психогенные депрессии, тревожные и психосоматические расстройства, аддиктивное поведение, саморазрушительные тенденции, закономерно приводящие к суициду – вот самый

обобщенный перечень последствий стигматизации для психического здоровья ЛГБТ-подростков.

В ходе наших исследований удалось выяснить, что наличие прямой зависимости уровня депрессии от тяжести стигматизации является аксиомой для гомосексуальных подростков, проживающих в русскоязычной культуре. Очевидно, подобная картина наблюдается и в других странах мира, даже если гомосексуализм не преследуется по закону.

Преобладание когнитивно-аффективных симптомов депрессии над психосоматическими говорит о том, что в подавляющем большинстве случаев, с одной стороны, негативные эмоциональные состояния вызываются когнитивными структурами, выступающими в качестве посредника между стимулом и реакцией. С другой стороны, у гомосексуальных подростков депрессия проявляется преимущественно на уровне негативного аффекта при достаточно низких значениях показателя «соматические проявления».

Уровень субъективного благополучия также свидетельствует о серьезных трудностях в жизни подростков с гомосексуальной ориентацией. Приближаясь к самой нижней границе нормы, этот уровень отражает низкую удовлетворенность жизнью, низкую самооценку, неэффективность во многих сферах жизнедеятельности. Тем не менее особенно низкие значения подростки демонстрируют по параметрам «Управление средой» и «Самопринятие». С одной стороны, подростки затрудняются признать свое гомосексуальное влечение ввиду страха перед осуждением и отвержением. С другой стороны, под натиском обстоятельств подростки зачастую показывают неспособность оказывать сколько-нибудь заметное и результативное влияние на социальное окружение.

Основной вопрос, который стоял перед нами в этом исследовании, – какие личностные особенности (черты, когнитивные структуры, паттерны поведения) напрямую влияют на выраженность де-

прессивных симптомов и суицидального риска, а какие способны защищать подростка от негативного воздействия стигмы?

Удалось выяснить, что высокий нейротизм (иначе – эмоциональная неустойчивость) и интроверсия как компоненты пятифакторной модели личности усугубляют влияние стигматизации, повышая уровень депрессии и суицидального риска. Психологический портрет обследованных подростков, таким образом, состоит из следующих параметров: замкнутость, эмоциональная лабильность, сниженный самоконтроль, развитая эмпатия и привязанность.

В структуре суицидальных намерений на первый план выходят аффективность и социальный пессимизм. Кроме того, достаточно высокими оказались значения по параметрам «Демонстративность» и «Временная перспектива».

Среди дезадаптивных когнитивных схем на себя обращают внимание эмоциональная депривированность, дефективность, стыдливость, неуспешность и самопожертвование. Подростки, являющиеся носителями данных схем, наиболее подвержены депрессии и суициду. Формируясь в раннем детстве, когнитивные схемы являются отражением преобладающей модели воспитания в родительской семье. Жесткие стандарты, предъявляемые к ребенку, эмоциональная холодность, критика и порицание формируют личность депрессивного склада. Если к этому добавить влияние социальной дискриминации и стигматизации – риск проблем с психическим здоровьем резко возрастает.

Проактивность как характеристика самодетерминированной, инициативной личности имеет неоднозначное влияние на уровень депрессии и риска суицидального поведения. С одной стороны, развитая антиципация, автономия в принятии решений, проактивная установка и стремление к продуктивному установлению контактов с окружающими выполняют протективную функцию по отношению к возможности возникновения депрессивных проявлений. С другой

стороны, слишком высокие значения внутреннего локуса контроля у гомосексуальных подростков способны значительно повышать риск суицида. Мы объясняем это чувством вины, которое может наблюдаться при высоких показателях интернальности.

Самоеффективность и оптимизм являются теми когнитивными структурами, которые априори являются предикторами высокого психологического благополучия и препятствуют возникновению депрессии. Подростки, которые предпочитают смотреть в перспективу, не фиксируясь на актуальных проблемах и трудностях, которые верят в свои способности решать жизненные задачи, как показал анализ, демонстрируют низкие показатели депрессии и суицидального риска и высокие показатели субъективного благополучия.

Таким образом, использованные нами методы статистического анализа данных, включая математическое моделирование, позволили доказать основной тезис этой работы – определенные личностные детерминанты могут как усугублять действие стигматизации, так и выполнять защитную роль.

Опираясь на представленные в монографии данные, можно предложить в качестве «мишеней» психокоррекционных и психотерапевтических процедур когнитивные факторы (ранние дезадаптивные схемы, оптимизм и самоеффективность), а также личностные диспозиции (нейротизм, самоконтроль, проактивность). Акцент в профилактических и консультативных (в т.ч. тренинговых) программах на эти грани личности кажется нам перспективным. С учетом развития позитивной психологии, в том числе и в нашей стране, применение такого подхода, при котором большое внимание уделяется не только и не столько «исправлению» дисфункциональных паттернов личности, сколько развитию внутренних ресурсов, обеспечивающих более полное и самоеффективное функционирование – является одним из многообещающих направлений в клинико-психологической работе с личностью гомосексуальных подростков.

Чрезвычайно сложно давать какие-либо наставления и рекомендации родителям подростков с квир-идентичностью, родителям, которые обладают собственным набором ценностей, предрассудков и стереотипов. Тем не менее основная рекомендация может заключаться в акцентировании большего внимания общению с ребенком. Несмотря на то, что для некоторых родителей характерно стеснение, неловкость или даже отвращение при разговорах на темы сексуальности, эти внутренние преграды нужно стараться преодолевать. Подросток все равно узнает необходимую информацию и при большом желании найдет единомышленников – на улице, в соцсетях и т.д. Однако главным единомышленником или хотя бы человеком, искренне понимающим проблемы ребенка, должен являться родитель.

Еще один вопрос, связанный с предрассудками и стеснением – это необходимость посещения психолога / психотерапевта. С одной стороны, сами люди боятся сделать первый шаг, боятся раскрыться, довериться. Это касается как самих подростков, так и их родителей. С другой стороны, не каждый психолог или психотерапевт «подкован» в вопросах, связанных с «нетрадиционной» сексуальной ориентацией. Если у специалиста работа с такими людьми вызывает внутренний протест – лучше передать клиента другому психологу.

Не менее важной с позиции стигматизации и ее профилактики является работа педагога. Учителя, как и любые люди, являются носителями индивидуальных и общественных ценностей. Даже если человек является специалистом «высшей пробы» в преподавании, но предрассудки толкают его на необдуманные высказывания, которые являются неэтичными и создают поддерживающую стигматизацию атмосферу в школе, – с такими людьми необходимо работать, работать психологам и социальным работникам, которые, в свою очередь, тоже должны быть осведомлены о проблемах, которые испытывают ЛГБТ-подростки.

Вопрос гомосексуальности и связанных с нею проблем в нашей стране строит очень остро. Любая крайность, мы полагаем, вредна. Вредна травля и преследование лиц, которые в силу независящих от них причин являются носителями квир-идентичности. Но вредно также и откровенное навязывание определенного стиля жизни посредством различных «акций» (гей-парады и пр.). Во всем должна быть умеренность, и, к сожалению, наше общество еще долго не сможет прийти к пониманию этой простой истины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антохин Е.Ю., Ерзин А.И. Апробация методики диагностики проактивности в клинических выборках // Психология и психотехника. – 2015. – № 5. – С. 493-500.
2. Арриан. «Поход Александра». IV 13.
3. Барабанов Р.Е. Методика «Психотест на определение гендерной идентификации и сексуальной ориентации» // Молодой ученый. – 2011. – № 6. Т.2. – С. 90-92.
4. Ван Гулик Р. 2004. – С. 105.
5. Ветерок Е.В. Особенности сенсомоторной интеграции у нормативно развивающихся подростков и подростков с измененной сексуальной ориентацией // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2010. – Т. 1. – № 1. – С. 149-153.
6. Дхармашастра Яджнавалкьи II 293; Дхармашастра Ману XI 175.
7. Епанчинцева Г.А., Ерзин А.И.. Понятие проактивности в современной психологии // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2013. – Т. 6. – № 1. – С. 79-83.
8. Ерзин А.И. Методика «Проактивное поведение»: описание шкал и первичная оценка психометрических показателей // Актуальные проблемы психологического знания. – 2014. – № 4. – С. 59-69.
9. Ерзин А.И. Проблема проактивности в Психологии здоровья // Психолог. – 2014. – № 1. – С. 94-124.
10. Ерзин А.И. Сексуальность в норме и патологии. – Palmarium Academic Publishing, 2013. – 265 с.
11. Зиглер Д., Хьелл Л.. Теории личности. – СПб: Питер, 2013. – 608 с.
12. Ириней. Против ересей I 25. пер. Е. В. Афонасина.
13. Кон И. (2001) Любовь небесного цвета: Научно-исторический взгляд на однополую любовь. – СПб: Продолжение жизни.

14. Кон И.С. Онлайн-конференция. Все о мужской сексуальности // Комсомольская правда. 2 апреля 2007.
15. Ксенофонт. «Воспоминания о Сократе». I 4. 12. пер. С.И. Соболевского
16. Курций Руф. «История Александра Великого». VI 5. 23; X 1. 22–37.
17. Мид М. Культура и мир детства. – М.: Восточная литература, 1988.
18. Напрягло М.А. Что такое самоэффективность? // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2012. – № 22. – С. 23-25.
19. Непомнящий А.Л. Фрейд, его мнение и теоретический подход к гомосексуальности // Пленэр. – 2013. – № 3 (3). – С. 63-67.
20. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды. – М.: Смысл. – 2002. – 462 с.
21. Пергаменщик Л.А., Лепешинский Н.Н. Опросник «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф: процесс и результаты адаптации // Психологическая диагностика. – 2007. – № 3. – С. 73.
22. Прокопий. Тайная история 20. 9. пер. А.А. Чекаловой.
23. Суждения духа Разума. // Зороастрийские тексты. – М., 1997. – С. 104.
24. Уоллес Бадж Э.А. Египетская книга Мёртвых – М.: «Алетейа», 2003. – С. 289.
25. Франкл В. Сказать жизни «Да!». Психолог в концлагере. – М.: Альпина нон-фикшн, 2013. – 240 с.
26. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.
27. Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности. В кн.: Психология бессознательного: Сб. произведений. – М., 1990. – С. 181.
28. Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с погранич-

ным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 2 (81). – С. 78-87.

29. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие. – Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. – 23 с.

30. Эсхин I 137. пер. Э. Д. Фролова.

31. Abdolhoseini A., Alaei Nasab S., Besharat M.A., Mohamadi Hasel K., Niknam S. Int J Relationships of personality factors to perceived stress, depression, and oral lichen planus severity // Behav Med. – 2013 Jun. – Vol. 20(2). – P. 286-92.

32. Adamczyk. A., Cassady P. “Shaping Attitudes about Homosexuality: The Role of Religion and Cultural Context.” // Social Science Research. – 2009. – Vol. 38. – P. 338-351.

33. Adams J., Neville S. Views about HIV/STI and health promotion among gay and bisexual Chinese and South Asian men living in Auckland. New Zealand // Int J Qual Stud Health Well-being. – 2016 May 20. – Vol.11. – P. 37-64. – doi: 10.3402/qhw.v11.30764.

34. Adeboye AA., Breckenridge ED., Noor SW., Rosser BR., Wilkerson JM. Substance-use and sexual harm reduction strategies of methamphetamine-using men who have sex with men and inject drugs // AIDS Care. – 2015. – Vol. 27(8). – P. 1047-54. – doi: 10.1080/09540121.2015.1020280.

35. Advocate.com (2002). Survey: Workplace discrimination against gays is common // Retrieved September 25. – 2007. http://www.advocate.com/news_detail.asp?id=13720.

36. Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action // Soc Sci Med. – 2003. – Vol. 57. – P. 13–24.

37. Aggleton P., Altman D., Harrad D., Kong T., Parker R., Reddy V., Reis T., Williams M. Men who have sex with men: stigma and discrimination. // Lancet. – 2012 Jul 28. – Vol. 380(9839). – P. 439-45.

38. Alessi E. J., Gyamerah A., Martin J. I., Meyer I. H. Prejudice-Related Events and Traumatic Stress Among Heterosexuals and Lesbians. Gay Men and Bisexuals. *J Aggress Maltreat Trauma* // Author manuscript; available in PMC 2014 January 1. Published in final edited form as: *J Aggress Maltreat Trauma*. – 2013 January 1. – Vol. 22(5). – P. 510-526.
39. Almeida J., Azrael D., Corliss H.L., Johnson R.M., Molnar B.E. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation // *J Youth Adolesc.* – 2009. – Vol. 38. – P. 1001-1014. – doi: 10.1007/s10964-009-9397-9.
40. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Homosexuality and adolescence // *Pediatrics*. – 1993. – Vol. 9. – P. 631-634. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/92/4/631.full.pdf>.
41. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders // 4th Edition. Washington. – 1994. – DC: APA.
42. Anderson S., Elmquist J., Shorey R.C., Stuart G.L. The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders // *J Psychoactive Drugs*. – 2015 Jul-Aug . – Vol.47(3). – P. 230-8. – doi: 10.1080/02791072.2015.1050133.
43. Andouz Z., Hamidpour H. Schema therapy: A practical guide for clinicians // Tehran, Iran: Arjomand Publication. – 2007.
44. Andritsch E., Baider L., Goldzweig G., Pfeffer R., Rottenberg Y. A Dialogue of Depression and Hope: Elderly Patients Diagnosed with Cancer and Their Spousal Caregivers // *J Cancer Educ.* – 2016 Jan 22. – pp 1-7.
45. ANRS: Agence Nationale de Recherches sur le Sida investigators. AIDS and sexual behavior in France // *Nature* 360(3). – Dec. 3. 1992. – P. 407-409.

46. Ashford S. J., Grant A. M. The dynamics of proactivity at work. // *Research in Organizational Behavior*. – 2008. – Vol. 28. – P. 3-34.
47. Bair M.J., Damush T.M., Krebs E.E., Kroenke K., Poleshuck E., Tu W., Wu J. Pain self-management training increases self-efficacy. Self-management behaviours and pain and depression outcomes // *Eur J Pain*. – 2016 Feb 5. – doi: 10.1002/ejp.830.
48. Baker D. N., Jenkins M., Lambert E. G. The Attitudes of Black and White College Students toward Gays and Lesbians // *Journal of Black Studies*. – 2009. – Vol. 39 (4). – P. 589-619.
49. Balbin E., C. O’Cleirigh., Fletcher M. A., Ironson G., Laurenceau J. P., Schneiderman N., Solomon G., Stuetzle R. Dispositional Optimism and the Mechanisms by Which It Predicts Slower Disease Progression in HIV: Proactive Behavior. Avoidant Coping and Depression // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2005. – Vol. 12 (2). – P. 86-97.
50. Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* // New York: W. H. Freeman. – ISBN 978-0-7167-2850-4. ISBN 0-7167-2850-8. OCLC 36074515 (604 pages).
51. Baral S. D., Beyrer C., Chariyalertsak S., Goodreau S. M., Van Griensven F., Wirtz A. L. et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 380 (9839). – P. 367-377. – doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60821-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60821-6).
52. Baral S. D., Beyrer C., Chariyalertsak S., Goodreau S. M., Van Griensven F., Wirtz A. L. et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men // *The Lancet*. 2012. – Vol. 380(9839). – P. 367-377. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60821-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60821-6).
53. Baral S., Bekker L.-G., Beyrer C., Dausab F., Grosso A., Iipinge S., Ketende S., Scheibe A., Trapance G., Zahn R. Human Rights Violations among Men Who Have Sex with Men in Southern

Africa: Comparisons between Legal Contexts // PLoS One. – 2016. – Vol. 11(1). – doi: 10.1371/journal.pone.0147156.

54. Baral S., Beyrer C., Cleghorn F., Sifakis F. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review // PLoS Med 4. – 2007.

55. Baral SD., Beyrer C., Guadamuz TE., Strömdahl S., Poteat T., Wirtz AL. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis // Lancet Infect Dis. – 2013 Mar. – Vol.13(3). – P. 214-22.

56. Barnard A. Lesbians' constructions of depression. Health Care Women Int. 2009 May. – Vol. 30(5). – P. 373-89. – doi: 10.1080/07399330902785141.

57. Barrientos-Delgado J., Cárdenas-Castro M., Gómez-Ojeda F. Socio-demographic characteristics, subjective well-being, and homophobia experienced by a sample of gay men from three cities in Chile // Cad Saude Publica. – 2014 Jun. – Vol. 30(6). – P. 1259-69.

58. Bateman T. S., Crant J. M. The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates. // Journal of Organizational Behavior. – 1993. – Vol. 14 (2). – P. 103-118.

59. Beach S.R., Beale E.E., Boehm J.K., DuBois C.M., Healy B.C., Huffman J.C. Relationship of optimism and suicidal ideation in three groups of patients at varying levels of suicide risk // J Psychiatr Res. – 2016 Jun. – Vol. 77. – P. 76-84. – doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.020.

60. Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J. et al. Cognitive Therapy of Personality Disorders // Guilford Press, New York. – 1990.

61. Bensing J., Gorter K., Thoolen B.J., de Ridder D., Rutten G. Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management // Psychol Health. – 2009. – Vol. 24 (3). – P.237-254.

62. Beyrer C., Izazola-Licea J. A., Saavedra J. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights // *J Int AIDS Soc.* – 2008. – Vol. 11. – P. 9. Published online 2008 December 24. – doi: 10.1186/1758-2652-11-9.
63. Bienvenu OJ, Costa PT, Eaton WW J, Howard WT, Nestadt G, Samuels JF Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality // *Nerv Ment Dis.* – 2001 Mar. – Vol. 189(3). – P. 154-61.
64. Blankfort. Gerald, Whiteley. Paul L. The Influence of Certain Prior Conditions Upon Learning // *Journal of Experimental Psychology.* APA.-1933. – Vol.16. – P.843–851. – doi:10.1037/h0075141.
65. Bluecher H. Die Rolle der Erotik in der maenlichen Gesellschaft. Jena. – 1919.
66. Blum R., Harris L., Remafedi G., Resnick M. Demography of sexual orientation in adolescents // *Pediatrics.* – 1992 Apr. – Vol. 89 (4 Pt 2). – P. 714-721.
67. Bogg T., Roberts B.W. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality // *Psychol Bull.* – 2004 Nov. – Vol. 130(6). – P. 887-919.
68. Bontempo DE., D'Augelli AR Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay or bisexual youths' health risk behavior // *J Adolesc Health.* – 2002. – Vol. 30. – P. 364-374.
69. Bostwick WB., Boyd CJ, Huges TL., McCabe SE., West BT. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States // *Am J Public Health.* – 2010. – Vol. 100. – P. 1946-1952. – doi: 10.2105/AJPH.2009.163147.
70. Bostwick WB., Boyd CJ., Huges TL., McCabe SE., West BT. Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States // *Addiction.* – 2009 Aug. – Vol. 104(8). – P.1333-45.

71. Bowen D., Corliss H. L., Dunn E. C., Green J. G., Johnson R. M., Kidd J. D. Associations Between Caregiver Support, Bullying, and Depressive Symptomatology Among Sexual Minority and Heterosexual Girls: Results from the 2008 Boston Youth Survey // *J Sch Violence*. – 2011. – Vol. 10(2). – P. 185-200. – doi: 10.1080/15388220.2010.539168.
72. Bradburn. N. The structure of psychological well-being // Chicago. – 1969. – IL: Aldine.
73. Bradford. J., Ryan C. & Rothblum E. D. National Lesbian Health Care Survey: implications for mental health care // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1994. – Vol. 62. – P. 228-242.
74. Brennan DJ., Dobinson C., Ross LE., Steele LS., Veldhuizen S. Men's sexual orientation and health in Canada // *Can J Public Health*. – 2010. – Vol. 101. – P. 255-258.
75. Bricker D. C., Young J. E. / пер. с англ. Е. Пановой, Центр когнитивной терапии. Что такое схема-терапия? Руководство для клиентов. – 2016. – Точка доступа: <http://www.selfhelp.ru/blog/chto-takoe-shema-terapija>.
76. Bridges M.W., Scheier M.F. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1994. – Vol. 67(6). – P. 1063-1078.
77. Brigitte Vetter. *Psychiatrie: Ein systematisches Lehrbuch* // Schattauer Verlag. – 2007. – С. 138. – ISBN 3-7945-2566-3.
78. Brooten. *Love between Women*. – P. 4.
79. Brown S.D. *Gay and Lesbian Psychological Well-Being: A thesis comprising; Psychological Health in Adults from Sexual Minorities (Literature Review); and A Comparative Exploratory Study of the Psychological Well-Being of Gay Male, Lesbian, and Heterosexual Australian Metropolitan Adults (Research Project)*. – 2005. – Theses and Dissertations Available: http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2382&context=theses_hons.

80. Bullough Vern. Challenges to Societal Attitudes toward Homosexuality in the Late Nineteenth And early Twentieth Centuries // *Social Science Quarterly*. – 1977. – P. 29-44.
81. Cant R.P., Ellis-Hill C., Galvin K.T., Gracey F., Grant M., Jenkinson D.F., Lamont-Robinson C., Marques E.M., Nunn S., Thomas P.W., Thomas S., Reynolds F. 'HeART of Stroke (HoS)'. a community-based Arts for Health group intervention to support self-confidence and psychological well-being following a stroke: protocol for a randomised controlled feasibility study // *BMJ Open*. – 2015 Aug 4. – Vol. 5(8). – doi: 10.1136/bmjopen-2015-008888.
82. Cantarella E. *Bisexuality in the Ancient World* // Yale University Press. – 1992.
83. Carta M. G., Contu P., Fiandra T. D., Preti A., Rampazzo L. An Overview of International Literature on School Interventions to Promote Mental Health and Well-being in Children and Adolescents // *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. – 2015. – Vol. 11(Suppl 1 M1). – P. 16-20. – doi: 10.2174/1745017901511010016.
84. Carver C.S., Scheier M.F. Dispositional optimism // *Trends Cogn Sci*. – 2014 Jun. – Vol. 18(6). – P. 293-9. – doi: 10.1016/j.tics.2014.02.003.
85. Carver. C. S. Self-control and optimism are distinct and complementary strengths // *Personality and Individual Differences*. – 2014. – Vol. 66. – P. 24-26.
86. Cauce A.M., Cochran B.N., Ginzler A.J., Stewart A.J. Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, bisexual and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts // *Am J Public Health*. – 2002. – Vol. 92. – P. 773-777.
87. Chasnoff B. *Life after Prison: A Program of Promise* // *The Daily Texan*. Archived from the original on August 12, 2007.
88. Chiu C.-K., Joe S.-W., Lin C.-P., Liu W.-T., Tang C.-C., Tsai Y.-H. Modeling job effectiveness in the context of coming out as

a sexual minority: a socio-cognitive model // Review of Managerial Science. – January 2015. – Vol. 9. – Issue 1. – P. 197-218.

89. Clarke E.G., Derlega V.J., Kuang J.C., Lewis R.J. Stigma consciousness, social constraints, and lesbian well-being // J Couns Psychol. – 2006. – Vol. 53. – P. 48-56.

90. Cochran S.D., Mays V.M. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey // J Abnorm Psychol. – 2009. – Vol. 118. – P. 647-658. – doi: 10.1037/a0016501 PMID: 19685960.

91. Cochran S.D., Mays V.M. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States // Am J Public Health. – 2001. – Vol. 91. – P. 1869-1876.

92. Collins C. G., Parker S. K. Taking stock: Integrating and differentiating multiple proactive behaviors. // Journal of Management. – 2010. – Vol. 36 (3). – P. 633-662.

93. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory // Psychological Assessment. – 1992. – Vol. 4(1). – P. 5-13.

94. Crandell. B. Homosexuality in Puritan New England // Amaranthus. – 1997. – Vol. 1997: Iss. 1. Article 16.

95. Cranston K., Faulkner A.H. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students // Am J Public Health. – 1998 Feb. – Vol. 88(2). – P. 262-6.

96. Crant J. M. Proactive behavior in organizations // Journal of Management. – 2000. – Vol. 26 (3). – P. 435-462.

97. Craske MG, Griffith JW, Mineka S, Rose RD, Sutton JM, Waters AM, Zinbarg RE Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders // Psychol Med. – 2010 Jul. – Vol. 40(7). – P. 1125-36.

98. Crompton. Louis. Homosexuality and Civilization // Harvard University Press. – 2005. – P. 221.

99. Csikszentmihalyi M., Hunter J. Happiness in everyday life: the uses of experience sampling // *J. Happiness Stud.* – 2003. – Vol. 4. – P. 185-199. – doi: 10.1023/A:1024409732742.
100. D’Augelli AR., Herschberger SL, Pilkington NW. Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay and bisexual youths in high school // *School Psychol Quart.* – 2002. – Vol. 17. – P. 148-167.
101. D’Emilio. John Sexual Politics. *Sexual Communities* // University of Chicago Press. – 1998. – 2nd Edition. ISBN 0-226-14267-1.
102. Dawson. D. & Hardy. A.M. (1990–1992). National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control. *Advance Data*. 204. 1990–1992.
103. Deacon H Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature // *J Commun Appl Soc Psychol* . – 2006. – Vol. 16. – P. 418-425.
104. Deci E.L. et al. Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis // *Perspectives on Psychological Science.* – 07/2012. – Vol. 7(4). – P. 325-340.
105. Deisher R.W., Farrow J.A., Remafedi G. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth // *Pediatrics.* – 1991 Jun. – Vol. 87(6). – P. 869-75.
106. Delourmel C. A transitory homosexual passion in the course of an analytic treatment // *Int J Psychoanal.* – 2004. – Vol. 85(Pt 6). – P. 1401-21.
107. Denning P., Little J. *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions.* // 2. New York: The Guilford Press. – 2012.
108. Diamant AL., Lever J., Schuster MA. Lesbians’ sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases // *J Gay Lesbian Med Assoc.* – 2000. – Vol. 4. – P. 41-8.

109. Dillon J.M., Steiner A.R.W., Vernon L.L. Proactive coping, gratitude and posttraumatic stress disorder in college women. // *Anxiety, Stress & Coping*. – January 2009. – Vol. 22. No. 1. – P. 117-127.
110. DiPlacido. J. Minority stress among lesbians, gay men and bisexuals. In G. M. Herek (Ed.). *Stigma and sexual orientation* // *Thousand Oaks: Sage*. – 1998. – P. 138-159.
111. Dirkes J., Molina Y., Ramirez-Valles J. Stigma towards PLWHA: The Role of Internalized Homosexual Stigma in Latino Gay/Bisexual Male and Transgender Communities // *AIDS Educ Prev*. – 2013 June. – Vol. 25(3). – P. 179-189. – doi:10.1521/aeap.2013.25.3.179.
112. Dowson T. A. Archaeologists, Feminists and Queers: sexual politics in the construction of the past. – P. 96.
113. Driscoll A.K., Franz B.T., Russell S.T. Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence // *Am J Public Health*. – 2001 Jun. – Vol. 91(6). – P. 903-6.
114. Duncan D.T., Hatzenbuehler M.L. Lesbian, Gay, bisexual and transgender hate crimes and suicidality among a population-based sample of sexual-minority adolescents in Boston // *Am J Public Health*. – 2014. – Vol. 104. – P. 272-278. – doi: 10.2105/AJPH.2013.301424 PMID: 24328619.
115. DuRant R.H., Garofalo R., Kessel S., Palfrey SJ., Wolf RC. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents // *Pediatrics*. – 1998 May. – Vol. 101(5). – P. 895-902.
116. Earnshaw V., Logie C.H. Adapting and Validating a Scale to Measure Sexual Stigma among Lesbian, Bisexual and Queer Women // *PLoS ONE*. – 2015. – Vol. 10(2). – P. e0116198. – doi:10.1371/journal.pone.0116198.
117. Edwards E., Hempel J. Coming out in corporate America // *Business Week*. – 2003. December 15. – Vol. 3862. – P.64-72.

118. Elizur Y., Mintzer A. A framework for the formation of gay male identity: Processes associated with adult attachment style and support from family and friends // *Archives of Sexual Behavior*. – 2001. – Vol. 30. – P. 143-167.
119. Elizur Y., Ziv M. (2001). Family support and acceptance. gay male identity formation. and psychological adjustment: A path model. *Family Process*. 40. 125-144. Retrieved April 19. 2005.
120. Enns M., Cox B. Personality dimensions and depression: Review and Commentary // *Can. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 42, N 3. – P.1-15.
121. Epprecht M. The ‘Unsayings’ of Indigenous Homosexualities in Zimbabwe: Mapping a Blindspot in an African Masculinity // *Journal of Southern African Studies*. – 1998. – Vol. 24 (4). – P. 631-651.
122. Evans E. A. Coming out in the workplace: Stigma and boundary management for homosexual men // *Masters Theses*. – 2007. – P. 761. – <http://thekeep.eiu.edu/theses/761>.
123. Evans-Pritchard E. E. Some collective expressions of obscenity in Africa // Evans-Pritchard E. E. *The position of women in primitive societies and other essays in social anthropology* // L.: Faber. – 1965. – P. 76-101.
124. Flentje A., Heck N. C., Sorensen J. L. Characteristics of Transgender Individuals Entering Substance Abuse Treatment // *Addict Behav.* – 2014. – Vol. 39(5). – P. 969–975. – doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.011.
125. Foster A. D., Tripp B. A Cross-Racial Study of Attitudes toward and Beliefs about Male Homosexuality // *The Winthrop McNair Research Bulletin*. – 2015. – Vol. 1. Article 5. Available at: <http://digitalcommons.winthrop.edu/wmrb/vol1/iss1/5>.
126. Foster. A. D., Tripp. B. A Cross-Racial Study of Attitudes toward and Beliefs about Male Homosexuality // *The Winthrop McNair Research Bulletin*. – 2015. – Vol. 1. – Article 5.

127. Frankl V. *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy.* – Beacon Press. Boston. MA. – 2006.
128. Frese M., Li W.-D., Zhu J. Proactivity and adaptivity. Individual adaptability to changes at work: New directions in research / Edited by David Chan. Taylor & Francis. – 2014. – P. 36-51.
129. Frisch M., Grulich A., Johansen C., Smith E. Cancer in a population-based cohort of men and women in registered homosexual partnerships // *Am J Epidemiol.* – 2003 Jun 1. – Vol. 157(11). – P. 966-72.
130. Frisell T., Langstrom N., Lichtenstein P., Rahman Q. Psychiatric morbidity associated with samesex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors // *Psychol Med.* – 2010. – Vol. 40. – P. 315–324. – doi: 10.1017/S0033291709005996. – PMID: 19460186.
131. Frost D.M., Lehavot K., Meyer I.H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals // *J Behav Med.* – 2015 Feb. – Vol. 38(1). – P.1-8. – doi: 10.1007/s10865-013-9523-8.
132. Frost DM, Meyer IH., Schwartz S. Social patterning of stress and coping: does disadvantaged social status confer more stress and fewer coping resources? // *Soc Sci Med* 67. – 2008. – P. 368-379. – doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.012.
133. Furnham A., Kaoru S. A Cross-Cultural Study of Attitudes toward and Beliefs About. Male Homosexuality // *Journal of Homosexuality.* – 2009. – Vol. 56(3). – P. 299-318.
134. Futterman D., Ryan C. *Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling* // New York: Columbia University Press. – 1998. – Experiences, vulnerabilities and risks. – P. 24-5.
135. Garaigordobil M. Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health // *Front. Psychol.* – 2015. – Vol. 6. – P.1176. – doi: 10.3389/fpsyg.2015.01176.
136. Garnets. L. D., Kimmel. D. C. (2002). Mental health. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.). *Psychological Perspectives on Lesbi-*

an. Gay and Bisexual Experiences (2nd ed.) (pp. 647-653). New York: Columbia University Press.

137. Garofalo R., Goodman E., Wissow L.S., Wolf R.C., Woods E.R. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth // Arch Pediatr Adolesc Med. – 1999. – Vol. 153. – P. 487-493.

138. Gates G. J. In U.S. LGBT More Likely Than Non-LGBT to Be Uninsured; LGBT adults more likely to lack a personal doctor and enough money for healthcare // Gallup Poll News Service. – 2014. – Available: http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA381590537&v=2.1&u=lom_umichanna&it=r&p=AONE&sw=w&asid=4114c52ddce0f36ec67ddde9923f8fcd.

139. Gelso C. J., Fassinger R. E. Personality development and counseling psychology: Depth, ambivalence and actualization // Journal of Counseling Psychology. – 1992. – Vol. 39. – P. 275-298.

140. Giannetti E., Iani L., Mazzeschi A., Penzo I., Sirigatti S., Stefanile C. Assessment of factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Italian adolescents // Bollettino di Psicologia Applicata. – Sep-Dec 2009. – Vol 259(56). – P. 30-50.

141. Givens. J. E. and Pollack. W. S., Swearer. S. M., Turner. R. K. “You’re so gay!”: Do different forms of bullying matter for adolescent males? // School Psychology Review. – 2008. – Vol. 37(2). – P. 160-173.

142. Goldfried. M. R. Integrating gay, lesbian, and bisexual issues into mainstream psychology // The American Psychologist. – 2001. – Vol. 56. – P. 977-988. Retrieved March 30, 2005.

143. Greenglass E. Chapter 3. Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.). Beyond coping: Meeting goals, vision and challenges / London: Oxford University Press. – 2002. – P. 37-62.

144. Gregory. C. J. Resiliency among lesbian and bisexual women during the process of self -acceptance and disclosure of their sexual orientation // Dissertations and Master's Theses (Campus Access). –

1998. – P. AAI9920538. <http://digitalcommons.uri.edu/dissertations/AAI9920538>.
145. Gwadz M., Hunter J., Maguen S., Rosario M., Smith R. The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian and bisexual youths: stipulation and exploration of a model // *Am J Community Psychol.* – 2001. – Vol. 29. – P. 133-160.
146. Hamid T. A., Ibrahim R., Momtaz Y. A. Cohort comparisons: emotional well-being among adolescents and older adults // *Clin Interv Aging.* – 2014. – Vol. 9. – P. 813-819. – doi: 10.2147/CIA.S61636.
147. Harris M. R. The relationship between psychological well-being and perceived wellness in graduate-level counseling students // *Doctoral dissertation. Walden University.* – 2010.
148. Havighurst. R., Tobin. S., Neugarten. B. L. The measurement of life satisfaction // *Journal of Gerontology.* – 1961. – Vol. 16. – P. 134-143.
149. Heinz A.J., Mustanski B., Newcomb M.E. Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual and transgender youth: a longitudinal multilevel analysis // *J Stud Alcohol Drugs.* – 2012. – Vol. 73. – P. 783-793.
150. Herek G.M. Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice // *J Soc Issues.* – 2007. – Vol. 63. – P. 905-925.
151. Hibler. D. J. *Sexual Rhetoric in Seventeenth-Century American Literature* // *Diss.Iotre Dame University.* – 1970.
152. Hirsch. Bret. *Passions of the Cut Sleeve* // *University of California Press.* – 1990.
153. Homma Y., Poon C., Saewyc E., Smith A., Wang N. *The McCreary Centre Society. Not Yet Equal: The Health of Lesbian, Gay, & Bisexual Youth in BC.* // *Vancouver: McCreary Centre Society.* – 2007.

154. Hotakainen. R. Job-discrimination bill ignites latest skirmish over gay rights // Knight Ridder Tribune Washington Bureau. – 2007. September 14.
155. Hughes T. L., Matthews A. K., Parks C. A. Race/ethnicity and sexual orientation: Intersecting identities // *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*. -2004. – Vol. 10. – P. 241-254. Retrieved March 30, 2005.
156. Hughes T.L., Kantor L.W., Wilsnack S.C. The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective // *Alcohol Res.* – 2016. – Vol. 38(1). – P. 121-32. Review.
157. Human Dignity Trust. & Commonwealth Lawyers Association. The criminalisation of consensual same-sex relations across the commonwealth-Developments and opportunities. London // UK: Human Dignity Trust. – 2015.
158. Jacobs. R. J., Kane. M. N. Psychosocial Predictors of Loneliness In Midlife and Older Gay and Bisexual Men. Conference: Society for Social Work and Research Sixteenth Annual Conference Research That Makes A Difference: Advancing Practice and Shaping Public Policy. – January 2012.
159. Johnson. A.M. et al. Sexual lifestyles and HIV risk // *Nature*. – Dec. 3. 1992. – Vol. 360(3). – P. 410-412.
160. Jun Hongo. Gay scene: Tolerance legal limbo // *Japan Times*. – Tuesday. Dec. 23. – 2000
161. Kahana E., Kahana B., Kelley-Moore J. Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency and well-being in late life. // *Aging & Mental Health*. – 2012. – Vol. 16(4). – P. 438–451.
162. Kahana E., Kahana B., Zhang J. Motivational Antecedents of Preventive Proactivity in Late Life: Linking Future Orientation and Exercise // *Motivation and Emotion*. – 2005. – Vol. 29 (4).
163. Kang Wenqing. *Obsession: male same-sex relations in China. 1900-1950*. Hong Kong University Press. Page 2.

164. Kannan V.D., Veazie P.J. Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior // *Med Care*. – 2014 Apr. – Vol. 52(4). – P. 336-45. – doi: 10.1097/MLR.000000000000100.
165. Kashubeck-West S., Meyer J., Szymanski DM. Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates and research directions // *Counseling Psychologist*. – 2008a. – Vol. 36. – P. 525-574.
166. Kegeles S. M., Hayes R. B., Waldo C. R. (1998). Self-acceptance of gay identities predicts decreased sexual risk behaviour and increased psychological health in U.S. young gay men. Paper presented at the 12th International AIDS Conference. Geneva. Switzerland. Abstract retrieved May 6. 2005. from <http://www.caps.ucsf.edu/Genabstracts.html>.
167. Khoshaba D. M., Maddi S. R. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment*. – 1994. – Vol. 63(2). – P. 265-274.
168. Killaspy H., King M., Osborn D., Semlyen J., Tai SS. et al. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people // *BMC Psychiatry*. – 2008. – Vol. 8. – P. 70. – doi:10.1186/1471-244X-8-70.
169. Kim Young-Gwan, Sook-Ja Hahn. Homosexuality in ancient and modern Korea. // *Culture, Health & Sexuality*. – 2006. – Vol. 8(1). – P. 59-65.
170. King et al. (1988). Canada. Youth and AIDS Study. Kingston. ON: Queen's University.
171. Kleponis P. C., Fitzgibbons R. P. The distinction between deep-seated homosexual tendencies and transitory same-sex attractions in candidates for seminary and religious life // *The Linacre Quarterly*. – 2011. – Vol. 78(3). – P. 355-362.
172. Klosko J., Young J., Weishaar M. Schema therapy // N.Y., London. – 2003.
173. Koopman. C., Reid. H., Rosario. M., Rotheram-Borus. M.J. Predicting patterns of sexual acts among homosexual and bisexual youths // *Am J Psychiatry*. – 1995 Apr. – Vol. 152(4). – P. 588-95.

174. Kurdek L. A. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabitating relationships // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2005. – Vol. 54. – P. 504-509.
175. Kuyper L., Vanwesenbeeck I Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: the role of sociodemographics, sexual behavior characteristics and minority stress // *J Sex Res* 48. – 2011. – P. 263-274. – doi: 10.1080/00224491003654473.
176. Lent R. W. Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment // *Journal of Counseling Psychology*. – 2004. – Vol. 51. – P. 482-509.
177. Lewis N.M. Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends and their relationship to place in North America and Europe // *Health Place*. – 2009. – Vol. 15. – P. 1029-1045. – doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.003.
178. Lewis. G. B. Black-White Differences in Attitudes Toward Homosexuality and Gay Rights. // *Public Opinion Quarterly*. – 2003. – Vol. 67. – P.59-78.
179. Li M., Wang L. The Associations of Psychological Stress with Depressive and Anxiety Symptoms among Chinese Bladder and Renal Cancer Patients: The Mediating Role of Resilience // *PLoS One*. – 2016 Apr 29. – Vol. 11(4). – doi: 10.1371/journal.pone.0154729.
180. Link BG. Phelan JC Conceptualizing stigma // *Annu Rev of Soc*. – 2001. – Vol. 27. – P. 363-385.
181. Liu RT., Mustanski B Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual and transgender youth. // *Am J Prev Med*. – 2012. – Vol. 42. – P. 221-228. – doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023 PMID: 22341158.
182. Logie C.H. The case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to address sexual orientation // *Am J Public Health*. – 2012. – Vol. 102. – P. 1243-1246. – doi: 10.2105/AJPH.2011.300599.

183. Long B.C., Nicholson W.D. Self-esteem, social support, internalized homophobia and coping strategies of HIV+ gay men. // *J Consult Clin Psychol.* – 1990 Dec. – Vol. 58(6). – P. 873-6.
184. Lyons J.B., Rench T.A., Riffle R.R., Schneider T.R. The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses // *Stress Health.* – 2012 Apr. – Vol. 28(2). – P.102-10.
185. Marques A.J., Rocha N., Rocha S., Queirós C. Proactive coping in schizophrenia: examining the impact of neurocognitive variables // *Journal Psychiatr Ment Health Nurs.* – 2014. – Vol. 21(5).
186. Martin. C., Ruble. D. Children's Search for Gender Cues Cognitive Perspectives on Gender Development // *Current Directions in Psychological Science.* – 2004. – Vol.13 (2). – P. 67-70. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00276.x.
187. Melbye M., Biggar. R.J. Interactions between persons at risk for AIDS and the general population in Denmark // *American Journal of Epidemiology.* – 1992. – Vol. 135(6). – P.593-602.
188. Meyer IH Minority stress and mental health in gay men // *J Health Soc Behav.* – 1995. – Vol. 36. – P. 38-56.
189. Meyer. I. H Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence // *Psychological Bulletin.* – 2003. – Vol. 129. – P. 674-697.
190. Mulder R. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // *Am J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159 (3). – P. 359-371.
191. Mustanski B., Newcomb M.E. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review // *Clin Psychol Rev.* – 2010 Dec. – Vol. 30(8). – P. 1019-29.
192. Mwaba. Kevin. Attitudes and Beliefs about Homosexuality and Same-Sex Marriage among Sample of South African Students // *Social Behavior and Personality.* – 2009. – Vol. 37 (6). – P. 801-804.

193. Oaks. R. 'Things Fearful to Name': Sodomy and Buggery in Seventeenth-Century New England. // *Journal of Social History*. – 1978. – 12 (1978). – P. 268-281.
194. Parker S. K., Turner N., Williams H. M. Modeling the antecedents of proactive behavior at work. // *Journal of Applied Psychology*. – 2006. – Vol. 91 (3). – P. 636-652.
195. Parschau. L., Schüz. B., Schwarzer. R., Warner. L. M., Wolff. J. K., Wurm. S. Sources of Self-Efficacy for Physical Activity. *Health Psychology*. Advance online publication.<http://dx.doi.org/10.1037/hea0000085> (2014. April 7).
196. Peixoto MM, Nobre P Personality Traits, Sexual Problems, and Sexual Orientation: An Empirical Study // *J Sex Marital Ther*. – 2016. – Vol. 42(3). – P. 199-213. – doi:10.1080/0092623X.2014.985352. Epub 2014 Dec 22.
197. Peixoto MM, Nobre P Personality Traits, Sexual Problems, and Sexual Orientation: An Empirical Study // *J Sex Marital Ther*. – 2016. – Vol. 42(3). – P. 199-213. – doi: 10.1080/0092623X.2014.985352. Epub 2014 Dec 22.
198. Phang. The Marriage of Roman Soldiers. – P. 3.
199. Pincheon. Bill Stanford. An Ethnography of Silences: Race, (Homo) Sexualities. and a Discourse of Africa // *African Studies Review*. – 2000. – Vol. 43(3). – P.39-58
200. Powelson C. L., Ryan R. M. Autonomy and Relatedness as Fundamental to Motivation and Education // *The Journal of Experimental Education*. – 04/2014. – Vol. 60(1). – P. 49-66. – DOI:10.1080/00220973.1991.10806579.
201. Provencal. V. L., Verstraete. B. C. Same-Sex Desire and Love in Greco-Roman Antiquity and in the Classical Tradition of the West. – 2006. – P. 64-70.
202. Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide // *JAMA*. – 1999. – Vol. 282. – P.1291-2.
203. Richlin. Not before Homosexuality. – P. 531.

204. Rivers. I. Social exclusion, absenteeism and sexual minority youth // Support for Learning. – 2000. – Vol. 15(1). – P. 13-18.
205. Rosenberg. M. Society and the adolescent self-image. // Princeton. NJ: Princeton University Press. – 1965.
206. Ryff C. D. Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 57. – P. 1069-1081. – doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
207. Ryff C D.. & Singer B. The Contours of Positive Human Health // Psychological Enquiry. – 1998. – Vol. 9. – P. 1-28.
208. Schwarzer R. Proactive Attitude (PA): Description of a Psychological Construct [Электронный ресурс] // URL: http://web.fu-berlin.de/gesund/publicat/ehps_cd/health/proactiv.htm (дата обращения: 9.05.2015).
209. Seaton E.K., Yip T. School and Neighborhood Contexts. Perceptions of Racial Discrimination and Psychological Well-being Among African American Adolescents // J Youth Adolesc. – 2009 February. – Vol. 38(2). – P. 153-163. – doi: 10.1007/s10964-008-9356-x.
210. Seligman M.E.P. Helplessness: On Depression. Development and Death // San Francisco: W. H. Freeman. – 1975.
211. Shaver J., Stephenson R., Whitehead J. Outness, Stigma, and Primary Health Care.
212. Shenkman G., Shmotkin D. Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults // J Homosex. 2011. – Vol. 58(1). – P. 97-116. – doi: 10.1080/00918369.2011.533630.
213. Shojaee A., Sobhani A. Addiction, predisposing factors, adverse health effects, prevention, and treatment // Tehran, Iran: Poursina Publication. – 2006.
214. Simonsen B.. LaBouyer J. "DPRK FAQ". korea-dpr.com. Korean Friendship Association. Archived from the original on 2005-05-05. Retrieved 2015-02-06.

215. Sorenson R.C. Adolescent Sexuality in Contemporary America // New York. NY: World Publishing. – 1973.
216. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. Cycle 2.1.
217. Stevens. R. A. J. (2004). Understanding gay identity development within the college environment. *Journal of College Student Development*. 45.185-206.
218. Thompson, E.M.; Morgan, E.M. "Mostly straight" young women: Variations in sexual behavior and identity development // *Developmental Psychology*. – 2008. – Vol. 44 (1). – P. 15-21. – doi:10.1037/0012-1649.44.1.15.
219. Tritt R.J. Attitudes of adults towards homosexuality and knowledge of sexually transmitted diseases: part one. // *Ann Acad Med Stetin*. – 2011. – Vol. 57(2). – P. 46-56.
220. Troiden R.R. Becoming homosexual: a model of gay identity acquisition // *Psychiatry*. – 1979 Nov. – Vol. 42(4). – P. 362-73.
221. Utilization among Rural LGBT Populations // *PLoS ONE*. – 2016. – Vol. 11(1). – P. e0146139. – doi:10.1371/journal.pone.0146139.
222. Walmsley L. A. The Psychological Well-Being of Men Diagnosed with Prostate Cancer // *Theses and Dissertations-Nursing*. – 2015. – P.17. – http://uknowledge.uky.edu/nursing_etds/17.
223. Witkin G.H. Psychological pressure signs in men // Tehran, Iran: Peykan, Iran. – 2009.
224. Wright A.J., Zoeterman S.E. The role of openness to experience and sexual identity formation in LGB individuals: implications for mental health // *J Homosex*. – 2014. – Vol. 61(2). – P. 334-53. – doi: 10.1080/00918369.2013.839919.
225. Wright A.J., Zoeterman S.E. The role of openness to experience and sexual identity formation in LGB individuals: implications for mental health // *J Homosex*. – 2014. – Vol. 61(2). – P. 334-53. – doi: 10.1080/00918369.2013.839919.

226. Yanos P.T. Proactive coping among persons diagnosed with severe mental illness: an exploratory study // *Journal NervMent Dis.* – 2001. – Vol. 189 (2). – P. 121.
227. Young J. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach.* – Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. – 1994.
228. Young J., Klosko Janet S., Weishaar Marjorie E. *Schema therapy: A practitioner's guide.* – 1995.
229. Zinik G. A. Identity conflict or adaptive flexibility? Bisexuality reconsidered // *Journal of Homosexuality.* – 1985. – Vol. 11(1/2). – P. 7-20.

ОБ АВТОРАХ

Ерзин Александр Игоревич – клинический психолог, преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета, сотрудник Центра психического здоровья (г. Оренбург), член Российского общества психиатров, автор свыше 60 научных и учебно-методических публикаций.

Семенова Татьяна Сергеевна – клинический психолог, консультирующий специалист в области семейных и сексуальных отношений, автор свыше 20 научных публикаций.

**Ерзин Александр Игоревич,
Семенова Татьяна Сергеевна**

**В борьбе со стигмой.
Психологическое благополучие
гомосексуальных подростков**

Монография

*Редактор: Цветкова А.В.
Корректор: Куракин Н.В.
Верстальщик: Журавлева В.А.*



Издательский дом
БИБЛИО-ГЛОБУС

Издание научных монографий:
mono@idbg.ru
+7 495 215 01 38
8 800 333 15 38 (звонок бесплатный)
Информация для авторов:
www.bgscience.ru

Усл. печ. л. 11,7. Тираж 500 экз.
Подписано в печать 09.12.2016
Формат: 60x84/16

Отпечатано: ПАО «Т8 Издательские Технологии»
109316 Москва, Волгоградский проспект, дом 42, корпус 5
Тел.: +7 (499) 322-38-30