



האוניברסיטה העברית בירושלים

בית הספר לחינוך

המחלקה לפסיכולוגיה חינוכית-קלינית של הילד

# טיפול פסיכולוגיים לשינוי אוריינטציה מינית

עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך (MA)

מוגש ע"י חגי מלר

בהנחיית ד"ר ברוך כהנא וד"ר יוסף מאירס

סיוון תשע"ב

מאי 2012

**"Just because something is ethically complicated doesn't mean it shouldn't be investigated."**

— Dr. Bryan Sykes, Institute of Molecular Medicine, Oxford, July 1993 (ref. 12)

**תקציר - 5 -** .....

- 5 - גילוי נאות .....

**מבוא - 6 -** .....

- 6 - תולדות ההומוסקסואליות בעולם המערבי .....

- 6 - מהעת העתיקה ועד לימינו .....

- 7 - הומוסקסואליות מנקודת מבט של הפסיכואנליזה .....

- 8 - ההיסטוריה של הומוסקסואליות כהפרעה במדריכי ההפרעות הנפשיות .....

- 9 - הומוסקסואליות כהפרעה – טיעונים בעד ונגד .....

**מרכיבי האוריינטציה המינית - 12 -** .....

- 12 - הגדרה גמישה של משיכה מינית .....

**מה קובע את מושא המשיכה המינית? - 13 -** .....

- 13 - גורמים קונסטרוקטיביים .....

- 13 - גנטיקה .....

- 15 - שוני במבנה המוח .....

- 15 - גורמים חברתיים .....

- 15 - למידה חברתית .....

- 16 - התנהגות לא-אופיינית למין אצל הומוסקסואלים .....

- 16 - תיאוריית EBE להתפתחות משיכה מינית .....

- 18 - התעללות בילדות .....

- 19 - הסברים פסיכואנליטיים .....

- 23 - נרקסיזם והומוסקסואליות .....

- 19 - הזדהות עם האם במקום עם האב .....

- 19 - מניעת תהליך ההפרדות-התייחדות (separation-individuation) .....

- 21 - חרדות ופתרון לא-מוצלח של הקונפליקט האדיפאלי .....

- 23 - המרת רגשי קנאה ושנאה באהבה .....

- 23 - פסיכולוגיית העצמי והגישה הרפראטיבית .....

**שינוי אוריינטציה מינית באמצעות טיפול פסיכולוגי - 26 -** .....

- 26 - האם השינוי אפשרי? .....

- 26 - סקירת מחקרים .....

- 28 - מגבלות מתודולוגיות .....

- 29 - היקף השינוי בטיפול רה-אוריינטציה .....

- 30 - השלכות, סכנות ונזקים של טיפולים לשינוי אוריינטציה .....

- 31 - השלכות אתיות של הממצאים בדבר יעילות הטיפול .....

**שיטות הטיפול - 33 -** .....

- 33 - פסיכואנליזה ושיטות פסיכודינאמיות .....

- 33 - גישה מכוינה (directive-suggestive) .....

- 34 - טיפול דינמי קלאסי .....

- 34 - חינוך-פסיכולוגי (psychoeducation) .....

- 34 - הגישה הרפראטיבית .....

- 35 - גישה התנהגותית .....

- 36 - אלמנטים דתיים .....

**מטרת המחקר הנוכחי - 36 -** .....

**שיטה - 37 -** .....

- 37 - המשתתפים .....

- 38 - תיאוריה מעוגנת בשדה .....

- 38 - בחירת השיטה למחקר .....

- 39 - איסוף הנתונים .....

- 39 - שלבי העבודה .....

- 41 - הגברת התוקף והמהימנות .....

- 41 - מהימנות .....

- 42 - תוקף .....

- 42 - רפלקטיביות ואמינות .....

- 42 - עמדותי האישיה כחוקר .....

**ממצאים - 44 -** .....

**מאפיינים של המטפלים - 44 -** .....

- 44 - הגישה כלפי הממסד הפסיכולוגי והתפיסות הפסיכולוגיות הרווחות .....

- 44 - ביקורת על הממסד ורוח-הזמן (zeitgeist) .....

- 46 - הסתייגות מהתפיסה הרווחת .....

- 47 - מאפייני המטפלים בגישות השונות .....

**תפיסת המשיכה המינית - קשיחה, פלאסטית או דינאמית - 48 -** .....

- 48 - המיניות הקשיחה .....

- 48 - 1. לא ייתכן שינוי בנטייה המינית .....

- 49 - 2. כל הומוסקסואל הוא הטרוסקסואל חבוי .....

- 50 - 3. חלק מההומוסקסואלים המגיעים לטיפול הם הטרוסקסואלים חבויים .....

- 53 - ..... המיניות הפלאסטית

- 55 - ..... מיניות קשיחה עם אפשרות לפיתוח אפיקים נוספים

- 56 - ..... המציאות האנושית הדינאמית

- 57 - ..... סיכום

**- 58 - ..... תנאים משפחתיים וסביבתיים הגורמים להומוסקסואליות**

- 58 - ..... מודלים המדגישים את חלקה של האם בהתפתחות הומוסקסואליות

- 58 - ..... אמא חודרנית ופתיינית המונעת תהליך היפרדות

- 59 - ..... אם מעוררת חרדה

- 62 - ..... מודלים המדגישים את חלקו של האב בהתפתחות הומוסקסואליות

- 62 - ..... חוסר יכולת להזדהות עם האב בעקבות נקשות

- 63 - ..... געגוע כלפי האב בשל חוסר יכולת להזדהות איתו בעקבות היעדרות

- 65 - ..... הזדהות עם החלקים הנשיים של האב

- 66 - ..... הדינמיקה של התפתחות משיכה הומוסקסואלית בעקבות הזדהות עם האם

**- 68 - ..... שיטת הטיפול הפסיכולוגי**

- 68 - ..... הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית

- 69 - ..... טיפול התנהגותי קוגניטיבי מתוך תפיסת המיניות כפלאסטית

- 70 - ..... טיפול התנהגותי קוגניטיבי מנקודת ביניים שבין פלאסטית לקשיחה

- 71 - ..... טיפול התנהגותי-קוגניטיבי מתוך תפיסת המיניות כקשיחה

- 72 - ..... אמצעים התנהגותיים בשימוש של מטפלים דינמיים

- 73 - ..... היבטים דתיים של השימוש בכלים קוגניטיביים-התנהגותיים

- 74 - ..... הגישה הפסיכואנליטית והפסיכודינמית

- 75 - ..... טיפול רפראטיבי

- 78 - ..... טיפול פסיכואנליטי קלאסי

**- 80 - ..... סוגיות טיפוליות**

- 80 - ..... היחס לאשמה

- 81 - ..... תחושת אָבל והתמודדות עם פנטזיות הלא ממומשות

- 83 - ..... תוצאות הטיפול

- 83 - ..... אופי והיקף השינוי בנטייה המינית

- 85 - ..... גורמים המשפיעים על הצלחת הטיפול

**- 87 - ..... דיון והצעות למחקר המשך**

**- 89 - ..... רשימת מקורות**

**- 98 - ..... נספח – שאלות לראיון**

## ת ק צ י ר

שינוי אוריינטציה מינית באמצעות תרפיה פסיכולוגית הוא תחום שנוי במחלוקת מבחינה אתית ומקצועית. מאמרים רבים נכתבו בתחום האתי, וכמה מחקרים נערכו על היעילות וההשלכות של תרפיה מסוג זה. מחקרים אלה בחנו לרוב נתונים סטטיסטיים במבט רטרוספקטיבי ובאמצעות דגימה לא מייצגת, ובשל כך אינם מספקים מידע אמפירי ברור. כמו-כן, המחקרים שנערכו עד כה התבססו על שאלונים מובנים שלא סיפקו מידע אותנטי על שיטות הטיפול המצויות בשימוש מטפלים בתחום זה. מחקר זה נועד לפתוח צוהר אל העולם הטיפולי מנקודת מבטם של המטפלים, וחוקר בשיטת התיאוריה המעוגנת בשדה את **נקודת המוצא התיאורטית** של המטפלים ביחס להתפתחות מיניות בכלל, את **הגישות הטיפוליות** הנמצאות בשימוש בתחום זה, ואת **הסוגיות הטיפוליות** הייחודיות לו. המחקר מנסה גם לגעת בחוויה של המטפלים העוסקים בתרפיה זו הנחשבת לא שגרתית ואפילו מוקצה. מחקר זה יכול לשמש מצע למחקר אמפירי בדבר היעילות והנוקים האפשריים של טיפולים לשינוי אוריינטציה מינית.

### גילוי נאות

בשל העובדה שנושא המחקר הוא נושא טעון פוליטית ונתון במחלוקת, גילוי עמדתו הערכית של כותב העבודה הוא הכרחי, וראוי שיעשה בפתירתה (ראו גם הרחבה בעניין זה בסעיף 'שיטת המחקר'). על-כן אני מציינ כי עמדתי האישית ביחס להומוסקסואליות נובעת מתוך השקפת עולמי כיהודי הדתי החש מחויב לתנ"ך ולמסורת היהודית באופן כללי. מתוך עמדה תרבותית-רוחנית זו אני רואה את הפרקטיקה הטיפולית של שינוי אוריינטציה מינית כפרקטיקה ראויה, אך לא בכל מחיר: בכדי שפרקטיקה זו תהיה ראויה בעיניי צריך לוודא שאכן השינוי אפשרי, ושנית צריך לדאוג לכך שהסיכון לבריאותו הנפשית שלה המטופל במהלך טיפול שכזה יהיה שולי. דווקא מתוך עמדה זו אני רואה צורך להרחיב את המחקר ולהציב זכויות המגדלת על הפרקטיקה הנ"ל, וזאת על-מנת שאפשר יהיה להכריע בצורה פחות מוטית ויותר מבוססת-ממצאים על עיסוק זה לטוב או למוטב.

## מבוא

נטייה מינית היא מרכיב מרכזי של זהות כל אדם. בעבודה זו ננסה לעמוד על האפשרות לשנות כיוון נטייה זו, ועל ההשלכות הנפשיות של ניסיון שכזה. אין ספק שבעיני חלק מהחברה אין כל סיבה לנסות לשנות נטייה מינית ויש ללמוד לחיות ולהשלים עם הנטייה המינית עמה נולדנו. אולם ישנם אנשים שמסיבות דתיות, תרבותיות, אישיות ואחרות אינם שבעי-רצון מנטייתם שלהם ומעוניינים לשנות אותה. איננו מעוניינים להיכנס במסגרת מחקר זה לשאלה האתית הנלווית לפרקטיקה זו – האם פסיכולוגים צריכים להניא את האדם המבקש לשנות את הנטייה המינית שלו מִפְּוֹנָתוֹ ולכוון אותו להשלמה עם המצב הקיים, או שעליהם להיענות לרצונותיו. מטרתנו במחקר זה היא לברר כיצד מטפלים מנסים להשיג את המטרה של שינוי אוריינטציה מינית, מהי נקודת המוצא התיאורטית שלהם, ומה ההשלכות הנפשיות של טיפול שכזה. חשוב לציין שלדעתנו, גם מי שחושב שפרקטיקה כזו אינה אתית ואסור לקיים אותה, יסכים שכל עוד ישנם מטפלים המשתמשים בפרקטיקה זו - ראוי לחקור אותה, ואולי אף ביתר שאת כדי לבחון את הנזק שבה אל מול התועלת.

## תולדות ההומוסקסואליות בעולם המערבי

### מהעת העתיקה ועד לימינו

הומוסקסואליות ויחסי מין הומוסקסואליים נחשבים בחלק מהתרבויות מעשה אסור הגורר אחריו עונשים, אך בתרבויות רבות ברחבי העולם נחשבים אקטים הומוסקסואלים חלק אינטגרלי מטקסים דתיים ותרבותיים, וכאקט מיני לגיטימי לצורותיו השונות. גם בעולם המערבי העתיק הייתה הומוסקסואליות מקובלת ולא נתפסה כדבר מגונה: ביוון העתיקה נחשבה אהבה של גבר לגבר קשר נעלה יותר מאשר אהבה בין-מינית, והייתה מקובלת מאוד בין הפילוסופים היוונים (אפלטון, 1999). הומוסקסואליות בין נשים הייתה גם היא מקובלת ביוון העתיקה, במיוחד באי לסבוס שבו הלילה המשוררת סאפפו את האקט ההומוסקסואלי בין נשים. האימפריה הרומאית התנגדה בתחילת דרכה להומוסקסואליות וראתה בו אקט מגונה, אך עם השנים גברה ההשפעה היוונית, והאקט ההומוסקסואלי הפך להיות אקט מקובל מאוד, במיוחד בקרב האליטה המדינית. קיסרים רבים החזיקו בני-זוג, ומין אוראלי בין בני אותו מין הפך להיות מקובל מאוד (Talmey, 1938). יחד עם זאת, עלינו לזכור שקשה להעריך עד כמה ההומוסקסואליות הייתה מקובלת בשכבות אחרות של העם שהידע שלנו לגביהן מועט יותר.

אחת התרבויות בעולם העתיק שהתייחסה אל ההומוסקסואליות בשלילה גורפת היא היהדות. בספר ויקרא (פרק יח, כב) נאסר משכב זכור והעונש עליו הוא מוות בסקילה (שם כ יג), ולאורך התנ"ך אין אזכור ברור של יחסים הומוסקסואלים בין גברים או בין נשים. בתקופת המשנה והתלמוד נחלקו החכמים האם יש לאסור לשני גברים רווקים לישון יחד, ודעת רוב החכמים היא שמשכב זכור בחברה היהודית הוא נדיר ו'לא נחשדו ישראל על

כך' (משנה מסכת קידושין פרק ד, יד; תלמוד בבלי מסכת קידושין דף פב). יתר-על-כן, חכמים ראו את ההומוסקסואליות כחלק מההתנהגות הלא-מוסרית של הגוים ואסרו להתייחד איתם מחשש זה, ואף תלו את אסון המבול בימי נח במעשה זה (מדרש-תנחומא בראשית, כא) (קורן, 2006). באירופה בימי הביניים הייתה ההומוסקסואליות מצויה בעיקר בצרפת, ובאה יותר לידי ביטוי בין נשים. אך ברוב המדינות הנוצריות נחשבה ההומוסקסואליות באותה תקופה לחטא שעונשו חמור בהשפעת הנצרות. במאה ה-18 הוציאו אנשים להורג על ההומוסקסואליות תחת הסעיף של 'מעשה סדום' (Zachary, 2001).

כתוצאה מהיחלשות הסמכות הדתית בתקופה ההשכלה הפכה ההומוסקסואליות מחטא לעבירה על החוק. תהליך זה קיבל גושפנקא מדעית ע"י רופאים באותה תקופה שראו בהומוסקסואליות מצב מנוון ומזיק. בשנת 1869 נטבע המונח 'הומוסקסואליות' ע"י קרטבני, ובכך באה לידי ביטוי נקודת מבט לפיה מדובר בנטייה ומשיכה מינית ולא רק באקט מיני. קרטבני ניסה לבטא בכך שמדובר בנטייה טבעית ובלתי-ניתנת לשינוי, אך כנגדו טען קראפט-אבינג שגם אם מדובר בתופעה מולדת – היא בגדר פתולוגיה, מכיוון שהיא לא מקדמת את המין במאבק לשרוד, וזאת על-פי התפיסה הדרוויניסטית (Zachary, 2001). ספרו של קראפט-אבינג Psychopathia Sexualis נחשב כמורה הדרך בעולם ההפרעות המיניות עד לאמצע שנות החמישים של המאה העשרים, על-אף שגם באותה תקופה היו תיאורטיקנים שראו את ההומוסקסואליות כחלופה טבעית של המיניות ההטרוסקסואלית (לדוג' הירשפלד ואליס) (Drescher, 2010).

### הומוסקסואליות מנקודת מבט של הפסיכואנליזה

פרויד לא ראה את ההומוסקסואליות כחלופה טבעית של הטרוסקסואליות בשל תפיסתו שהטרוסקסואליות היא שלב ההתפתחות הסופי מהביסקסואליות המולדת. מאידך הוא גם לא ראה את ההומוסקסואליות במצב מנוון (כפי שראה אותם קראפט-אבינג) בשל היכולת של הומוסקסואלים לתפקד באופן תקין בתחומים אחרים. מתוך כך סבר פרויד שהומוסקסואליות היא **קיבעון** בשלב התפתחות מינית מוקדם, שהסיכויים לשנות אותו נמוכים מאוד (Freud, 1957). בניגוד פרויד, פסיכואנליטיקאים אחרים תייגו את ההומוסקסואליות כסטיה (perversion): אברהם (Abraham, 1924) ראה אותה כקיבעון בשלב מוקדם מבין השלבים של יחסי האובייקט, וגם מאוחר יותר כשהחלפה המשגה זו בהמשגה של אנה פרויד ('קווים ההתפתחותיים') המשיכה ההומוסקסואליות להיתפס כעמדה נחותה יותר ממיניות הטרוסקסואלית. אנליטיקאיים מאוחרים יותר תפסו גם שהומוסקסואליות היא סטייה - ראדו ראה בהומוסקסואליות מנגנון הגנה כנגד חרדה (Rado, 1969), וסוקריידס טען שהומוסקסואליות היא מחלת-נפש שמקורה בפתרון לא מוצלח של תסביך אדיפוס (Socarides, 1968). גם כאשר ארגון הפסיכיאטרים האמריקאי הסיר את ההומוסקסואליות ממדריך ההפרעות

(DSM) בשנת 1973, הממסד הפסיכואנליטי האמריקאי התנגד למהלך זה, ולא אָפָּר הכשרה פסיכואנליטית להומוסקסואלים. רק בשנת 1991 הסיר הממסד הפסיכואנליטי את המגבלה הזו, ושנה מאוחר יותר אף אָפָּר להומוסקסואלים להדריך מטפלים אחרים (Bergmann, 2002).

### ההיסטוריה של הומוסקסואליות כהפרעה במדריכי ההפרעות הנפשיות

כפי שנוכר לעיל, את הבסיס לסיווג הומוסקסואליות כהפרעה נפשית העמיד קראפט-אבינג שראה בה מיניות מנוונת, ובהתאם לכך הוגדרה ההומוסקסואליות כהפרעת אישיות (sociopathic personality disturbance) במהדורה הראשונה של ה-DSM שיצאה בשנת 1952. במהדורה השניה של ה-DSM שיצאה בשנת 1968 רוכך היחס כלפי הומוסקסואליות והיא הוגדרה כסטיה מינית ('sexual deviation'). בשנת 1970 חל מפנה בתפיסה של ההומוסקסואליות בפסיכולוגיה האמריקאית בעקבות הצטברות של מספר ממצאים ואירועים, חלקם מהתחום המקצועי וחלקם כתוצאה של לחץ חיצוני: כעשר שנים קודם לכן פורסמו ממצאי מחקרה של הוקר (Hooker, 1957) לפיהם לא קיימים הבדלים בפתולוגיה הנפשית בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים. שנה קודם לכן התרחשו מהומות סטנוול שבהם ביטאו ההומוסקסואלים בארה"ב את מורת-רוחם מהאפליה החוקית והאלימות של המשטרה כלפיהם. בנוסף, לאורך מספר שנים התקיימה פעילות של אקטיביסטים הומוסקסואלים שהפריעו לישיבות השנתיות של ה-APA אותו הם ראו כגורם מרכזי להפלייתם. במשך השנתיים הבאות נערכו דיונים בישיבות השנתיות של ה-APA בשאלת הפתולוגיזציה של הומוסקסואליות, ובשנת 1972 הופיע פסיכיאטר הומוסקסואל בעילום-שם ותיאר את ההפליה אותה חווים פסיכיאטרים הומוסקסואלים. בעקבות כך הוקמה ועדה לבחינת ההגדרה של הפרעות נפשיות בכלל ושל הומוסקסואליות בפרט, ועדה בראשותו של רוברט ספיצר. שנה לאחר מכן בשנת 1973 הגיעה הוועדה למסקנה שמלבד הומוסקסואליות וסטיות מיניות, כל ההפרעות האחרות ב-DSM עונות לקריטריונים של מצוקה סובייקטיבית של האדם או ליקוי מוכלל ביכולת התפקוד החברתית ('subjective distress or were associated with generalized impairment in social effectiveness of functioning'). בשל כך החליט ועד הנאמנים של ארגון הפסיכיאטרים האמריקאי להוציא את הומוסקסואליות ממדריך ההפרעות (Drescher, 2010).

אנשי הממסד הפסיכואנליטי התנגדו להכרעה זו של ועד הנאמנים ודרשו כי יתקיים משאל בקרב כל חברי האגודה באשר לשאלת ההומוסקסואליות. משאל כזה נערך, והחלטת הוועדה להסיר את ההומוסקסואליות התקבלה ברוב של 56%. על-אף הכרעה זו והוצאת הומוסקסואליות מהמדריך, פרסם ועד הנאמנים הודעה לפיה אין בהוצאת ההפרעה מהמדריך משום הכרעה בשאלה האם הומוסקסואליות היא שוות-ערך להטרוסקסואליות



או שהיא מצב רצוי. במקום הומוסקסואליות כִּלְל ה-DSM-II החל משנת 1973 את 'הפרעת אוריינטציה מינית' (Sexual Orientation Disorder, SOD), דיאגנוזה הניתנת רק כאשר האדם **איננו שבע-רצון** מהמשיכה שלו לבני מינו. בשנת 1980 יצא לאור מדריך ההפרעות (DSM) במהדורה השלישית ושם הוחלפה 'הפרעת אוריינטציה מינית' בהפרעה 'הומוסקסואליות שאינה תואמת עצמי' (Ego Dystonic Homosexuality, EDH), ככל הנראה כניסיון ליישב את המחלוקות הפנימיות בקרב הפסיכיאטרים, ובשנת 1987 הוסרה לגמרי הפרעה זו מהמדריך (DSM-III-R). במהדורה הרביעית של ה-DSM אין כל זכר להפרעה זו, וכאשר ישנה הפרעה בזהות המינית מייחסים אותה להפרעה מינית שאינה מסווגת באופן אחר (Sexual Disorder Not Otherwise Specified), או לבעיית זהות (Identity Problem) (Karten, 2005).

במקביל לתהליך זה בארה"ב התרחש תהליך דומה בארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO) והומוסקסואליות הוסרה מהמדריך בסביבות אותה התקופה (ICD-10) ואת מקומה תפסה ה-EDH. לקראת ההוצאה הצפויה של DSM במהדורה החמישית הקים ה-APA קבוצת עבודה על-מנת להכריע בשאלה האם לכלול במדריך את הפרעת זהות מינית (Gender Identity Disorder, GID). אקטיביסטים הומוסקסואלים טוענים שהגדרת מצב זה כהפרעה כמוהו כחזרה אחורה לתקופה שבה סווגה הומוסקסואליות כהפרעה, מאחר שזהות מינית לא ברורה איננה הפרעה אלא מצב נפשי. שאלה זו ממשיכה להיות נידונה גם בימים אלה (Drescher, 2010).

### הומוסקסואליות כהפרעה – טיעונים בעד ונגד

המצדדים בהסרתה של הומוסקסואליות ממדריכי ההפרעות מביאים כמה טענות וראיות לדבריהם. ראשונה לטענות אלה מבוססת על מחקרו הידוע של קינסי על מיניות האדם (Kinsey, 1948) שמצאיו מורים על-כך שהטרוסקסואליות והומוסקסואליות הן על רצף ואין מדובר בחלוקה דיכוטומית, ולפיכך אחוז ניכר מהאוכלוסייה חש במשיכה מינית כלפי בני מינו. שנית, קינסי מצא שהשכיחות של הומוסקסואליות באוכלוסייה היא בסביבות 10% - שכיחות כה-גבוהה יחד עם עדויות היסטוריות ואנתרופולוגיות רבות על מיניות הומוסקסואלית לגיטימית מורים על-כך שהומוסקסואליות איננה הפרעה כי-אם אופן נוסף של מיניות האדם.

ביבר (Bieber, 1965) לעומת זאת טוען שהעובדה שהתופעה נפוצה איננה מספיקה בשביל להוכיח שמדובר בתופעה בריאה, ומביא דוגמא מהצטננות שהיא תופעה נפוצה מאוד בחורף, אך לא בשל כך היא תיחשב כמצב בריא. באופן כללי טוען ביבר שמחקרו שלו מראה שהומוסקסואליות קשורה לגורמים פתולוגיים רבים כמו יחסי גרועים בין ההורים, פיתרון לא מוצלח של תסביך אדיפוס ופחד מפני איברי מין נשיים, ובשל כך יש להחשיב את

ההומוסקסואליות כפתולוגיה, על-אף היותה נפוצה. מחקרים עדכניים יותר על ההיקף של ההומוסקסואליות באוכלוסיה מצאו נתונים נמוכים בהרבה מהנתונים שהציג קינסי (לדוג', Fay, Turner, Klassen, and Gagnon, 1989) – בין 2 ל-4 אחוזים מהאוכלוסיה בלבד. הפער בין המחקרים נעוץ ככל הנראה בדגימה המוטה שמחקרו של קינסי התבסס עליה, שהייתה ממוקדת באיזור המרכז-מערבי (mid-west) של ארה"ב, ובעיקר בקרב סטודנטים.

ראיה נוספת לכך שהומוסקסואליות איננה פתולוגיה נפשית היא ממחקרה של הוקר (Hooker, 1957) שהראה שלא ניתן למצוא במבחני אישיות הבדלים או גורמים מבחינים בין הומוסקסואלים להטרוסקסואליים. תוצאות דומות נתקבלו גם במחקר שבוצע ע"י תומפסון ועמיתיו (Thompson, McCanless & Strickland, 1971). מחקרים אלה מורים על-כך שהומוסקסואליות איננה הפרעה נפשית שהרי היא איננה באה לידי כל-ביטוי במבחנים פסיכולוגיים שבאים לבחון יכולת הסתגלות, תפקוד, ביטחון עצמי והגנתיות. במחקרו של ביבר (Bieber, 1965) לעומת-זאת נמצאו יותר מקרים של סכיזופרניה בקרב קבוצת המטופלים ההומוסקסואלים בהשוואה לקבוצת ההטרוסקסואלים. ביבר מנסה להסביר את הפער בכך שהמבחנים הפסיכולוגיים שהועברו אינם מספיק רגישים להפרעות הנפשיות הנידונות. מתוך כך מסיק ביבר שהומוסקסואליות היא הפרעה נפשית, תוך שהוא מתעלם (בסעיף 'discussion' שבספרו) מהעובדה שאחוז הנורוטים בקרב ההטרוסקסואלים במחקרו היה גבוה בהרבה מאצל ההומוסקסואלים.

על-אף שטיעונו של ביבר אינו נראה משכנע שכן הכלים שהוקר השתמשה בהם לא נופלים באיכותם מהכלים שהוא השתמש במחקרו, בכל זאת שומה עלינו לשאול כיצד הגיעה הוקר למסקנה שהבריאות הנפשית של הומוסקסואלים והטרוסקסואלים היא ברמה דומה **בתקופה שבה הייתה ההומוסקסואליות נחשבת בגדר הפרעה** – האם אין די בהומופוביה לכשעצמה בשביל להביא לידי פער במצב הנפשי ובתפקוד של הומוסקסואלים להטרוסקסואלים? קשה להבין כיצד גורמים אלה לא השפיעו על הבריאות הנפשית של הומוסקסואלים בתקופה שבה הומוסקסואליות נחשבה סטיה בלתי-רצויה. באופן כללי יש לפקפק בטיב המחקרים הללו הלוקויים מצד הדגימה הסטטיסטית, שכן המדגמים שעליהם נערכו המחקרים אינם אופייניים לאוכלוסייה (הנחקרים היו בד"כ לבנים, ממוצע שנות לימוד ומשכל גבוה באופן משמעותי מהאוכלוסייה הכללית). נוסף על-כך, במחקרים מאוחרים יותר נמצאו פערים לא מבוטלים בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים בבריאות הנפשית, במיוחד בתחום הדיכאון והאובדנות (לדוג' Mills et al., 2004). גם כאן אין להסיק מממצאים אלה על היות ההומוסקסואליות פתולוגיה לכשעצמה, שכן לחברה יש השפעה רבה על בריאותם הנפשית של הסוטים מהנורמות שלה. המסקנה העולה מדיון זה היא שכל עוד אין מחקר עם דגימה מייצגת של האוכלוסייה קשה להסיק מסקנות

מהמחקרים הקיימים ביחס לשאלה האם הומוסקסואליות היא פתולוגיה, וגם אחרי דגימה שכזו קשה לבדד את גורם ההומוסקסואליות מגורם השפעת החברה.

מנקודת מבט אחרת נראה שתיוג הומוסקסואליות כהפרעה איננו תלוי במחקר זה או אחר אלא אלא בהשקפת עולם. בין אם המחקרים יראו כך או אחרת יש להניח שהשמרנים יטענו שהומוסקסואליות היא הפרעה מתוך השקפת עולמם המנסה להגן על מוסד המשפחה כפי שהיה קיים בתרבות המערבית עד לעשרות השנים האחרונות, והליברליסטים ידגישו את החופש של האדם לבחור לפעול לפי נטיותיו וכפי שנראה לו נכון עבורו, כל עוד אין הוא פוגע בזולתו.

## מרכיבי האוריינטציה המינית

מקובל לחלק בין שלושה מרכיבים פסיכולוגיים של אוריינטציה מינית: זהות מינית, תפקוד בתפקידי תואמי מין ומשיכה מינית. **זהות מינית** מוגדרת לפי המידה בה הגבר או האשה **מרגישים את עצמם** כשייכים לבני מינם. לשם כך נדרשת יכולת להבחין ברמה הקוגניטיבית בין המינים השונים ויכולת לייחוס עצמי של שייכות (Kohlberg, 1966). **תפקוד** מוגדר כהתנהגות, גישות ואישיות **המיוחסים בחברה** למין הגברי או הנשי (Unger, 1979). המרכיב השלישי הוא **המשיכה המינית**, כלומר בני איזה מין מעוררים את האדם מבחינה מינית יותר מבני המין הנגדי (Bailey & Zucker, 1995). שלושת המרכיבים הללו נרכשים בשלבים שונים של החיים: את השניים הראשונים רוכשים בין גיל שנתיים לגיל ארבע, ואילו המשיכה המינית מתייצבת בסביבות גיל ההתבגרות (Meyer-Bahlburg, 1980).

מושא המחקר הנוכחי הוא טיפולים המנסים לשנות את הנטייה המינית בהיבט של **מושא המשיכה המינית** בלבד, ולא באספקטים אחרים של מיניות.

### הגדרה גמישה של משיכה מינית

במחקרו הקלאסי של קינסי (Kinsey, 1948) נמצא שאצל רבים מההטרסקסואלים (40%) קיימת גם משיכה הומוסקסואלית. אחרי מחקרו של קינסי נערכו כמה ניסיונות לערער ממצא זה, אך גם מחקרים מאוחרים יותר מאשרים את סדר הגודל הזה של נטייה הומוסקסואלית אצל גברים ונשים המגדירים עצמם כהטרסקסואלים (McConaghy, 1987). כתוצאה מכך סבורים (Bem, 1996) שהומוסקסואליות והטרסקסואליות אינן נמצאות על ציר אחד, ואצל רבים מבני-האדם ישנה משיכה מינית לשני המינים בלי שיש סתירה ביניהם, כשבד"כ ישנה משיכה דומיננטית יותר שלאחד המינים.

מקונגי (McConaghy, 2005) סבור שהגמישות של המשיכה המינית מתבטאת לא רק באפשרות להכיל את שתי הנטיות במקביל, אלא בעיקר בהשתנות המשיכה בשלבים שונים בחיים. לטענתו הביסקסואליות הנפוצה יותר היא איננה זו המוכרת במערב כביסקסואליות בה אדם נמשך מינית לשני המינים בו-זמנית, אלא זו שבמשך פרק מסוים בחיים אדם נמשך לבני מין אחד ובפרק אחר בחיים הוא נמשך לבני המין השני. לדבריו אין לתייג אדם באופן מוחלט לפי התנהגותו בזמן מסוים, כי משיכה המינית יכולה להשתנות מזמן לזמן. לפי תפיסה זו אפשר להבין את הפער המצוי בין אחוז ההומוסקסואלים באוכלוסיה בגילאים שונים. מקונגי מציין שההשלכה של תפיסה זו היא שגם מטפל המתנגד באופן עקרוני לשינוי נטייה מינית של מטופל, במציאות שהמטופל קרוע בין נטיות מיניות הופכיות ומחפש מוצא מנטיות אלה – יש מקום ליישם טכניקות של שינוי נטייה מינית.

## מה קובע את מושא המשיכה המינית?

אילו גורמים מעורבים בקביעת המין אליו יימשך אדם מבחינה מינית? לשאלה זו ישנה השלכה טיפולית חשובה שכן אם גורמים אלה הם באופן בלעדי גורמים קונסטיטוציוניים, כמו תורשה או תנאים סביבתיים בזמן ההריון – סביר להניח שלא ניתן יהיה לשנות את מושא המשיכה המינית בטיפול פסיכולוגי בלבד. אך אם הגורמים המשפיעים הם סביבתיים, מסתבר יותר שניתן יהיה בטיפול פסיכולוגי לשנות את מושא המשיכה, אם-כי גם זה לא בהכרח אפשרי<sup>1</sup>. חוקרים שונים העלו כמה אפשרויות בדבר הגורמים הקובעים את מושא המשיכה המינית:

### גורמים קונסטיטוציוניים

#### גנטיקה

בתחילת שנות התשעים טענו דין האמר ועמיתיו (Hamer et al. 1991) שנמצא הגן האחראי (Xq28) להומוסקסואליות אצל חלק מההומוסקסואלים. האמר ועמיתיו בדקו את אילן היוחסין של הומוסקסואלים ומצאו שבמשפחת המוצא של האם יש יותר קרובי משפחה הומוסקסואלים מאשר במשפחת המוצא של האב. בעקבות כך חיפשו החוקרים את הגן האימהי הקשור להומוסקסואליות. תוצאות מחקר זה שוחזרו אח"כ במחקרם של הו ועמיתיו (Hu et al., 1995). אולם גם לדברי האמר ועמיתיו אין מדובר בהשפעה גנטית בלעדית אלא בגן המעלה את הסבירות להופעת (פנוטיפ) הומוסקסואליות. בנוסף, החוקרים טוענים שאין מדובר בתורשה מנדליאנית פשוטה, וגן זה מסביר רק חלק מההומוסקסואליות שכן גם במחקר זה עצמו נמצא שהתורשה מצד האב משפיעה גם היא על הנטייה (אם-כי באופן פחות מובהק). יחד עם זאת, חוקרים רבים מפקפקים בתוצאות מחקרים אלה בשל הנחות סטטיסטיות מפקפקות שהדריכו את החוקרים בהגדרת המושג 'תורשתיות', ובשל מדגמים קטנים ובלתי-מייצגים ע"י דגימה של נבדקים באמצעות מודעות בעיתון (Mann, 1994; Baily et al., 1999)<sup>2</sup>. חוקרים אחרים שערכו מחקרים דומים לא מצאו ממצאים דומים לממצאיהם של האמר ועמיתיו – במחקרים של אברס ועמיתיו (Ebers et al., 1999) וביילי ועמיתיו (Baily et al., 1999) לא נמצאה השפעה מובהקת לגן זה, (אף שלפי ביילי תוצאות המחקר אינן שוללות את השפעת הגן). במחקר מאוחר יותר של האמר עצמו (Hamer, 2005) נמצאו אזורים אחרים שאולי קשורים מבחינה גנטית לנטייה זו אך לא איזור זה. עם זאת המשיך האמר להחזיק בדעתו שהגן Xq28 קשור באופן צנוע אך מובהק להתפתחות נטייה הומוסקסואלים (Hamer, 1999; 2005).

<sup>1</sup> לשאלת מקור הנטייה ישנן גם השלכות תרבותיות כפי שמדגיש לוי (LeVay, 1996) שההסבר הביולוגי לרוב הולך יחד עם קבלת ההומוסקסואלים כלגיטימית לעומת ההסבר החברתי הנמצא במתאם עם הומופוביה וכדו'.

<sup>2</sup> התקיימה גם חקירה של ועדת האמינות במחקר (Federal Office of Research Integrity) בשל האשמות שהאמר הוציא מהמחקר תאומים שלא תאמו את המסקנות שהוא היה מעוניין בהן (Horgan, 1995).

מחקר תאומים הוא שיטת מחקר קלאסית לבירור היקף השפעה הגנטית על התנהגויות אנושיות. ביילי ופילארד (Baily & Pillard, 1991) ערכו מחקר כזה בתחום הנטייה המינית, ותוצאות המחקר לימדו על קיומה של השפעה גנטית. במחקרם נמצא שאצל תאומים מונוזיגוטיים היה המצב ששני התאומים הומוסקסואלים בשכיחות של יותר מ-50%, בעוד שבתאומים דיזיגוטיים ואחים שאינם-תאומים הייתה שכיחות אירוע כזה נמוכה בהרבה. אך תוצאות המחקר מראות שישנה גם השפעה לא מבוטלת של הסביבה, שכן אחוז האחים ששניהם הומוסקסואלים נמצא גבוה יותר גם אצל תאומים דיזיגוטיים (22%) מאשר אצל אחים שאינם תאומים. לאור העובדה שאין דימיון רב יותר במטען הגנטי בתאומים דיזיגוטיים מאחים שאינם תאומים – יש לתלות את הפער בתנאי הסביבה הדומים שמקבלים התאומים וההשפעה ההדדית שלהם (Billings & Beckwith, 1993). הסתייגות נוספת מובאת ע"י ביילי ופילארד עצמם – לדבריהם הדרך שהגנטיקה משפיעה על הנטייה המינית איננה חייבת להיות ישירה, גם אם נקבל שמדובר בהשפעה גנטית: ייתכן שההשפעה של הגנים היא על התפתחות תכונות אופי מסוימת המגבירה את הסיכוי להתפתחות הומוסקסואליות, או ייתכן שאנשים בעלי תכונות דומות שמקורן גנטי יינטו להימצא באותה סביבה, והסביבה היא שמעוררת אצלם את הנטייה המינית ההומוסקסואלית. כמה שנים מאוחר יותר הודה ביילי (Baily, 1995) שהנושא עדיין אינו מוכרע, ודרוש מחקר בקנה מידה רחב יותר.

מחקר כזה נערך ע"י ביילי ועמיתיו (Baily et al., 2000), כשהמדגם היה מספר גדול מאוד יחסית של תאומים הומוסקסואלים באוסטרליה שנבחרו באופן אקראי. במחקר זה נמצא מתאם נמוך באופן משמעותי בתחום הנטייה המינית בין תאומים מונוזיגוטיים (38%) ממה שנמצא במחקרים אחרים, דבר המלמד על השפעה גנטית פחותה מכפי שמחקרים קודמים העלו. לטענת החוקרים, איכות הדגימה במחקר זה העולה על המחקרים המקבילים לו נותנת משנה-תוקף לממצאיו.

בחלוף השנים הלכה והתגברה ההסתייגות מהניסיון לתלות תכונות אישיות מורכבת באזור גנטי מסוים ובהשפעות גנטיות בלבד. האמר כתב במאמר מאוחר (Hamer, 2002) שתכונות אופי מורכבות אינן יכולות להיות תוצאה של גן אחד, ואף תכונה כמו נטייה מינית מושפעת מאינטראקציה של כמה גנים ולא מגן בודד. דעה זו מוסכמת גם על המנהל לשעבר של פרויקט הגנום האנושי פרנסיס קולינס (Collins, 2006) שטען ביחס להומוסקסואליות שהגנים לכל היותר יוצרים מוכנות (predisposition) אך בשום-אופן לא קובעים באופן מוחלט את הנטייה המינית. בכך התאמתו כעבור שנים דבריו של פרויד (1922) – "ההכרה בגורמים האורגניים של ההומוסקסואליות אינה מסירה את מחויבותנו ללמוד את התהליכים הנפשיים של היווצרותה".

### שוני במבנה המח

לוי (LeVay, 1991) מצא שיש הבדל במבנה המח של הומוסקסואלים והטרנסקסואלים. בפרימאטים המרכז האחראי על התפקוד המיני נמצא באזור האמצעי של ההיפותלמוס האמצעי, ולוי מצא שאצל גברים הטרנסקסואליים היה מרכז 3-INAH (Interstitial Nucleus of the Anterior Hypothalamus) כפול בגודלו מאשר במוחם של גברים הומוסקסואלים. מחקרים נוספים הראו נקודות אחרות במח שבהן נבדלים הומוסקסואלים מהטרנסקסואליים (Hamer, 1991), מה שמלמד לדעתו של לוי על-כך שמבנה המח **מכתיב** את הנטייה המינית.

מבקרו של לוי טוענים שמחקרו לוקה מאוד בדגימת המשתתפים, שכן המחקר נערך בניתוח מוח של הומוסקסואלים **שמתו מאיידס**, וייתכן שהסיבה למבנה המוקטן של המרכז הנ"ל הוא מחלת האיידס או מחלה אחרת שנלוותה לה, ולא דווקא ההעדפה המינית. עוד ייתכן שהשוני במבנה המרכז הנ"ל במוח גורם לאופי מסוים של יחסי מין המגדיל את הסכנה להידבקות ב-HIV. בנוסף, ניסיון לשחזר את ממצאיו של לוי (Byne et al., 2001) לא נמצא הבדל מובהק בגודל מרכז זה בין הטרנסקסואלים להומוסקסואלים. ביקורת עקרונית יותר נמתחה ע"י ברידלוב (Breedlove, 1997) שערך ניסוי בחולדות בו נמצא שהשוני במבנה המח נגרם **כתוצאה מפעילות מינית**. לטענת ברידלוב ייתכן שגם אצל לוי השוני במבנה המח אינו **הגורם** לפעילות ומשיכה מינית אלא תוצאה של פעילות מינית זו או אחרת.

### גורמים חברתיים

#### למידה חברתית

חלק מתיאוריות הלמידה חברתית משתמשות בעקרונות ההתניה קלאסית להסביר את התפתחותה של נטייה מינית. התיאורטיקנים האוחזים בגישה זו טוענים שזיווג (pairing) בין פורקן מיני לבני מין מסוים הופך ברבות הימים את בני אותו המין לגירוי מותנה הגורם לעוררות מינית (Feldman & MacCulloch, 1971). למשל אם גבר יחווה עוררות ופורקן מיני כאשר דמות גבר ניצבת בפניו – הוא יפתח עם הזמן משיכה מינית לגברים. אולם במחקרם הקלאסי של סטולר והרדט (Stoller & Herdt, 1984) על בני פפואה ניו-גינאה נמצא שההתנסות ההומוסקסואלית של בני השבט האסייתי לא השפיעה על-פי-רוב על הנטייה המינית העתידית שלהם. ומכאן עולה שלמידה חברתית לבדה והתניות ביהביוריסטיות **לבדן** אינן יכולות להסביר משיכה מינית.

### התנהגות לא-אופיינית למין אצל הומוסקסואלים

השפעה חברתית אחרת המסבירה את התפתחות נטייה הומוסקסואלית קשורה להתנהגויות אופייניות למין. בניית-על על שערך ביילי וצוקר (Bailey & Zucker, 1995) נמצא קשר בין התנהגות לא-אופיינית למין ומשיכה מינית הומוסקסואלים. גודל האפקט בהשוואת ההתנהגות האופיינית למין בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים היה גדול יותר מאשר בהשוואה בין גברים לנשים. כלומר התנהגות נשית הייתה מצויה יותר אצל הומוסקסואלים גברים מאשר התנהגות כזו אצל נשים. התוצאות הללו נמצאו גם במחקרים **מנבאים** (prospective) שבהם תיאור ההתנהגות קדם להכרה של הנבדקים במושא משיכתם המינית, ולא רק במחקרים רטרוספקטיביים שבהם הנבדקים שמשיכתם המינית כבר הוגדרה תיארו את התנהגותם במבט רטרוספקטיבי<sup>3</sup>.

ממצאים אלה לכשעצמם אינם מוכיחים שהנטייה ההומוסקסואלית מקורה בהתנהגות מסוימת ואינה מולדת. ניתן לטעון שהורמונים קדם-לידהיים משפיעים גם על התפתחות התנהגות תואמת מין וגם על משיכה מינית. אף-על-פי-כן, ממצא זה פותח את האפשרות להסברים חברתיים על מקור המשיכה המינית. על-פי ממצאים אלה ניתן להסביר את הקשר בין אב מרוחק להומוסקסואליות של הילד (כפי שטוען סוקריידס, ראו בהמשך) בכך שלא האב המרוחק הוא שגרם להומוסקסואליות של הילד אלא הנשיות של הילד גרמה לאב להיות מרוחק. אך מחקר שנערך על-מנת לבחון שאלה זו (Pillard, 1990) מצא שגם אחים הטרוסקסואליים של הומוסקסואלים דיווחו על ריחוק מצד האבא. מכאן שלא ההתנהגות של הילד הביאה לדחייתו ע"י האבא אלא מדובר באבא מרוחק בלי-קשר לאופי הילד.

### תיאוריית EBE להתפתחות משיכה מינית

מספר תיאוריות חברתיות הוצעו על-מנת להסביר את התפתחות המיניות האנושית בכלל, ומתוך כך את התפתחות הנטייה ההומוסקסואלית. בס (Bem, 1996) פיתח את תיאוריית EBE (Exotic Become Erotic) להתפתחות משיכה מינית המבוססת ההתנהגות הנשית האופיינית להומוסקסואלים. על פי תיאוריה זו, המשיכה המינית היא אנרגיה נפשית שבמהלך ההתבגרות המינית מוצאת את התיב שלה אל המין שנחשב **אקזוטי** ולא מוכר למתבגר. לרוב זהו המין השני שאיתו המתבגר פחות מצוי בקשר, במיוחד בתקופת החביון של הילדות. אך ילד שמסיבות חברתיות או גנטיות מתעסק יותר בתחומים שנחשבים נשיים - בדרך-כלל ימצא את עצמו בחברתן של בנות ונשים, וסביר להניח שגם ירגיש לא שייך ואפילו דחוי בחברת בני מינו. אצל ילד כזה העולם הנשי יהיה העולם המוכר לו, ובמקביל העולם הגברי אקזוטי ומסתורי לגביו. האקזוטיות והמסתוריות הזו היא המכוונית את האנרגיה המינית, ובמקרה כזה היא תכוון כלפי בני-מינו. נמצא אם-כן שההזדהות המינית החברתית (גינדר)

<sup>3</sup> ממצאים אלה היו מובהקים יותר אצל גברים מאשר אצל נשים, ורק אצלם הם נמצאו במחקרים מנבאים.



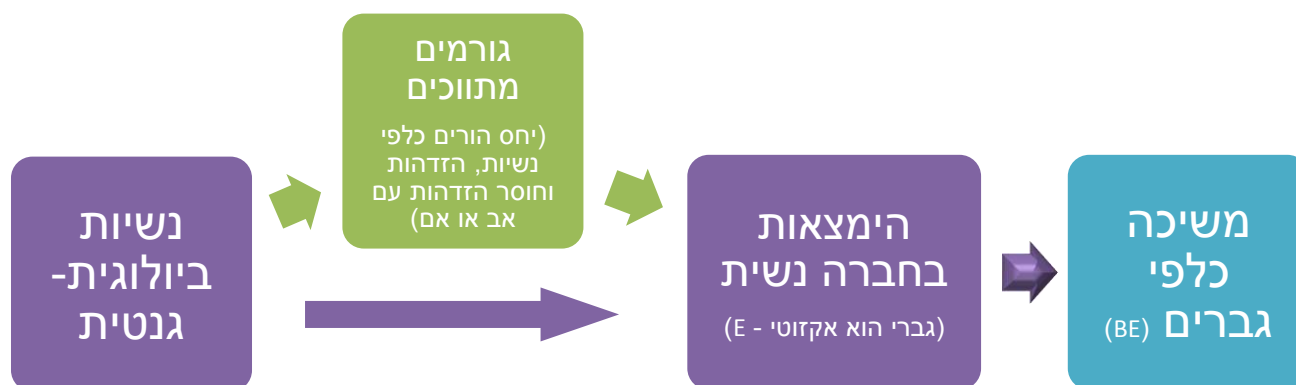
מובילה לתחושה של זרות ביחס למין השני, מה שהופך אח"כ למשיכה ארוטית. לפי תיאוריה זו אין באופן קונסטרוקטיוני משיכה מינית כלפי מין זה או אחר, וההתפתחות של המשיכה המינית היא תהליך שמתרחש בעקבות תחושת השייכות החברתית. יחד עם זאת, תיאוריה זו אינה מבטלת את הערך של התורשה: התורשה היא אחד מהגורמים ש**בתיווך תהליכים חברתיים** מובילה להתפתחות של משיכה מינית הטרוסקסואלית או הומוסקסואלית. גישה זו מוצאת חיזוק בממצאים הרבים שנמצאו במחקר על-כך שהומוסקסואלים נוטים באופן מובהק להתנהגות שאינה-תואמת מין גם בילדותם (כנ"ל), וקיימת אצלם נטייה חזקה להזדהות עם המין ההפוך (sissi אצל בנים, tomboy אצל בנות) ולהתרחק מקרבת בני-מינם.

מבקרו של בם טענו שהתיאוריה שלו אינה מבוססת אלא על דיווחים רטרוספקטיביים של הומוסקסואלים על ילדותם, נתונים שאינם אמינים דים, ואי-לכך אין ראיה לכך שאקזוטיות היא אכן גורם המשפיע על ההעדפה מינית (Peplau et al., 1998). אך אנחנו סבורים שביקורת זו אינה רלבנטית מאחר שכמה מחקרים מצאו שההתנהגות הנשית המאפיינת גברים הומוסקסואלים נמצאה גם במחקרים מנבאים (Bailey & Zucker, 1995) כנ"ל. ביקורת נוספת על התיאוריה של בם מבוססת על העובדה שבנות גבריות (tomboy) הן תופעה נפוצה מאוד הנחשבת במידה רבה רצויה, ואין היא מנבאת התפתחות זהות מינית לסבית כפי שהיינו מצפים לפי התיאוריה של בם.

ניקולוסי וביירד (Nicolosi & Byrd, 2002) אינם שוללים את התהליך ההתפתחותי שמציג בם, אך הם טוענים שאי-אפשר לתלות את התהליך כולו במשיכה אל האקזוטי והלא-מוכר. טענתם היא שהצטברו במחקר ממצאים רבים על גורמים נוספים שנמצאו במתאם עם הומוסקסואליות שהתיאוריה של בם אינה מספיקה בשביל להסבירם. בם אינו מתייחס כלל להשפעה של תהליכים משפחתיים על התפתחות הומוסקסואליות – מאפייני האם (כמו חודרנות או דחיה או הפרעה נפשית), מאפייני האב (כמו הפרעה נפשית או חוסר נוכחות), הסובלנות של המשפחה כלפי התנהגות שאינה תואמת מין, מספר האחאים וגורמים הקשורים לקבוצת השווים, אירועי חיים כמו התעללות מינית והתנסות מינית עם בני אותו המין בילדות, רגש הנחיתות המאפיין הומוסקסואלים, וגורמים פנים-נפשיים כמו חוסר שביעות רצון מעצמי. ניקולוסי וביירד מצביעים אס-כן על התהליכים המשפחתיים והקונפליקטים היסודיים הקשורים **להזדהות ופיתוח זהות** בתוך המשפחה החסרים אצל בם.

לנו נראה שהביקורת הזו אינה מבטלת את דבריו של בם – בם התמקד בתהליך חברתי אחד שמשפיע על התפתחות מיניות בכלל ומיניות הומוסקסואלית בפרט, אך ניתן לצרף לתהליך זה גורמים נוספים המשפיעים כמו פתולוגיה במשפחה או התעללות מינית. מעבר לעובדה שחלק מהמחקרים שמציג ניקולוסי נמצאו סותרים

מחקרים אחרים (למשל המחקרים המתארים את תחושת הנחיתות וחוסר שביעות הרצון של הומוסקסואלים, שסותרים את הממצאים של הוקר (Hooker, 1957)), אפשר גם לומר שהגורמים שהביאו ניקולוסי וביירד יכולים למצוא את מקומם בתוך התיאוריה של בם, וזאת בשל העובדה שמחקרים אלה הם מחקרים מתאמיים שאינם מצביעים על כיוון הסיבתיות אלא על קשר בלבד. לדוגמה הגורם שהביאו ניקולוסי וביירד - היחס של ההורים כלפי התנהגות שאינה תואמת מין - יכול להשתלב היטב בתיאוריה של בם, כי הורים שיתייחסו באופן חיובי יותר להתנהגות שאינה תואמת מין – יאפשרו לילד יותר בקלות להשתלב בחברה של מי שאינו בני-מינו. ניתן אף לשלב את רעיון ההזדהות שאת חסרונו מבקרים ניקולוסי וביירד בתוך התיאוריה של בם: אפשר לומר שהזדהות עם דמות מסוימת בקונסטלציה המשפחתית בצירוף התכונות הנשיות הביולוגיות-גנטיות של הילד מביאות אותו לנקוט בהתנהגות נשית, וזו בתורה מביאה להצטרפות לקבוצות נשיות, ועל-פי עיקרון EBE המשיכה המינית מתפתחת באופן הומוסקסואלי. כלומר עם כל הממצאים הנ"ל אפשר עדיין לטעון שבסופו של דבר המשיכה המינית נקבעת לפי תחושת האקזוטיות והמסתוריות, ושאר הגורמים שהביאו ניקולוסי וביירד משפיעים על תחושת השייכות.



איור 1- תיאוריות EBE אצל הומוסקסואלים גברים בתוספת גורמים מתווכים

### התעללות בילדות

במדגם לא גדול הלוקה בדגימה לא מייצגת נמצא קשר מובהק בין התעללות מינית בילדות להומוסקסואליות בבגרות (Johnson & Shrier, 1985). ממצא זה תואם מה תוצאות הסקר שערך ניקולוסי (Nicolosi 2001B) בקרב הומוסקסואלים לפיו בממוצע המגע המיני הראשון של המטופלים היה בגיל 10.9, עם אדם שבממוצע היה

בגיל 17.2. הגיל הממוצע שבו גילו ההומוסקסואלים את נטייתם הוא 12.4, כלומר בממוצע אחרי המגע המיני הראשון, ואם-כן ניתן להסביר את התפתחות המשיכה ההומוסקסואלית ע"י המגע המיני שקדם לה. יחד עם זאת, ברור שאין מדובר בגורם המשפיע באופן מוחלט, שהרי לא כל מי שעבר התעללות בילדות הופך להומוסקסואל בבגרות. עד לעת-עתה, נושא זה לא נחקר די הצורך.

### **הסברים פסיכואנליטיים**

פרויד לא התעסק בפסיכואנליזה שמטרתה שינוי נטייה מינית (למעט מקרה אחד), ואף לא כתב מאמר בנושא טיפול בהומוסקסואלים או בהומוסקסואליות. עם זאת הנושא עלה בהקשרים אחרים בכתביו, ובמקומות אלה הוא הציע מספר הסברים להומוסקסואליות שהמכנה המשותף שלהם הוא שההומוסקסואליות היא התפתחות לא-תקינה של הנטייה המינית. זאת מתוך הדגשתו את מרכזיותה של האנטומיה של אברי המין בקביעת הנטייה המינית (Mitchell, 1995). עם זאת, פרויד (1922) מודה שאין בהסברים הללו למצות את כל הפנים של ההומוסקסואליות, והוא מתייחס להומוסקסואליות של גברים באופן כמעט בלבדי (על אף שהטיפול שהוא ערך במטרה לשנות נטייה מינית הומוסקסואלית היה דווקא באשה לסבית). בעקבות הסבריו של פרויד הוצעו הסברים נוספים על-ידי פסיכואנליטיקאים ממשיכי דרכו, המבוססים על התיאוריה הפסיכואנליטית אך מסבירים באופן שונה את ההומוסקסואליות.

### **הזדהות עם האם במקום עם האב**

פרויד הציע כמה המשגות אפשריות להתפתחות ההומוסקסואליות על-גבי התשתית האורגאנית המיוחסת לה (פרויד, 1922), וזאת על בסיס ניסיון קליני. ההמשגה הראשונה היא שהבחור הצעיר יוצא מתוך קיבעון ארוך כלפי האם להזדהות איתה, וזאת בשל רצון להישאר נאמן לאובייקט ראשון זה. מתוך כך הוא מחפש אובייקטים שהאם עשויה לאהוב, ואינו נמשך לבני המין הנגדי. יחד-עם-זאת, פרויד סבר שהומוסקסואליות אינה מחלה כי-אם קיבעון התפתחותי בשלב פרה-גניטאלי (Freud, 1957), ובכך שם דגש על האקט המיני ההומוסקסואלי כמגדיר את הנטייה.

ויניקוט (1971) רואה גם הוא את התפתחות ההומוסקסואליות כתוצאה של הזדהות עם האם. בתיאור מקרה הוא מביע את חששו שהזדהות יתר של ילד עם אמו כתוצאה מהיעדרות נפשית שלה (עקב דיכאון קליני) במשך תקופה קריטית של הינקות יכולה להביא להתפתחות של הומוסקסואליות או פרוורסיה אחרת.

### **מניעת תהליך ההיפרדות-התייחדות (separation-individuation)**

הסבר דומה מבוסס על פסיכולוגיית האני של מרגרט מהלר המדגישה את תהליכי ההיפרדות-התייחדות (separation-individuation) (Mahler, 1968). לפי גישה זו אימהות לילדים שמתפתחים להיות הומוסקסואלים

הן לרוב חודרניות ולא מאפשרות מרחב לפיתוח זהות נפרדת. האם החודרנית אינה מאפשרת תהליך של התייחדות והיפרדות, ובמקום שהבן יפתור את קונפליקט אדיפוס ע"י פיתוח הזדהות עם האב, הוא נשאר בתודעה שלו כחלק של אמו. מתוך חיבור זה הוא מזדהה עם המשיכה של אמו לגברים, וכך הוא מפתח משיכה מינית כלפיהם. לפי הסבר זה, לאב אין תפקיד אקטיבי בהיווצרות הומוסקסואליות, ועיקר ההשפעה שלו הוא בכך שהוא נעדר מלשמש בתפקיד הדמות שמפרידה בין האם לילד ומספקת את בוחן המציאות, או לפי המשל של לאקאן - הוא איננו משמש כמקל בפה של התנין המונע מהאם לבלוע את הילד (Lacan, Fink, Fink & Grigg, 2006) –

*The mother's role is her desire. That is of capital importance. Her desire is not something you can bear easily, as if it were a matter of indifference to you. It always leads to problems. The mother is a big crocodile, and you find yourself in her mouth. You never know what may set her off suddenly, making those jaws clamp down. That is the mother desire... there is a roller, made of stone, which is potentially there at the level of the trap and which holds and jams it open. That is what we call the phallus. It is a roller which protects you, should the jaws suddenly close.*

כאשר האב נעדר ואיננו נמצא בשביל למנוע את היבלעות הילד ע"י אמו - ואין זה משנה אם האב נעדר מבחינה מעשית או שהנוכחות שלו אינה מורגשת – היכולת של הילד לבצע תהליך בריא של התייחדות והיפרדות נפגמת, והוא מזדהה באופן בלעדי עם אמו. לאקאן מסכם שבסופו של דבר, תהליך כזה יוביל להומוסקסואליות.

סוקאריידס (Socarides, 1968), מראשי המאבק נגד הוצאת ההומוסקסואליות מה-DSM ומייסד NARTH (National Association for Research & Therapy of Homosexuality) חולק גם הוא על פרויד, וסבור שהומוסקסואליות איננה קיבעון בשלב פרה-גניטאלי אלא מחלת-נפש. על בסיס המודל ההתפתחותי של מאהלר המבוסס על תהליך היפרדות מהאם, טוען סוקאריידס שמקור ההומוסקסואליות נעוץ באיחוד סימביוטי חזק עם האם במהלך הילדות שהביא לקיבעון בשלב הפרה-אדיפאלי (Mitchell, 2002). משמעות הקיבעון בשלב ההתפתחותי הפרימיטיבי הוא מבנה 'אני' מאוד לא מפותח, חסר יכולת התמודדות בריאה עם דחפי האיד. מנגנון ההגנה שנוקט האני הוא הומוסקסואליות - התקה של הדחפים המיניים מאובייקט מיני אחד (בני המין השני) לאובייקט מיני אחר (בני אותו המין) (Drescher, 2001). המקור להיווצרות מנגנון הגנה הזה הוא אב מרוחק, מנותק, או פסיבי, שהילד לא פיתח הזדהות כלפיו. ניסוח זה מקביל במידה מסוימת לניסוח של פרויד דלעיל, אך לפי סוקאריידס חוסר ההזדהות עם האב מביא לכך שדחפי הליבידו מוחבאים במנגנון הגנה המחליף את מושא

המשיכה המינית. ראיית ההומוסקסואליות כמנגנון הגנה של האני מתייגת אותה בתפיסה הפסיכואנליטית כמחלת נפש.

הסבר זה של סוקריידס התולה את ההומוסקסואליות בהורים ובמיוחד באם יכול להסביר את ממצאיו של האמר (Hamer, 1995) שהובאו לעיל על הגן האימהי שנמצא במתאם גבוה עם הומוסקסואליות של הבן. לפי סוקריידס אפשר לטעון שלא התורשה מהאם לילד היא הגורמת להומוסקסואליות של הילד אלא האישיות של האם הקשורה לאותו גן היא הגורמת לה להתנהג בהתנהגות המגבירה את ההזדהות של הילד איתה, וממילא גורמת לו לפתח נטייה הומוסקסואלית.

### חרדות סירוס ופתרון לא-מוצלח של הקונפליקט האדיפאלי

הסבר נוסף שמציע פרויד תולה את ההומוסקסואליות בעובדה שהילד גילה בגיל מוקדם מאוד שלנשים אין את אבר המין הגברי, ומתוך כך התפתחה אצלו סלידה מפני האובייקטים הנשיים ה-יחסריים' (פרויד, 1922). הסבר המתאיחס לקונפליקט האדיפאלי רואה את ההומוסקסואליות כפיתרון של קונפליקט זה שבו הילד מוותר על האשה כדי להימנע מהמאבק עם האבא ומחרדת הסירוס הנלווית למאבק זה. ראדו (Rado, 1969) הרחיב את ההסבר של פרויד התופס את ההומוסקסואליות כתוצאה של פיתרון לא מוצלח של תסביך אדיפוס וחרדת הסירוס. הסברו של ראדו מתבסס גם על ההנחה של פרויד שבכל אדם מונחת משיכה מינית כלפי שני המינים, כשאחת הנטיות דומיננטית יותר מהשנייה. לדבריו התפתחות מינית נורמאלית היא כזו שבה הנטייה המינית העיקרית היא זו כלפי המין השני. אמנם כאשר ההורים והחברה מפתחים אצל הילד אימה כלפי נשים, הדבר מביא אותו לחוות ביחס לכל אשה את חרדת הסירוס האדיפאלית. לחילופין כאשר ההורים והחברה מפתחים אצל הילדה חרדה מפני אבר המין של הגבר שנתפס על ידה כדבר מסוכן – מתנוונת המשיכה כלפי המין השני ולעומתה מתפתחת משיכה כלפי בני אותו המין.

ברגר (Berger, 1994) תיאר טיפול של שלושה הומוסקסואלים שבאו מסיבות אחרות לטיפול ששניים מהם שהתמידו בטיפול המירו את נטייתם המינית מהומוסקסואלית בלעדית להטרוסקסואלית בלעדית. המכנה המשותף שמצא ברגר בין שלושתם היה משיכה הטרוסקסואלית בעבר, כשאצל שניים משיכה זו הפסיקה בעקבות הפלה שעשתה האשה שהם קיימו יחסים איתה. השינוי להומוסקסואליות בא בעקבות אירוע טראומטי בו המטופל חווה חרדה מפני התוקפנות של עצמו. הוא מצא את התוקפנות הזו קשורה למשיכה שלו לנשים, ולכן החליט באופן בלתי-מודע להתנזר מהן. המשגה זו נבדלת מההמשגה של ראדו (לעיל) בכך שלפיה המקור להומוסקסואליות הוא חרדה מפני תוקפנות העצמי, ולא חרדה מפני תוקפנות המין השני.

מלאני קליין (1945) מתארת את ההומוסקסואליות כשלב בלתי-נפרד מההתפתחות התקינה של הילד והילדה. הסיפוק שיש לילד מהשד של אמו יחד עם התסכולים שהשד באופן בלתי-נמנע גורם לו מביאים את הילד להפנות את תשוקותיו כלפי אובייקטים חדשים, בראש ובראשונה כלפי הפין של האב. התינוק תולה בפין של האב תקוות לספק את צרכיו הבלתי-מסופקים במלואם ע"י השד, ובכך באים לידי ביטוי תשוקות גניטאליות שלפי קליין קיימות אצל הילד והילדה עוד משלבים מוקדמים של חייהם במקביל לליבידו האוראלי, האנאלי והאורתוראלי. הבן מפתח משיכה ותשוקה כלפי אביו, מה שכונה ע"י פרויד תסביך אדיפוס מהופך (או שלילי), ו"תשוקות נשיות" אלה מהוות מקור לעמדה ההומוסקסואליות הראשונה. עמדה זו היא קריטית דווקא להיווצרות הטרוסקסואליות, כי רק בעקבות תפיסת אבר המין הגברי כחיובי הוא מסוגל להאמין שהפין שלו הוא אובייקט חיובי, ומתוך כך יכול להרשות לעצמו לחוות תשוקות גניטאליות כלפי אימו ולא לחשוש מפני ההרס שהם יביאו.

אולם שני תנאים נדרשים להשלמת תהליך זה: ראשית, התינוק הזכר צריך לשמר את השד כאובייקט טוב יחד עם התסכולים שהוא גורם לו, ורק מתוך כך יוכל גם הפין, אותו הוא מוצא כתחליף לשד, להופיע בעיני רוחו כאבר טוב למרות התסכולים שבוודאי גם הוא מספק. בנוסף, הילד צריך לחוות את אביו ואבר-המין שלו כאובייקטים חיוביים על-מנת שהוא יוכל להזדהות ולחוות את אבר המין שלו כחיובי. תהליך זה מתרחש כאשר הפחד מפני האב המסרס מרוכך ע"י אמון באב הטוב. רק אז יכולים להתקיים יחסי-גומלין הדוקים בין הנטייה האדיפאלית החיובית למהופכת. אולם כאשר תחושות החרדה והאשמה חזקות מדי נוצר קיבעון חזק לשלבים מוקדמים של הארגון הליבידינאלי, בעקבות תפיסת הבן את הפין שלו כרע ומזיק כתוצאה מהזדהות עם אביו. במצב כזה חש הילד שהדחפים התוקפניים שלו מתחזקים וכי יחסי המין עם אמו יהיו אכזריים והרסניים. הפרעה זו בפתרון התסביך מקשה לבסס את העמדה הגניטאלית כראוי, והילד נשאר מקובע לשלב התפתחותי מוקדם. אם הקיבעון התרחש בשלב הנ"ל – התוצאה היא ההומוסקסואליות.

הדינמיקה המתוארת ע"י פרויד במהלך תסביך אדיפוס עצמו מוסכמת על קליין, אלא שקליין רואה בחרדת הסירוס של הילד תוצאה של הדחף האוראלי שלו לפגוע באבר המין של אביו שהוא משליך כלפי דמויות חיזוניות בחייו. היא גם שמה דגש על החשיבות של תסביך אדיפוס המהופך ועל התשוקות הגניטאליות ורגשות האהבה של הבן כלפי אביו, רגשות שיכולים להביא בהתפתחות בלתי-תקינה להומוסקסואליות בבגרות.

אוגדן (1989) רואה גם הוא את המשיכה ההומוסקסואליות כחלק מהדינמיקה הנורמאלית של תסביך אדיפוס. הבסיס לדבריו של אוגדן הוא הפראפראזה של גרין (Green, 1975) על המשפט של ויניקוט 'אין דבר כזה תינוק', שגרין מנסחה 'אין דבר כזה אם ותינוק'. כלומר בתוך האם מצויה גם דמות מופנמת של אביה, המכונה אצל אוגדן 'אב בתוך אם'. דמות זו מהווה הדמות של האב בשלב הראשון של תסביך אדיפוס, שלב שבו דמות האב המציאותית עדיין איננה בתמונה. ביחס להומוסקסואליות הנשית טוען אוגדן כי עוד לפני שהילדה מכירה בדמותו

של האב המציאותי היא מכירה בדמות האב המופנמת אצל האם, ומפתחת משיכה כלפיו. אוגדן מבחין בין תהליך זה לתסביך אדיפוס השלילי כי כאן המשיכה היא כלפי דמות של אב שאינה קיימת באופן מציאותי אלא באופן מופנם בלבד אצל האם. אָם הָאָם אינה 'נותנת את ברכתה' ליחסים אדיפאליים אלה כלפי דמות הגבר שבתוכה נחסמת ההתעניינות של הבת באביה, והיא מרגישה כי עליה להתכחש למשאלות ולשאיפות ביחס לאביה. במקרים קיצוניים מוביל הדבר לצורה פתולוגית של בחירת אובייקט הומוסקסואלית.

אופן נוסף שבו הילדה אינה מסוגלת לפתור את תסביך אדיפוס בצורה מוצלחת היא כאשר הילדה נדרשת לבחור בטרם עת בין הזדהות עם האב להזדהות עם האם. מצב כזה יכול להתרחש כאשר אצל האם ישנו קושי להזדהות עם אביה שלה, וממילא היא לא מספקת לבתה את האפשרות להזדהות עם הדמות הגברית המופנמת אצלה. במצב כזה שלא ניתן לילדה את 'מרחב המשחק', הדרמה האדיפאלית הופכת לממשית מדי וכוללת בחירה בלתי-אפשרית, כי כל בחירה משמעה ויתור על פן מסוים באישיות, מה שמוביל להיווצרותה של פסידו-זהות שבה הילדה מעדיפה שלא לבחור בזהות מינית. התוצאה של מצב כזה הוא או הימנעות ממיניות בכלל, או מיניות הומוסקסואלית.

תופעה דומה מתרחשת אצל בנים שנולדו לָאָם שההזדהות שלה עם אביה מדולדלת. לפי אוגדן, ההתמודדות העיקרית של בנים בתסביך אדיפוס היא במעבר מיחסים של סימביוזה והבחנה חלקית בלבד עם האם הקדם-אדיפאלית, לעבר יחסים אירוטיים ורומנטיים עם האם האדיפאלית. כאשר דמות האב-בתוך-האם מדולדלת הילד אינו מסוגל להזדהות די הצורך עם נוכחות פאלית, ואף אינו חש את האיסור וההגבלה המונעת ממנו את אמו ומשייכת אותה לאב בלבד. הפיתרון לתחושה מאיימת זו הוא פרוורסיה מינית לצורותיה השונות, ביניהן גם הומוסקסואליות.

### המרת רגשי קנאה ושנאה באהבה

פרויד (1922) הציע מכניזם נוסף לפיו קנאה של האב כלפי אחיו הגדולים היריבים לו שמתפתחת לכדי עוינות ותוקפנות חזקה מביאה באמצעות השפעת החינוך להדחקת רגשות אלה והתמרתם, כך שהיריבים הופכים להיות אובייקטים מיניים. תהליך זה הפוך מהתהליך הפרנואידי שתואר קודם (סעיף 'נרקיסזם והומוסקסואליות'), שבו האהבה הופכת לשנאה. הסבר זה מקבל חיזוק מהממצאים לפיהם הסיכוי להומוסקסואליות גובר ככל שיש לו יותר אחים זכרים גדולים ממנו.

### נרקיסזם והומוסקסואליות

במסגרת עיסוקו של פרויד בנרקיסזם (1914) הוא רואה את ההומוסקסואליות כבעיה אחת מני רבות ששורשן בהתקה של האוטו-אירוטיות הנרקיסטית כלפי אובייקט מיני בלתי-מתאים, במקום התפתחות נורמאלית שבה מועברים הרגשות האוטו-אירוטיים לאובייקטים חיצוניים נורמאליים. גם פרנויה היא תוצאה של תהליך זה,

ולדעת פרויד היא קשורה קשר הדוק להומוסקסואליות (פרויד, 1915). לדעת פרויד, כל פרנויה יש ליחס למשאלות הומוסקסואליות ביחס לאובייקט שכלפיו ישנה פרנויה, כשבדרך פועל מנגנון של היפוך האהבה כלפי האובייקט לשנאה. הפועל-היוצא של קביעה זו היא שפרנויה לעולם צריכה להיות מפני בן אותו מין.

קפלן (Kaplan, 1967) מציע המשגה נוספת המתבססת על דבריו של פרויד ביחס להומוסקסואליות, אך שונה מההמשגה של פרויד עצמו בעניין זה. לפי פרויד, באדם נורמאלי השאיפה הנרקיסטית מומרת אל האני-העליון (העצמי האידיאלי), ובמקום אהבת עצמי כפי שאני היא הופכת להיות אהבת עצמי כלפי מה שהייתי רוצה להיות. בכך מנוקז ומסופק הליבידו ההומוסקסואלי (פרויד, 1914). לפי קפלן כאשר שאיפה זו אינה באה על סיפוקה והאדם מיוסר על-ידי מצפוננו בשל הפער בין העצמי האידיאלי לעצמי הממשי, הוא מחפש את סיפוק השאיפה הזו **בהתחברות** לדמויות אידיאליות. הומוסקסואליות מתפתחת לפי קפלן אצל אנשים בעלי דימוי-עצמי נמוך מתוך ניסיון למציאת מחוץ להם אדם שיענה על דרישות העצמי האידיאלי. מסיבה זו הומוסקסואלים מחפשים בני-זוג המשלימים אותם בתחום שבו הם מרגישים לקויים. שאיפה זו מוצאת ביטוייה בפעילות מינית כיוון שהיא יכולה ליצור את האשליה של התאחדות עם בן-הזוג והשלמה עצמית.

#### **פסיכולוגיית העצמי והגישה הרפראטיבית**

קוהוט (1975) מזכיר בכמה תיאורי מקרים התנהגויות הומוסקסואליות המוסברות ע"י הדחפים הנרקיסטיים. באחד מתיאורי המקרים הוא מביא גבר בעל פרוורסיה מציצנית שהתמקדה באברי מין של גברים. קוהוט מסביר שדחף זה הוא תוצאה של הפרעת אישיות נרקיסטית חמורה על-פי פרטי הסיטואציה שבה הופיעה הפרוורסיה לראשונה. הייתה זו סיטואציה שבה המטופל היה מתבגר וביקש את תשומת-הלב וההתפעלות של אמו מאומץ לבו, אך אמו לא נענתה. המטופל תיאר שבאותו רגע חדות החיים שלו נעלמה והוא נותר סחוט מרוקן וחלול, הפנה עורף לאמו וביקש לנעוץ מבטו באבר-מין רב עוצמה. הפרוורסיה המציצנית מוסברת אם-כן כהשתוקקות למלא ריק פנימי ולהגיע לתחושה של חיות (קוהוט מסביר שהביטוי היה חזותי בלבד בגלל שבתחילת חייו נמנע ממטופל זה מגע פיסי, מה שגרם לו להפנות את דחפיו אל האפנה (mode) החזותית). לדעתו של קוהוט הפרוורסיה לא נגרמת ע"י קיבעונות מיניים טרום-גניטאליים קיימים כמו בגישות פסיכואנליטיות קלאסיות, אלא מגלה צורך למלא 'פגם מבני'. המזיגה הראייתית עם הפין רב העוצמה מהווה ניסיון להשיג את ההזנה הנרקיסטית הדרושה ולברוח מתחושה של דיכאון וריקנות. ואכן בכל פעם שהיה המטופל מתאכזב מהמטפל בעקבות כשל אמפטי או מהלומה נרקיסטית הייתה הפרוורסיה המציצנית מתגברת עד להיענותו של המטפל לתגובת המטופל באופן אמפטי.

בטיפול אחר מתאר קוהוט (1972) מטופל בעל זעם נרקיסטי ופנטזיות הומוסקסואליות עם אני-עליון שלא הואדר די הצורך בילדותו. מטופל זה היה תלוי מאוד בתגובות של זולתו ביחס אליו, ובכל פעם שצרכיו



הנרקסיסטיים לא נענו הוא זעם וביקר במרירות את הסביבה. עיבוד מקיף של ההעברה וה'פגם המבני' שינה את הזעם והפך אותה ליותר הולם את המציאות, פתח אותו מבחינה חברתית, והעלים פנטזיות הומוסקסואליות מסוימות שהוא היה בוש בהן מאוד. גם כאן מתאר קוהוט הומוסקסואליות כתוצאה של היעדר היענות מספקת לצרכים נרקסיסטיים בילדות, כשתיקון של חסרון זה מביא להיעלמות המשיכה ההומוסקסואלית.

התרפיה הרפראטיבית שפותחה ע"י ניקולוסי מתבססת במידה רבה על הפסיכואנליזה ורואה את האדם כהטרסקסואלי במקורו (Nicolosi, 1997), ובאופן ספציפי יותר מתבססת על זרם פסיכולוגיית העצמי.

למרות שגישה זו מדגישה את חלקם של שני ההורים בהתפתחות משיכה הומוסקסואלית אצל בנם, ניקולוסי רואה את האב (או דמות גברית אחרת בחייו של הילד) כגורם העיקרי. בתקופת החיים הראשונה התינוק והתינוקת שניהם מזדהים עם האם, אך במהלך ההתפתחות הנורמאלית הילד לא רק נפרד (separate) ומתייחד (individuate) מאמו כפי שעושה הילדה, אלא גם מכיר בשוני שלו ממנה. עם התרחשות תהליך זה הילד מוצא באב את הדמות שאליה הוא דומה, וכתוצאה מכך נוצרת תלות בינו לבין האב וצורך שהאב יקבל ויאשר את הדמיון ההדדי ואת הגבריות שלו. לצורך פיתוח הזדהות של הילד עם אביו לא נדרשת מהאב הפגנת 'גבריות'—מה שנדרש ממנו הוא **נוכחות וקבלה של הזהות הגברית של הילד, חום ורגישות**. המרכיב העיקרי שדוחף את הילד לעבר הומוסקסואליות הוא היעדר תחושת אינטימיות עם אביו. ילד שאביו לא סיפק לו את הצורך באינטימיות בשל היעדרות נפשית או פיסית אינו מצליח להשתחרר מהסימביוזה הנפשית עם האם ונותר בהזדהות איתה, במיוחד כאשר הקשר של הילד עם אמו הוא חזק וחודרני. ניקולוסי מביא ראיה לכך ממחקר שנערך בנוורווגיה בו נמצא שהיעדרות ממושכת של האב ששירת כספן השפיעה באופן משמעותי על התפתחות תחושת ההזדהות של הבן איתו, ועוררה אצל הבנים כמיהה חזקה לדמות הזדהות גברית (Lynn & Sawrey, 1959). לפי ניקולוסי בחלוף השנים הופכת כמיהה זו למשיכה מינית.

יחד עם זאת מוסיף ניקולוסי כי בנפש מצוי דחף לתיקון עצמי (הדחף הרפראטיבי), שהוא דחף המבוסס על הנטייה הטבעית האבולוציונית של גבר להימשך אל המין ההפוך. דחף זה אינו יכול למצוא את מקומו ביחסי מין הטרסקסואליים בגלל היעדר דמות ההזדהות המתאימה, והוא מנסה להתממש ע"י משיכה לבני-אותו-המין ויחסי מין הומוסקסואליים. ההומוסקסואל מרגיש בתוכו את החיסרון בגבריות ומנסה להשלים אותו, ולכן הוא נמשך לדמויות גבריות חזקות שבהן הוא רואה את החלקים שחסרים בו, מתוך אמונה תת-מודעת שלקיים יחסי-מין איתם ישלים את החוסר שיש בו. לפי גישה זו אין אדם שהוא הומוסקסואל בטבעו, אלא רק אנשים עם דחפים רפראטיביים שמחפשים את תיקונם ב'כתובת הלא-נכונה'. הומוסקסואליות היא אם-כן ליקוי בזהות

המינית (gender identity deficit), שהמפתח לטיפול בו הוא תרפיה המתמקדת בזהות המינית ולא דווקא במשיכה המינית (Karten, 2005).

### שינוי אוריינטציה מינית באמצעות טיפול פסיכולוגי

במבט ראשון נראה שמאחר ועל-פי הספרות המחקרית העדכנית הנטייה ההומוסקסואלית היא תוצאה של גורמים חברתיים ולא רק גורמים ביולוגיים קונסטטוציוניים, שינוי של הנטייה המינית באמצעות טיפול פסיכולוגי אפשרי. מספר ארגונים עוסקים בפסיכותרפיה מסוג זה בארה"ב (NARTH, Exodus, Jonah, ואחרים), וזאת מלבד פסיכולוגים העוסקים בפרקטיקה זו באופן פרטי. בשנים האחרונות הצטבר מידע בדבר ההצלחות (שינוי נטייה מינית) והנזקים של טיפול מסוג זה, ונידונו מספר סוגיות אתיות ביחס אליו.

### האם השינוי אפשרי?

בתחילת המילניום פרסם ארגון הפסיכיאטרים האמריקאיים דף עובדות ( American Psychiatric Association, 2000) לפיו אין ראיות לשינוי אוריינטציה מינית בטיפול שנעשה למטרה זו, ואף התריע כנגד הסכנות הטמונות בטיפול מסוג זה – דיכאון, חרדות והתנהגות של הרס-עצמי, הנובעות מתוך תפיסה של ההומוסקסואליות כהפרעה נפשית. ארגונים מרכזיים רבים בארה"ב בתחום בריאות-הנפש הצטרפו לדף העובדות הנ"ל. למרות דבריו החד-משמעיים של ה-APA, התוצאות של טיפול זה אינן חד-משמעיות ונתונות במחלוקת. לטענת ספיצר (Spitzer, 2003A), המידע האמפירי בדבר טיפולי רה-אוריינטציה אינו שולל בצורה חד-משמעית כפי שעולה מהדו"ח הנ"ל, וייתכן שאחוזי ההצלחה בהם אינם נופלים מאחוזי ההצלחה בטיפולים אחרים שה-APA איננו מתנגד להם.

### סקירת מחקרים

פרויד (1920) כתב שהסיכוי להפוך נטייה הומוסקסואלית להטרוסקסואלית הוא כמו הסיכוי לשינוי בכיוון ההפוך, כלומר סיכוי קלוש. גם בתקופתו היו מטפלים שחלקו עליהם וסברו שהשינוי אפשרי ביניהם פרנצי (Ferenczi, 1909), ובקרב ממשיכי דרכו בחברה הפסיכואנליטית היו רבים שראו בשינוי זה מטרה אפשרית של טיפול פסיכולוגי. אחד המחקרים האמפיריים הקליניים הראשונים בפסיכואנליזה נערך ע"י ארווין ביבר (Beiber, et al., 1962) שבחן שינוי נטייה הומוסקסואלית באמצעות טיפול פסיכואנליטי אצל 106 מטופלים. עוד לפני ביבר

טענו אנליטיקאים (ביניהם פרויד ובתו) להצלחה בשינוי נטייה המינית, אך ביבר הוא הראשון שערך מחקר שיטתי ומצא ששינוי מוחלט של נטייה מינית התרחש אצל יותר מרבע מהמטופלים (27%). בסקירת-על שערך סאטינובר (Satinover, 1996) נמצא שמתוך 341 מטופלים שדווח עליהם במחקר – אצל 52% חל שינוי בנטייה המינית ההומוסקסואלית במהלך הטיפול הפסיכולוגי.

מחקרים עדכניים מציגים נתונים שונים לגבי ההצלחה של טיפולי רה-אוריינטציה. במחקר איכותני שערכו שידלו ושרואדר (Shidlo & Schroeder, 2002) בו השתתפו 202 מטופלים נמצא אחוז נמוך של הומוסקסואלים שעברו שינוי להטרוסקסואליות בעקבות טיפול רה-אוריינטציה (13%) ומתוכם רק אצל 4% היה שינוי בנטייה המינית, ואצל 9% השינוי היה בתפיסה עצמית או בלמידת דרכי התמודדות עם המשיכה ההומוסקסואלית. במחקר איכותני שערכו בקסטד ומורו (Beckstead & Morrow, 2004) בקרב 42 מורמונים שעברו טיפולי רה-אוריינטציה נמצא שכחצי מהמטופלים צידדו בטיפולים וחצי מהם התנגדו לו, אך מבחינת משיכה מינית - השינוי שהתרחש בטיפול לא היה משמעותי. בסיכום הסכימו כל המטופלים שהמשיכה המינית העיקרית שלהם היא כלפי בני אותו המין. השינויים העיקריים היו בתחום התפיסה של המשיכה המינית, ההגדרה העצמית מבחינת מינית, המרכזיות של המיניות בחיים להגדרה העצמית, והיחס כלפי הנטייה המינית.

מן הצד השני של המתרחש ניצבים מספר מחקרים עדכניים: ניקולוסי ועמיתיו (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000B) ערכו מחקר בקרב 882 מטופלים שעברו טיפולי רה-אוריינטציה באמצעות שאלונים מובנים. הם ביקשו מהמטופלים לציין **רטרוספקטיבית** את הנטייה המינית שלהם לפני הטיפול ואת הנטייה שלהם היום לאחר שעברו טיפול. מילוי השאלונים נעשה בממוצע בטווח זמן של כ-7 שנים מביצוע הטיפול. במחקר זה נמצא ש-45.4% מהמטופלים שהגדירו עצמם כהומוסקסואליים באופן מוחלט קודם הטיפול שינו את נטייתם בעקבות הטיפול לנטייה הנעה בין הטרוסקסואליות מלאה ליותר הטרוסקסואליות מאשר הומוסקסואליות.

רוברט ספיצר הוא מהיוזמים של הוצאת ההומוסקסואליות מהמהדורה השנייה של מדריך ההפרעות האמריקאי (DSM-II) בשנת 1973. מבחינה זו המחקר שלו הוא יוצא דופן, כי בעוד שאת שברוב המחקרים תוצאות המחקר תואמות את ההשקפה הראשונית של החוקר בגשתו למחקר, ספיצר הגיע למסקנות שלא תאמו את נקודת המוצא הראשונית שלו: במחקר שהוא ערך (Spitzer, 2003A) עם 200 מרואיינים שעברו טיפול לשינוי נטייה מינית הוא השתכנע שהשינוי אפשרי ובר-קיימא, שכן המחקר נערך בממוצע 12 שנים אחר ביצוע הטיפול.

### מגבלות מתודולוגיות

מחקרו של ספיצר זכה לכרך שלם של תגובות בעד ונגד (Drecher & Zucker, 2006)<sup>4</sup>, אך נראה שרוב דברי הביקורת שנאמרו על מחקרו רלבנטיים לכל המחקרים האחרים שנעשו בתחום, לפניו ואחריו. רוב המחקרים שנערכו בתחום זה הם מחקרים איכותניים (Beckstead & Morrow, 2004 ; Shidlo & Schroeder, 2002) שאינם מאפשרים להעריך האם אותם משתנים נבחנו בכל המקרים. כמו-כן, בכל המחקרים איסוף הנתונים נעשה ע"י החוקר, מה שיכול לשבש את תוצאות המחקר בהיות החוקר מודע למטרת המחקר, וכל-שכן במחקר איכותני. כל המחקרים מתבססים על דיווח עצמי (כפי שמקובל לעשות במחקרים קליניים על יעילות טיפול), ואין ספק שבנושא טעון פוליטית שכזה ייתכן סילוף מכוון או בלתי-מכוון מצדם של המתראיינים, במיוחד כשהם נדרשים לספק מידע רטרוספקטיבי מלפני שנים רבות. ביקורת שהוטחה על מחקרו של ספיצר אך רלבנטית לכמעט כל המחקרים (מלבד מחקרם של ניקולוסי ועמיתיו, Nicolosi, Byrd & Potts, 2000B) היא שאין הגדרה ברורה האם המטופלים שעברו את טיפול הרה-אוריינטציה היו עם נטייה הומוסקסואלית מגובשת לפני הטיפול או שנטייתם המינית נתגבשה ועברה שינוי במהלך טיפול הרה-אוריינטציה (Wainberg, 2003).

אך נראה שהבעיה העיקרית במחקרים הללו היא בדגימה: בכולם הדגימה איננה אקראית אלא באמצעות פרסום מודעות בעיתונים בעלי אג'נדה מסוימת בהקשר זה, או באמצעות פנייה למטופלים ומטפלים מגישה מסוימת. מחקרו של ספיצר הוא בעל דגימה בעייתית עוד יותר, מאחר שספיצר דגם באופן מכוון הומוסקסואלים שעברו שינוי בנטייתם המינית מתוך מטרה לברר האם תהליך כזה כלל אפשרי (Spitzer, 2003B), בעוד שמחקרים אחרים הצהירו שאין כוונתם להתמקד באוכלוסיה זו או אחרת<sup>5</sup>.

משמעותה של דגימה בלתי-מייצגת היא בכך שלא ניתן להסיק מסקנות סטטיסטיות אמינות על אחוז ההצלחה והכישלון, השיפור והנזקים של טיפולי הרה-אוריינטציה. כל שניתן להסיק הוא שלפעמים הטיפול עושה שינוי ולפעמים הוא מזיק. מעבר לכך בולטת העובדה שבכמעט כל המחקרים עסקו באוכלוסיה מאוד ספציפית: לבנים, זכרים ונוצרים (Morrow & Beckstead, 2004). לאור ביקורת זו ניתן ליישב את הממצאים הסותרים העולים מהמחקרים השונים – הם לא חקרו את אותם אנשים.

בסקירת-על עדכנית של מחקרים של טיפולי הרה-אוריינטציה (Cramer et al., 2008) מסכמים החוקרים שלא ניתן להסיק מסקנות אמינות על היעילות של טיפולי הרה-אוריינטציה לאור המחקרים הקיימים, ומתוך כך מגיעים

<sup>4</sup> מבחינה כרונולוגית מחקרו של ספיצר הוצג לראשונה בשנת 2001 במפגש השנתי אל ה-APA. משנה זו עד 2003 נכתבו מאמרי ביקורת על מחקרו, ובשנת 2003 פורסם המחקר בצירוף תגובתו של ספיצר לביקורת ב- Archives of sexual behavior. מאוחר יותר אספו דרשר וצוקר את מאמרי הביקורת ופרסמו את המאמר המקורי עם הביקורת ותגובתו של ספיצר בספר הנ"ל.  
<sup>5</sup> יצוין שגם מחקרם של שידלו ושרואדר (Shidlo & Schroeder, 2002) נפתח מתוך חיפוש אחר נבדקים שנפגעו כתוצאה מטיפולי המרה, אך מטרת המחקר שונתה אחרי 20 ראיונות.

למסקנה שאין ליישם שיטות טיפול אלה. לדעתנו קביעה זו היא חד-משמעית מדי ואינה משקפת את המחקרים האיכותניים הקיימים, שאולי אינם עומדים בקנה-מידה אמפירי נוקשה, אך לדעתנו אי-אפשר להתעלם מהם באופן מוחלט ולקבוע באופן קטגוריאלי על יעילות או חוסר יעילות. נוסף על-כך, התבוננות בממצאים האמפיריים ביחס לחלק מתחומי הטיפול הפסיכו-דינמיים מלמדת שגם בתחומים אלה אין ראיות ברורות הרבה יותר ליעילות שיטת הטיפול (Throckmorton, 2002). אמנם בשנים האחרונות ישנה מגמה של אימות שיטות טיפול באמצעים אמפיריים, מגמה שלא פסחה גם על חלק מהגישות הדינמיות, ותחום הרה-אוריינטציה המינית נזנח באופן יחסי בשל הוצאת ההומוסקסואליות אל מחוץ למדריך ההפרעות. אך עדיין איננו נמצאים בעידן בו אנשי בריאות-הנפש משתמשים רק בשיטות טיפול מבוססות אמפירית באמצעים נוקשים.

### היקף השינוי בטיפול רה-אוריינטציה

ממחקרו של ספיצר (Spitzer, 2003A) עולות כמה תימות בדבר טיפולים רפראטיביים: ברוב המקרים הם מביאים למשיכה הטרוסקסואלית לאדם אחד בלבד (בן-הזוג) ולא לכלל בני-המין השני. שנית – עוצמת המשיכה המינית ההטרוסקסואלית אינה שווה לזו של הטרוסקסואלים שלא נזקקו לטיפול. שלישית – לרוב נשארת משיכה מינית כלשהי לבני אותו המין, אך עוצמתה חלשה הרבה יותר והיא איננה הדומיננטית. לפי ספיצר, מגבלות אלה של הטיפול הן ראייה לכך שהדיווח העצמי היה אמין, וזאת בנוסף לתיאורים נוספים שעלו בראיונות שאינם מציגים את טיפול הרה-אוריינטציה כ'שיקוי קסמים' (בממוצע רק כעבור שנתיים הרגישו הנבדקים שינוי במשיכה המינית, פער בין גברים לנשים בדיווח על הצלחת הטיפול, ועוד). העובדה שהשינוי איננו מן הקצה אל הקצה עולה גם מהסקר שערכו ניקולוסי ועמיתיו (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000B) בקרב הומוסקסואלים שעברו טיפול רה-אוריינטציה.

שידלו ושרואדר (Shildo & Schroeder, 2002) מציינים שאדם שמעיד על הצלחת הטיפול כעבור זמן קצר מסיומו יכול כעבור כמה שנים להודות שהטיפול לא הצליח, ומביאים דוגמא אחת בה בראיון הראשון הצהיר מטופל על עצמו כסיפור 'הצלחה' ונשוי באושר, ואילו בראיון השני הגדיר עצמו ככישלון ונפרד מאשתו, ודוגמא אחרת בה המאבק של לסבית שתואר על-ידה בראיון הראשון כ'הצלחה' טיפולית הפך בראיון השני לכישלון. עם זאת, החוקרים טוענים שטיפול שהוכתר כ-'כישלון' לא יהפוך כעבור שנים ל'הצלחה', כלומר שלא מתרחש שינוי בכיוון השני.

### השלכות, סכנות ונזקים של טיפולים לשינוי אוריינטציה

מלבד הויכוח הניטש בדבר האפשרות לשינוי אוריינטציה מינית, מתנהל ויכוח בדבר ההשלכות הנפשיות על המטופלים העובר טיפול שכזה. אמנם ה-APA ורבים מהאיגודים המקצועיים בתחום בריאות הנפש פרסמו הנחיות לפיהן לא מומלץ לערוך טיפולים לשינוי נטייה מינית אצל הומוסקסואליים (APA, 2000; 2009), אך הם נמנעו מלאסור אותם ע"פ תקנות האתיקה של הפסיכולוגים (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000A), וזאת מאחר וגם צד זה של הויכוח עוד לא הוכרע. ספיצר (Spitzer, 2003) ציין שהנבדקים שעברו את השינוי מדווחים על שיפור גם בתחום מצב-הרוח והם אינם מדווחים על נזקים נפשיים בעקבות הטיפול. גם במחקר שערכו ניקולוסי ועמיתיו (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000B) בקרב מטופלים שעברו טיפול רה-אוריינטציה נמצא שיפור במצב הנפשי בקריטריונים רבים (דימוי עצמי, שחרור מבושה, קבלה ואהבה, אינטימיות עם בן-זוג, תחושת גבריות [לגברים] ונשיות [לנשים]) לאחר טיפול רה-אוריינטציה ובמקביל לשינוי האוריינטציה המינית. במחקר שנערך בקרב מטופלים העורכים טיפול שכזה (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000A) דיווחו המטופלים על פי התרשמותם על שיפור אצל המטופלים בשליטה עצמית, דימוי עצמי, הבנה עצמית וקבלה-עצמית (self acceptance).

מחקרים אחרים מצאו נזקים לא מבוטלים כתוצאה מטיפולי רה-אוריינטציה. במחקרם של שידלו ושרואדר (Shidlo & Schreoder, 2002) שיועד מלכתחילה לאיתור נזקים של טיפולי רה-אוריינטציה, ובמחקרם של בקסטד ומורו (Beckstead & Morrow, 2004) נמצאו השלכות נפשיות שליליות רבות: תקוות שווא שהתנפצו, שנאה עצמית והערכה עצמית נמוכה, מצוקה נפשית, דיכאון ואובדנות, איבוד חברים ואמונה. חלק מהמטופלים הצביעו על התגברות הכעס כלפי ההורים, האחראים לפי תפיסתם של המטופלים על ההומוסקסואליות שלהם. חלק מהמטופלים גם דיווח על כך שהעיסוק בהמרת ההומוסקסואליות גרם להתעלמות המטופלים מההשלכות הנפשיות הנלוות אליה. במחקרם של שידלו ושרואדר דיווחו המטופלים על תחושת אשמה בעקבות כישלון הטיפול, תחושה שמקורה בתפיסה שהצלחת הטיפול תלויה במידת המאמץ של המטופל, וקולר הכישלון גם הוא תלוי בו (אשמה זו ניתן לייחס גם למקורות התרבותיים של המטופלים שהביאו אותם לטיפול זה). במחקרם של בקסטד ומורו שמונה מטופלים ביצעו ניסיונות התאבדות לאחר הטיפול. יחד עם זאת, חשוב לציין שאצל בקסטד ומורו לא נמצאו השלכות שליליות של הטיפול אצל המצדדים בטיפול שהיוו כמחצית המדגם, ומטופלים אלה דיווחו על שיפור במצב הנפשי מכוח התקווה שהמטופלים הפיחו במטופלים, תחושת נורמליזציה במפגש עם מטופלים נוספים, היחס של חלק מהמטופלים כלפי המשיכה המינית שלהם, והכרה בכך שהם הטרוסקסואלים בתוכם שנסייבות חיזונית גרמו למשיכה הומוסקסואלית אצלם. גם אצל המטופלים שיצאו עם תחושת התנגדות

לטיפול (כלומר, המחצית השניה של המטופלים) היו תחושות חיוביות בתחילתו, אך כעבור זמן נמצאו ההשלכות השליליות הנ"ל.

אמנם גם בתחום זה עלינו להסתייג מתוצאות המחקרים הללו. כפי שצינו לעיל, מחקרים אלה אינם מייצגים את כלל האוכלוסייה של מטופלי למטרת רה-אוריינטציה, מאחר והדגימה שבה נבחרו המטופלים והמטפלים למחקר לא הייתה מקרית. כמו כן, מחקרים אלה התבססו על דיווח עצמי רטרוספקטיבי. ביחס למטופלים שדיווחו על שיפור במצב הנפשי עלינו לזכור שאפשר לזקוף דיווח זה כתגובה להומופוביה של החברה, כשלמעשה הטיפול לא הביא לשיפור נפשי מצד עצמו אלא רק לתחושה של הסרת תיוגם כהומוסקסואלים. חלק מהמטופלים שבמחקרים הנ"ל חיים בחברה שלפי תפיסתה אין להומוסקסואלים אופציה אחרת מלבד טיפול רה-אוריינטציה והמרה להטרנסקסואליות, ואם-כן אין פלא ששינוי בנטייה המינית מביא לשיפור במצב הנפשי. לאורך גישה, ביחס למטופלים שחשים שניזוקו מהטיפול עלינו לזכור שחלק נכבד מהמצוקות הנפשיות שהם חוו היו קיימות עוד לפני הטיפול, ומבין אלה שניסו לאבד עצמם לדעת היו שניסו לעשות זאת עוד קודם לטיפול.

### השלכות אתיות של הממצאים בדבר יעילות הטיפול

קבוצת-המשימה של ה-APA (2009) המליצה להימנע מטיפול רה-אוריינטציה, וזאת מתוך שלילה קטגוריאלית של הסקת מסקנות בדבר יעילות טיפולי רה-אוריינטציה ממחקרים שאינם מבוססים דיים מבחינה אמפירית ("cannot draw any conclusion regarding whether recent forms of SOCE are or are not effective"), על-אף שעדויות אלה נופלות מהעדויות על יעילות טיפולים פסיכודינמיים אחרים (Throckmorton, 2002). למרבה הפלא, לעניין הנזקים הנוצרים מטיפול זה דווקא אימצה הקבוצה את המחקרים המעידים על נזקים שכאלה ("there was some evidence to indicate that individuals experienced harm from SOCE"), ומאוחר יותר חידדה קבוצת-המשימה את הפער עוד יותר –

*Our systematic review of the research on SOCE found that enduring change to an individual's sexual orientation as a result of SOCE was unlikely. Further, some participants were harmed by the interventions.*

זאת למרות שלא ניכר כל הבדל בין המחקרים המעידים על שינוי למחקרים המעידים על נזקים מבחינת מערך המחקר ואיכותו, והיה ניתן בלי קושי לנסח את הממצאים בצורה מאוזנת יותר. לאור קביעתו של ה-APA בדבר חוסר היעילות המוכח של טיפולי רה-אוריינטציה מחד, ועל הסכנות הטמונות בטיפול שכזה מאידך, ניסו חלק מחברי הארגון לקבוע שניסיון לשנות נטייה מינית של מטופל יהיה עברה על כללי

האתיקה של הפסיכולוגים. קביעה שכזו בסופו של דבר לא התקבלה (APA, Yarhouse & Throckmorton, 2002). אלא ניסוח עדין יותר לפיו אין בסיס מדעי לרה-אוריינטציה באמצעות טיפול פסיכולוגי, ויש להימנע מהצגת עובדות מטעות למטופלים בהקשר זה (APA, 2009). כך נותר הפתח להציג בפני מטופלים את האפשרות לטיפול שכזה בהתחשב בנקודת המוצא הדתית והתרבותית שלהם. יש לשים-לב שגם קביעה זו מתייחסת רק למטופלים בעלי נקודת-מוצא תרבותית ודתית מסוימת עם מוטיבציה מתאימה, אצלם יכול טיפול שכזה להתאים.

אנחנו סבורים שלא רק שאלת יעילות הטיפול עומדת כאן ביסוד הדיון: בדף העובדות של ה-APA (American Psychiatric Association, 2000) נאמר מעבר לשאלת יעילות הטיפול ששינוי נטייה מינית אינה גם מטרה ראויה (appropriate goal) של טיפול פסיכולוגי, טענה שאיננה ניצבת על בסיס מדעי. ירהאוס (Yarhouse, 1998) התנגד לטענה זו כשהוא מצטט את העיקרון הרביעי של האתיקה של ה-APA –

*Psychologists accord appropriate respect to the fundamental rights, dignity, and worth of all people. They respect the rights of individuals to privacy, confidentiality, self-determination, and autonomy...Psychologists are aware of cultural, individual, and role differences, including those due to age, gender, race, ethnicity, national origin, religion, sexual orientation, disability, language, and socioeconomic status. Psychologists try to eliminate the effect on their work of biases based on those factors, they do not knowingly participate in or condone unfair discriminatory practice*

אחד מהעקרונות האתיים של הטיפול הפסיכולוגי הוא כבוד כלפי נקודת המבט של המטופל והאוטונומיה שלו, דבר הבא לידי ביטוי בהימנעות של המטפל מלכפות את נקודת המבט שלו על המטופל. לדברי ירהאוס נקודת מוצא זו כוללת גם כבוד כלפי המטרות שמציב לעצמו המטופל בטיפול. לפי תפיסתו, הטענות על כך שהמקור של הרצון לשינוי האוריינטציה המינית הוא הומופוביה מופנמת הן טענות תרבותיות שאינן בתחום העיסוק של המטפל. המטפל אינו יכול להציב את עצמו בעמדה שיפוטית כלפי תרבות וערכים תרבותיים של המטופל, ואם הוא מרגיש שהוא אינו מסוגל להעניק טיפול לאדם בעל ערכים שונים משלו – טוב יעשה אם יפנה אותו למטפל אחר, אך טיפול צריך להיות על-פי הערכים הבסיסיים של המטופל, לא של המטפל. הסתדרות הפסיכולוגים הישראלית (2012) הציגה בדף עמדה גישה רב-תרבותית, ועל-אף שהסכימה שישנו ביסוס מדעי קלוש לרה-אוריינטציה בטיפול פסיכולוגי, היא לא שללה טיפול שכזה בהתאם לרצונו האוטונומי של המטופל והסביבה התרבותית בה הוא חי.



## שיטות הטיפול

שיטות הטיפול לשינוי נטייה מינית הן מגוונות, ומובן שלא כל המטפלים נוקטים באותה גישה. יחד עם זאת בולטת העובדה שבתחום טיפולי זה משולבות בתוך גישות פסיכואנליטיות קלאסיות גישות טיפוליות אחרות (התנהגותיות-קוגניטיביות, התנהגותיות, ועוד). בסקר שנערך בקרב מטופלים הם דיווחו על שיטות של תרפיה קבוצתית, ייעוץ אישי (פסיכולוג או יועץ דתי וכדו), שיטות דתיות, הבנת הסיבות להומוסקסואליות והצרכים הנפשיים הקשורים אליה, פיתוח יחסים לא-מיניים עם בני אותו המין, ושמירה על גבולות ראויים (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000B). חלק ניכר מהמטפלים עברו עבר אפיזודה הומוסקסואלית בחייהם, ובטיפולם דתיים המטפל הוא לרוב 'בוגר' של שיטת הטיפול (Beckstead & Morrow, 2004).

### פסיכואנליזה ושיטות פסיכודינאמיות

גישה מכווניה (directive-suggestive)

מיטשל (Mitchell, 2002) ערך סקירה מקיפה של מאפייני הטיפול הפסיכואנליטי בהומוסקסואלים, ומצא שבשנות החמישים והששים של המאה הקודמת היו מטפלים פסיכואנליטיים נוטשים את הגישה הניטראלית המאפיינת את הטיפול הפסיכואנליטי הקלאסי לטובת גישה מכווניה (directive-suggestive). סוקריידס (Socarides, 1968) סבור שבשל החומרה של הפתולוגיה דרושה התנהלות החורגת מהגישה הפסיכואנליטית המסורתית ופניה לגישה זו. לדעת חלק מההוגים האנליטיים, הניטרליות ביחס לנטייה ההומוסקסואלית היא הרסנית למטופל מאחר והיא משחזרת את היחס של ההורים שלו כלפיו. לדעתם, צריך להעמיד בפני ההומוסקסואל את החסרונות והליקויים של הנטייה ההומוסקסואלית.

יחד עם זאת, קיימות כמה גישות ביחס לעוצמה שמפעיל המטפל על המטופל בניסיונות השכנוע: לפי ביבר (Bieber, 1965) על המטפל להסביר למטופל את החסרונות של ההומוסקסואליות ואת מהלך הטיפול כך שהמטופל ירצה לנטוש את נטיותיו ההומוסקסואליות, אך אין להכריח אותו או לאיים עליו. גישתו של אובסיי (Ovesey) שתוצג בהמשך היא בשורשה פסיכואנליטית, ואף-על-פי-כן המטפל בגישה זו אקטיבי וכמעט כופה על המטופל את תפיסתו. לפי אובסיי המטפל צריך להבהיר למטופל שהומוסקסואליות היא פתולוגית, שהמין ההומוסקסואלי הוא מנגנון הגנה (overdetermined symptom), ושהנטייה ניתנת לשינוי. יחד עם זאת, כאשר המטופל נסוג לפעילות הומוסקסואלית המטפל אינו צריך להפסיק את הטיפול, כי מתקבל על הדעת שהמטופל יתקשה לעשות שינוי מהותי כ"כ בלי קושי.

### טיפול דינמי קלאסי

על-פי תפיסתו של קפלן (Kaplan, 1967) הומוסקסואליות מקורה בניסיון לפצות על הקושי לעמוד בדרישות האני-העליון. מכאן עולה שדרך הטיפול צריכה להיות בבירור צורך זה באמצעות בירור הגורמים לדימוי העצמי הנמוך במשפחה ובחברה, והתמודדות אמיצה עם תחושת נחיתות זו בדרך הנוגעת בשורשה, ולא באמצעות 'פיתרון קסם' חיצוני בצורת מין הומוסקסואלי. ברגר (Berger, 1994) גם הוא סבור שהדרך להתמודד הדרך להתמודד עם מנגנון ההגנה ההומוסקסואלי הוא כפי שמתמודדים עם מנגנוני הגנה אחרים בטיפול פסיכואנליטי, כלומר תובנה בדבר מקורות הקונפליקט והעלאתם אל המודעות, ולא הגדרת מנגנון ההגנה כמצב בריא וסתגלני. אצל סוקריידס חלק מהטיפול מבוסס על בניית הזדהות מרכזית עם המטפל ההטרוסקסואל, כשתהליך זה כולל השמצה של ההורים – האמא השתלטנית והאבא הפסיבי, ובניית דימוי חדש של גבר ואשה בנפשו של המטופל, כשהמטפל מייצג את הדמות הכל-יכולה (omnipotent) איתה צריך המטופל להזדהות הזדהות מתקנת.

### חינוך-פסיכולוגי (psychoeducation)

גישה נוספת שמציג מיטשל היא גישתו של התרר (Hatterer, 1970) לפיה אין לנסות לשנות נטייה של מטופל הבטוח בנטייתו ההומוסקסואלית, אך מטופל שיש לו ניצנים של הטרוסקסואליות יש לעודד אותו לבצע את השינוי באמצעות סיפורי הצלחה של שינוי נטייה, לימוד טכניקות של הסחה מפנטזיות הומוסקסואליות, ושימוש בתחושת הבושה כמקור הנעה להתמודדות הקשה. כמו כן יש לתאר למטופל על הסיכוי הנמוך להצלחת קשר הומוסקסואלי, לבסס ערכים דתיים ותרבותיים השוללים את הנטייה ההומוסקסואלית, ועל המטופל לשמש כמנהיג ומבקר חברתי ולגנות את התפיסות ה'בלתי-מוסריות' המונחות בבסיס ההומוסקסואליות.

### הגישה הרפראטיבית

אמנם הגישה הרפראטיבית מייחסת את ההומוסקסואליות לדחפים נרקסיסטיים, אך מבחינה קוגניטיבית היא רואה את המשיכה ההומוסקסואלית כתוצאה מהזדהות עם בני המין השני בעקבות היעדרות של אחד ההורים ודומיננטיות של האחר. לפי תיאוריה זו המשיכה המינית מושפעת מתחושת הגבריות או הנשיות של המטופל, כלומר מתחושת הגינדר שלו (שור, תשס"ה). מכיוון שהמקור לליקוי בתחושת הגבריות הוא חוסר אינטימיות עם האב במהלך הילדות, חלק מרכזי מהטיפול תלוי בפיתוח קשר אינטימי עם המטפל, ועל-כן המטפל צריך להיות בן-מינו של המטופל (Nicolosi, 1997). הקשר הזה מהווה מעין תחליף לקשר עם האב, ומטרתו העיקרית היא להפגיש את המטופל עם היכולת שלו ליצור אינטימיות למרות שעם אביו הוא לא היה מסוגל לעשות כן. העמדה של המטפל כלפי המטופל אינה יכולה להיות מרוחקת כמו בפסיכואנליזה הקלאסית, ועליו להיות אותנטי ובעל יכולת להודות בטעויות, אך יחד עם זאת לא להעמיס על המטופל את קשייו-שלו, בדומה

לעמדה של אב בעל נוכחות בריאה. עמדה כזו של המטפל תאפשר התפתחות של אמון כלפיו מצד המטופל, מה שיאפשר היפתחות ושיתוף מצדו, ומתוך כך תיווצר אפשרות לעבוד על הקונפליקטים מהעבר. חשוב להדגיש למטופל שהפיתרון לבעיה איננו נמצא כעת בידיים של אבא שלו כי-אם בידיים שלו עצמו, ולאן הוא ייקח את הנושא של האינטימיות והגבריות. בסופו של הטיפול השאיפה היא שהמטופל יהיה מסוגל להתייחס לאביו בסלחנות, ובמידה מסוימת להיות בעמדה של אב כלפיו אביו.

קבלה-עצמית היא חלק מרכזי מהטיפול הרפראטיבי, אלא שלפי ניקולוסי אין מדובר בלקבל את עצמי כהומוסקסואל ולצאת מהארון כפי שנעשה בטיפול מאשר (affirmative), אלא לקבל את עצמי שְׂאֵלָה הרגשות והתשוקות שיש לי, ואני צריך ללמוד איך להתמודד איתם ולהבין איזה חיסרון הן מבטאות אצלי. כבר בשלבים הראשונים המטפל מסייע למטופל להסיר את תחושת האשמה, מתוך תפיסה שתחושה זו מפריעה למטופל להרגיש את חוסר שביעות הרצון הפנימי שלו מהמצב הנוכחי, ואת הרצון שלו להשתנות. לדעת ניקולוסי המוטיבציה לשינוי מתוך חוסר שביעות רצון מהמצב הנוכחי היא חזקה יותר מזו שנוצרת בעקבות רגשות אשמה, והשינוי שיבוא בעקבותיה יהיה יותר עמוק ומשמעותי. בנוסף, רגשות אשם מדכדכים ומדלדלים את הכוחות הדרושים למטופל לצורך הטיפול הרפראטיבי (Nicolosi, 1997).

הגישה הרפראטיבית מצדדת לא רק בטיפול יחידני אלא גם בטיפול קבוצתי המלווה את הטיפול היחידני. הקבוצה מורכבת ממנחה ומספר מטופלים המתמודדים עם ההומוסקסואליות ומנסים להשתנות. הקבוצה מתעסקת בחוויות שקרו להם בזמן האחרון (without), בבירור החוויות מבחינה רגשית (within), אך לב-לבו של הטיפול הוא בכאן ועכשיו – ביחסים וברגשות שבין המטופלים השונים (between).

אפיק נוסף להשבת הגבריות האבודה של המטופל הוא באמצעות פעילות 'גברית' עם בני-מינו, שגם היא נועדה לפתח קשרים אינטימיים עם בני אותו המין, במקביל להתפתחות של תחושת 'גבריות' דרך פעילות שמאופיינת כ'גברית'. בדרך הטיפול הרפראטיבית מנסה לשנות תפיסה זו באמצעות חיזוק קשרים לא-מיניים של מטופלים עם בני מינו, במיוחד בתחומים הנחשבים אופייניים למין (אצל דברים לדוג' פעילות ספורטיבית וכדו'), הימנעות מפעילויות שאינן תואמות מין ומחברת בני המין השני אלא למטרות רומנטיות, ופיתוח התחום הרומנטי עם בני המין השני באמצעות פגישות ועד לנישואין והורות (שור, תשס"ה).

### **גישה התנהגותית**

חלוץ הגישה ההתנהגותית בניסיון להמרת נטייה הומוסקסואלית הוא אובסיי (Ovesey, 1969). על-אף שהוא שגישתו באופן בסיסי היא פסיכואנליטית, ביחס להומוסקסואלים הוא דגל בטיפול התנהגותי. לאור תפיסתו את

ההומוסקסואליות כפוביה מפני נשים ואברי מין נשיים, דרך הטיפול לדעתו היא באמצעות מגע מיני עם נשים. דסנסטיסיזציה באמצעות חשיפה היא טכניקה קלאסית של טיפול התנהגותי בחרדות, ולדעת אובסיי זוהי הדרך שצריך לנקוט בהקשר זה, על-אף שאת השורשים של הפוביה יש להסביר במושגים פסיכואנליטיים קלאסיים. כאשר יש למטופל קשר עם נשים שאינו מגיע לאקט מיני – על המטפל לעודד אותו ולהבטיח לו הצלחה בטיפול באמצעות האקט-המיני, ואף להציב אולטימאטום לטיפול אם המטופל אינו מבצע מספיק מאמצים בכיוון זה. טכניקה נוספת שנחקרה ע"י אנה פרויד לקוחה מגישתו של פרנצי להתמודדות עם פוביות, ובה המטופל צריך לדחות לפרק-זמן הולך וגובר את ההתנהגות הבלתי-רצויה. אנה פרויד מצביעה על כך שהטכניקה הזו עובדת במקרה שההתנהגות ההומוסקסואלית מבוססת על התמכרות, ולא במקרים שהיא מבוססת על התקה של דחף פנימי (Mitchell, 2002).

שיטות טיפול התנהגותיות נוספות שדווחו במחקר (אך באופן שולי) הן שוק חשמלי, שימוש בכימיקלים או מכות על הזרוע (במקרה של התערורות מינית לבני אותו מין). שיטות קוגניטיביות-התנהגותיות המבוססות על מעקב אחר מחשבות והתנהגותיות ושינויים באמצעות דיבור-עצמי, הסחה או עיצוב מחדש (reframing) של החוויה המינית, שימוש בדימיון חזותי, היפנוזה, טיפולים הורמונאליים, יועצי נישואין, טיפולים המיועדים של OCD, וטיפולים כירורגיים (Beckstead & Morrow, 2004).

### אלמנטים דתיים

מחקרים (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000A; 2000B) מראים שמוטיבציה דתית ורמה דתית גבוהה הם מאפיינים נפוצים ביותר של המחפשים והמסתייעים בטיפולים לשינוי אוריינטציה מינית. פרקטיקות דתיות ורוחניות נמצאו גם הן בשימוש אצל חלק מהמטפלים, וחלק ניכר מהמטפלים (במיוחד אלה הקשורים למוסד דתי) רואים באמונות דתיות ורוחניות מרכיב מרכזי בטיפול או מרכיב חיוני. הטכניקות הדתיות שדווחו הן קריאה בכתבי-הקדש, וידוי אצל איש דת, אמונה, תפילה, וחוויות אהבת-אלקים (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000A).

### **מטרת המחקר הנוכחי**

מחקרים קודמים בתחום זה בדקו בעיקר את היעילות של טיפולי-רה-אוריינטציה שונים ואת הנוזקים הנלווים להם. הם התמקדו בעיקר בתוצאות של המחקר, ולא הבחינו בין נקודות מוצא שונות של המטפלים ובין שיטות טיפול. חלק מהחוקרים הללו (Beckstaed & Morrow, 2004 ; Nicolosi, Byrd & Potts, 2000A) הדגישו את הצורך במחקר עכשווי על תפיסת הנטייה ההומוסקסואלית על ידי מטפלים העוסקים ברה-אוריינטציה מינית, ועל

השיטות בהן משתמשים מטפלים אלה. מטרת המחקר הנוכחי היא להשלים את הידע המחקרי בתחום זה: להבין את הדרך שבה מסבירים מטפלים את התפתחות הנטייה המינית ההומוסקסואלית, את תפיסתם את הנטייה כפתולוגיה או כחלופה טבעית לנטייה ההטרוסקסואלית, ואת השיטות שהם משתמשים בהם להשיג את מטרת הטיפול. במהלך המחקר גם נאסוף מידע על היקף השינוי ועל הנזקים הנלווים לטיפול, ועל גישתם של המטפלים לסוגיות אתיות הנלוות לנזקים אפשריים אלה. מידע זה לא נועד לבחינה אמפירית של היקף השינוי והיקף הנזקים, אלא בשביל להבין לעומק את תפיסתם של המטפלים את הטיפול ואת השפעותיו על המטופלים.

## שיטה

### המשתתפים

במחקר זה נערכו ראיונות עם 15 מטפלים בהומוסקסואלים הסבורים שהטיפול הנפשי בהומוסקסואלים צריך לכלול בירור של הנטייה המינית ולא דווקא טיפול מְאָשֵׁר המעודד 'יציאה מהארון', כאשר רוב המטפלים דוגלים באפשרויות השינוי של הנטייה המינית ברמה זו או אחרת, ומיישמים תפיסה זו בפרקטיקה. המטפלים אותרו על פי היכרות אישית של עורך המחקר עם מטפלים כאלה, על-פי רשימה של מטפלים כאלה שפרסם ד"ר אבשלום אליצור (Elitzur, 2009), ובשיטת כדור-השלג (snowball sample) ממטפל אחד למשנהו (המקובלת במחקרים מסוג זה). יחד עם זאת נעשה ניסיון להגיע למטפלים עם מאפיינים דמוגרפיים מגוונים על-מנת להגיע למגוון תפיסות עולם ושיטות טיפול. כל המטפלים שהשתתפו במחקר הם פסיכולוגים או פסיכיאטרים בעלי-ניסיון רב בטיפול, חלקם עם ניסיון רב בתחום הטיפול המיני, ומעטים עם ניסיון רב בטיפול בהומוסקסואלים. רוב המטפלים שרואיינו הם גברים (13), וזאת בשל ריבוי הגברים הדתיים העוסק בתחום זה באופן יחסי (לפי חלק מהמטפלים, יש משמעות קריטית להתאמת מינו של המטפל למטופל), ורובם (9) יהודים דתיים – שמרנים וליברלים (לפי התרשמותי). כמחצית מהמטפלים **רואים עצמם** כחלק מהזרם הפסיכודינמי, והשאר מתחלקים שווה-בשווה בין הגישה הפסיכואנליטית, הרפראטיבית, ההתנהגותית-קוגניטיבית, וגישה אקלקטית. שמותיהם של המטפלים הושמטו מתוך השכתוב ולא קודדו. למטרת המחקר השתמשנו כמקורות משניים בפרסומים של מטפלים ומוסדות טיפוליים המיישמים גישה טיפולית שכזו. מובן שהמדגם של המטפלים הנ"ל איננו מדגם מייצג ואיננו מתיימר להציג את כל הגישות הטיפוליות בתחום זה, ואף לא את ממוצע אחוז שינוי האוריינטציה אצל מטופלים, אך הוא נותן כיוון ופתח לתיאוריה ומחקר המשך בתחום.

בחלק הממצאים נציין את ההשתייכות המקצועית והדתית של המטפלים הנ"ל:

ד - גישה דינמית	רפ - גישה רפראטיבית
אנ - גישה אנליטית	אק - גישה אקלקטית
בק - גישה ביהיוריסטית-קוגניטיבית	

## **תיאוריה מעוגנת בשדה**

את החומר שעלה בראיונות ניתחנו באמצעות תיאוריה מעוגנת בשדה (Glaser & Strauss, ; Grounded theory) שיטת המחקר של התיאוריה המעוגנת בשדה פותחה בתחום הסוציולוגיה בשביל לאפשר מצד אחד פיתוח תיאוריות על בסיס מחקר ולא רק אימות תיאוריות, ומן הצד השני לתת לשיטה יותר מהימנות באמצעות קידוד ברור ופרוצדורות מוגדרות (Glaser & Strauss, 1967). בשיטה זו ניגשים למחקר כ-'טבולה-ראסה' בלי הנחות מוקדמות, ובמהלך המחקר הולכים ומפתחים תיאוריות על סמך ניתוח הנתונים, ושבים ובוחנים את התיאוריות עד לקבלת תיאוריה מגובשת ומאומתת (Charmaz, 1995). על אף שהגישה אל נתוני המחקר משתדלת להיות נטולת הנחות מוקדמות, בכל-זאת כדאי לעיין בספרות מקצועית שיכולה לשמש כגורם מכווין בבחירת השאלות בראיונות הראשונים, בבחירת האוכלוסייה הנחקרת, כמקור משני של מידע, ובסיום המחקר גם לחיזוק תוקף תוצאות המחקר. ספרות קודמת יכולה גם לספק נקודת-מבט פילוסופית או עקרונית שמתוכה בוחנים את המידע (Strauss & Corbin, 1990). הנחת הגישה היא כי בהתנהגות האנושית ישנם דפוסים וחזרות אותם ניתן לגלות רק אם שאלת המחקר היא כללית ופתוחה ורק באמצעות חיפוש זהיר של מבנים חוזרים.

גישה זו אינה מפרידה בין שלב איסוף הנתונים לשלב ניתוחם, או בין פיתוח התיאוריה לבחינתה. ניתוח הראיונות ע"י קידוד שורה אחר שורה מתבצע לאורך כל שלבי איסוף הנתונים, כך שלאורך המחקר משתנה המוקד של איסוף המידע והראיונות לפי המידע הקודם שנאסף ושאלת המחקר הולכת ומתבררת יחד עם התשובות שניתנות באיסוף הנתונים (Charmaz, 1995).

מצד אחד שיטה זו אינה מסתפקת במחקר איכותני אמורפי אלא מגדירה דרך ניתוח נוקשה לפי סדר פעולות מסוים המבוסס על השאיפה לכמה שפחות סובייקטיביות בניתוח הנתונים (Van-Maanen, 1988). מאידך, העובדה שניגשים אל המחקר והראיון בלי הנחות מוקדמות כפי שנעשה בד"כ במחקר כמותי ועורכים את הראיונות במקביל לניתוחם ולפיתוח ההשערות, מגבירה את האמינות של המחקר ואת האובייקטיביות שלו (Charmaz, 1995).

## **בחירת השיטה למחקר**

נראה ששיטה זו מתאימה לנושא הנחקר מאחר ותחום העיסוק רווי בהנחות יסוד מוקדמות הנובעות מתפיסות עולם שלא בהכרח יש להן בסיס במציאות. מחקר כמותני היה דורש מאיתנו להגדיר מראש את התחומים הנבדקים ואת השאלות שיש לשאול, וממילא לא מאפשר פיתוח הבנה בלתי-משוחדת של הנושא הנחקר. מחקר איכותני אמורפי היה נתון בסכנה של הטיית הנתונים לפי תפיסת העולם של החוקר. כדי להתגבר על הדעות

הקדמות ולערוך את המחקר בצורה אובייקטיבית ככל האפשר בחרנו בשיטת הניתוח המעוגנת בשדה המוצאת את שביל הזהב הנחוץ במחקר שכזה.

### איסוף הנתונים

הנתונים נאספו באמצעות 15 ראיונות שערך עורך-המחקר, וכמקור משני השתמשנו בפרסומים של שיטות טיפול ותיאורי מקרים שפרסמו המטפלים שרואיינו. הראיונות היו חצי-מובנים כשבתחילת הראיון נתבקש המרואיין לתאר טיפול אחד שהוא מגדיר אותו כקלאסי ותוצאתו הייתה שינוי נטייה מינית, ולאחר מכן נבקש תיאור של טיפול שלא הצליח בכך. לאורך תיאור הטיפול ציינו לעצמנו אם המרואיין עונה על השאלות שהגדרנו קודם לראיון ע"פ הספרות הקיימת (ראו נספח). במקומות שנראה צורך שהמרואיין ירחיב דבריו ביקשנו ממנו לעשות כן, אך לכתחילה השארנו את השאלות לסוף תיאור המקרה על-מנת לא לפגוע ברצף הדיבור של המרואיין. ניסינו לדלות כמה שיותר פרטים על הסיפור הספציפי (בלא שמות או פרטים מזהים) כך שלפנינו עמד תיאור חי ככל האפשר של מהלך הטיפול על שלביו השונים. ניסינו להסיק לאור תיאור המקרה והטיפול את התפיסה של המטפל את ההומוסקסואליות ואיך השיטה הטיפולית שלו קשורה לתפיסה זו, וכן ניסינו לאמת את הבנתנו בשאלות בירור שנשאל את המטפל. אם גישתו הטיפולית של המטפל לא הייתה ברורה דיה אחר תיאור המקרה – ביקשנו ממנו להגדיר את התפיסות שלו ואת ההשלכות הטיפוליות שלה. לאחר סיום חלק זה ביקשנו מהמרואיין לתת התרשמות כללית של יעילות הטיפול וההשלכות השליליות שייתכנו, וגישתו האתית לתחום זה.

ראיונות חצי-מובנים לוקים בכך שהם מכוונים את המרואיין לכיוונים מסוימים על-פי תפיסתו של המראיין (סאמט, 2005), אך במחקר זה סיפקו המרואיינים את חלק הארי של הראיון בעקבות שאלת פתיחה כללית למדי (לתאר טיפול כזה ואחר) ולכן נראה שההשפעה של המראיין על הראיון היא פחות בעייתית. עם זאת, לעתים עצם הצגת מטרת המחקר גררה אחריה דיון מקצועי וערכי שהוביל את הראיון לאפיקים בלתי-צפויים למרות שניסינו להימנע מכך, וכבר בשלב זה הייתה השפעה לא מבוטלת של המראיין על המרואיין.

המרואיינים נראו נלהבים לחלוק עם המראיין את הניסיון הטיפולי שלהם, ואצל רבים עלתה תחושת בדידות בתור מטפלים בפרקטיקה שאיננה 'main-stream'. רבים מהם ביקשו עותק של המחקר עם סיומו, והראו עניין רב בלימוד שיטות וגישות נוספות מלבד הגישה הטיפולית שלהם.

### שלבי העבודה

(ע"פ Strauss & Corbin, 1990; Charmaz, 1995)

1. **איסוף ועיבוד נתונים במקביל** – אספנו כמה שיותר מידע מהמרואיין בראיון שהוקלט ושוכתב. מלבד מרואיין אחד הסכימו כל המרואיינים להיות מוקלטים, ובכך ניתן שיקוף קרוב ככל האפשר של הראיון במהלך

ניתוח המידע. איסוף המידע התבצע ע"י בקשה מהמרואיין לספר את סיפור המקרה בהרחבה וניסיון לרדת לפרטי המקרה ולהפוך את הסיפור לתיאור חי ומוחשי. חלק משכתוב ועיבוד הראיונות נעשה במקביל לעריכתם וכך גברה את היכולת שלנו לשים-לב לניואנסים במהלך הראיון, ובעיקר למשמעות של הדברים בשביל המרואיין. שלב (pool) הראיונות הראשון הסתכם בארבעה ראיונות שאחריהם נערך שכתוב ועיבוד מסוים של הנתונים על-מנת לקבל הכוונה ולבצע כיוון עדין (fine-tuning) של השאלות והנושאים שנפנה אליהם את תשומת-לב בראיון. השינוי העיקרי שנעשה בשלב זה היה בניסוח של הנושא הנחקר – במקום 'טיפול המרה' שונה הנוסח ל'טיפולים לשינוי אוריינטציה מינית', ומאוחר יותר ל'טיפולים הכוללים בירור של הנטייה המינית'. במקביל הנושא הנחקר באופן זה, ביקשנו כבר בחלק זה מהמטפל לחוות את דעתו על המונח וכיצד נראה לו נכון להגדיר את המטרה. שינוי זה אמנם נבע מהבעייתיות של המונח המרה ('מזכיר לי אינקוויזיציה' לפי אחד המטפלים, ו'סדין אדום' לפי מטפלת אחרת), אך הוא לא היה קוסמטי בלבד – הוא נבע מתוך התכוונות לתפיסה של המטפלים את התהליך המתרחש אצלם בטיפול (ראו בהרחבה בפרק התוצאות).

2. **פיתוח קטגוריות ע"פ הידע העולה מהראיונות** – קודדנו את הראיונות המשוכתבים משפט אחר משפט בתהליך של **ניתוח תוכן**, בשביל למצוא את התהליך החורז את המשפטים יחד. אחר שלב הקידוד הזה בחרנו כמה קטעים באקראי בשביל לבדוק שאכן הקידוד מתאים לתוכן של המשפטים ואיננו חורג ומתרחב לתיאוריות שמעבר לאמור באופן מיידי. השתדלנו להישאר פתוחים ולא לכפות את ההנחות שלנו על המשמעות של המשפטים. כדי לוודא זאת ביקשנו מקורא נוסף לקרוא את הקטעים הנבחרים ולחוות דעתו על מידת הקרבה בין התוכן המופיע בראיון לקידוד הנ"ל.

3. **פיתוח תיאוריית אמצע הדרך להסברת התנהגות** - יחד עם הקידוד של המשפטים התפתחו קטגוריות כלליות יותר. הקטגוריות היו מבוססת על התוכן של המשפטים אך חרזו כמה משפטים לכדי מגמה. הקטגוריות הללו היו מבוססות על דבריו של המרואיין או על המשגה של החוקר, והיו פתוחות לשינויים ונחשבו כניתוח זמני בלבד. שמנו-לב לכמה שאלות ביחס לקטגוריות – מהן התכונות שלהן, באיזה תנאים הן מתקיימות ומשתנות, מה גורם להן ומהן ההשפעות שלהן, ומה הקשר שלהן לקטגוריות אחרות. מטרתנו הייתה לעמוד על תימות חוזרות בדברי המטפל, ומאוחר יותר – בין המטפלים השונים (Kvale, 1996). אצל כל מטפל ערכנו סיכום של השקפותיו בנושאים הנחקרים מתוך הקטגוריות שעלו בראיון עמו, ובחננו את המכנה המשותף בין המטפלים השונים ואת ההבדלים ביניהם. במיוחד ניסינו לעמוד על הניואנסים השונים שהבדילו בין מטפלים שונים בעלי קטגוריות שכלפי חוץ נראות זהות לגמרי. קריאה נוספת של ראיון מוקדם אחרי קריאת ראיונות נוספים האירה את הדברים שנאמרו מכיוונים אחרים, והדבר דרש קריאה מחודשת של הראיונות המוקדמים וחיודוד נוסף של ההגדרות.



4. **כתיבת מזכרים** – ניהלנו מזכרים במקביל לניתוח של משפט-אחר-משפט שעל בסיסם ננסה לבנות את התיאוריה. המזכר נועד לסייע לנו לשים-לב לא רק לאמור אלא גם לרמוז ולמשתמע מתוך דבריו של המרואיין. בתחילת התהליך שימש המזכר בעיקר בפיתוח קטגוריות והעלאת השערות כלליות בלבד בדבר תיאוריות, ועם התקדמות התהליך ערכנו סידור וזיכוך של הקריטריונים וההגדרות בצורה שהתמות משתלשות אחת מתוך השנייה הפכו לתיאוריה מגובשת (שקדי, 2003) בדבר התפיסה של ההומוסקסואליות ושיטת טיפול הרה-אוריינטציה. אחר פיתוח התיאוריה חזרנו למשפטים המקודדים לבחון אם אכן התיאוריה עולה מתוכם או שהיא נובעת מהתפיסה הסובייקטיבית של המראיין.

5. **דגימה לאימות התיאוריה** – לאחר שהתגבשה הסתכלות תיאורטית מסוימת המשכנו את איסוף הנתונים בשביל לאמת את התיאוריה ולראות אם הקווים המנחים שלה אכן באים לידי ביטוי בראיונות. הראיונות הנוספים העלו היבטים שונים ותפיסות עולם אחרות, מכיוון שהם כללו סוג נוסף של מטפלים – כאלה שאינם מאמינים בשינוי המשיכה המינית, אך סבורים שהפיתרון הוא לא בייצאה מהארון. ראיונות עם מטפלים אלה הרחיבו את תחום המחקר ולימדו אותנו על דרך נוספת של התמודדות טיפולית עם הנטייה. אחר סיום התהליך השונו את מסקנותיו עם הידע המוכר מהספרות, ניסינו להבין את הפערים ולהפיק ואת המסקנות העולות מהתיאוריה שגובשה במחקר.

## **הגברת התוקף והמהימנות**

### **מהימנות**

מהימנות במחקר איכותני מבוססת על הוא יכולת החוקר להסביר את הליך המחקר ואת קבלת החלטות, כדי להעמיד את התהליך כולו במבחן של הקורא (שקדי, 2003). מטרה זו ניתן להשיג באמצעות פרסום ההליך המחקרי והגורמים שהביאו להחלטות השונות, כפי שנעשה בסעיף הקודם. שיטה נוספת להגברת המהימנות היא באמצעות העברת חלק מהראיונות לניתוחו של אדם נוסף שאינו משתתף במחקר, והשוואת הניתוח והתימות העולות אצלו לאלה שעלו בניתוח של החוקר. הליך זה הוא חלק מהתיאוריה המבוססת בשדה, והוא נעשה במהלך המחקר הנוכחי, ואף הביא לשינוי מסוים אצלי באופן קריאת הראיונות ובעמדה כלפי המרואיינים. שיטה נוספת להגברת את המהימנות של המחקר באמצעות הבאת חלק מהראיונות כפי שהם במקור, ושכתוב לא רק של דברי המרואיין אלא גם של המחווה הלא-מילוליות שלו (שקדי, 2003). בפרק התוצאות מובאים ציטוטים רבים של המרואיינים, כשנעשה מאמץ לבחור את הציטוט המובהק ביותר, ושהציטוט יעמוד כיחידה עצמאית הפותחת צוהר בפני הקורא לבחון עד כמה הניתוח שמובא במחקר משקף את דברי המרואיין. יחד עם זאת נערכו שינויים קלים בשביל להצניע זהותם של המטפלים שלעתים מבין השטין ניתן לזהות אותם.

## תוקף

תוקפו של מחקר בעולם המחקר האיכותני מבוסס בראש ובראשונה על ראיונות מרובים (שקדי 2003), וניסוח הממצאים של המחקר באמצעות ציטוט של המקורות עצמם, כך שטיב סיווג הקטגוריות יעמוד לבחינה בפני הקורא. שימוש בראיונות באופן זה מחייב שימוש במינוחים ולעיתים גם במערכת הערכים של המטפלים. גורם זה הביא לכך שהכתורות והניסוחים של כותב המחקר המופיעים בפרק התוצאות נראים לעתים מוטים, וזאת בשל הניסיון להיצמד לתפיסת עולמם של המטפלים ולבטא את תפיסת עולמם בצורה אותנטית. דוגמא לכך היא המונח 'הצלחה' שאצל רוב המטפלים משמעותו היא הגשמת בקשתו של המטופל שאיתה הוא הגיע לטיפול, כלומר רה-אוריינטציה מינית. השימוש במונח זה נועד לשקף את נקודת המבט הטיפולית והערכית של המטפלים. מסיבה זו עצמה רוב הפעמים נתייחס להומוסקסואליות גברית, וזאת מאחר שרוב המטפלים שרואיינו מתעסקים בעיקר בטיפול במטופלים מהסוג הזה, מעבר לעובדה שרוב המחקר בתחום הוא על הומוסקסואלים גברים.

## רפלקטיביות ואמינות

המונחים "מהימנות" ו"תוקף" הינם מונחים הלקוחים מעולם המחקר הכמותי, שאינם מתאימים בהכרח למחקר מסוג זה. אליזבת' מריק (Merrik, 1999) מציעה שני קריטריון אחרים להערכת איכותו של מחקר איכותני: אמינות (trustworthiness) ורפלקטיביות (reflexivity), ובמקביל מביאה מספר כלים שבהם ניתן להגביר את שתי התכונות הללו במחקר. המונח אמינות מבטא עד כמה ניתן לסמוך על המידע, וכולל בתוכו את השאלות מי ערך את המחקר, באיזה כלים הוא השתמש ואיך הוא ניתח את המידע. הכלים הרלבנטיים שנקטו במחקר זה להגביר את האמינות הוא פריסת מהלך המחקר בצורה מפורטת על הקונפליקטים שעבר החוקר בגשתו אל המידע, (כפי שבוצע בפרק זה), בדיקת תהליך ומסקנות המחקר עם חוקרים נוספים, והצגת עמדתו האישית של החוקר על הנושא הנחקר (להלן) על-מנת להביא למודעות את האפשרות של הטיה מצדו של החוקר. הצגה העמדה של החוקר מתקשרת גם למונח הבא – רפלקטיביות, המחליף את המושג 'תוקף' שבמחקר הכמותני. המחקר האיכותני אינו מקבל את הנחת היסוד של מקבילו הכמותני בקיומה של אמת 'אי-שם' שהמחקר נועד לחשוף אותה. במקום זאת, המחקר האיכותני מכיר בכך שהחוקר משפיע מנקודת מבטו על התוצאות אליהם הוא מגיע, והרפלקטיביות מבטאת את היכולת של החוקר להכיר את ההשפעה שלו על תהליך עיבוד המידע, ומתוך כך להגביר את היכולת שלו להקשיב, להבין ולהביע את המשמעות של דברי המרואיינים

## עמדתי האישית כחוקר

בעיה מתודולוגית הקיימת במחקר זה הקיימת כפי הנראה בכל המחקרים שנערכו בתחום זה היא העובדה שעורך המחקר איננו חף מדעות ביחס לשאלות הערכיות העומדות בבסיס התחום הטיפולי. אמנם אינני בגדר "complete member" מאחר ומעולם לא נזקקתי להתמודד עם הסוגיות הללו באופן אישי, בכל-זאת עובדת היותי

יהודי-דתי אורתודוכסי מדריכה את תפיסת עולמי לראות את ההומוסקסואליות כמצב פחות רצוי מאשר הטרוסקסואליות. יחד עם זאת, אינני סבור שעובדה זו מחייבת אותי להאמין שניתן לבצע המרה או רה-אוריינטציה של הנטייה המינית ההומוסקסואלית, ואני סבור שבהחלט ייתכן שהומוסקסואל לעולם יישאר בנטייתו. אני גם סבור שלא כל מחיר מצדיק כניסה לתהליך של שינוי גם אם הוא אפשרי, וצריך לשקול את התועלת כנגד ההפסד. בשל כך אני מרגיש שניתן לסמוך על המסקנות של המחקר במידה סבירה של אמינות, וזאת בצירוף השיטתיות של התיאוריה המעוגנת-בשדה. ובכל זאת בכמה מקרים הייתי צריך לברר לעצמי עד כמה אני פתוח לשמוע את דברי המרואיין, ועד כמה אני שומע את הדברים לפי תפיסת עולמי. יתרון אחר של היותי חבר ברמה מסוימת בחברה אותי חקרתי היא שבכך נפתחו לי דלתות, והדבר אִפְּשָׁר גילוי לב אצל לא-מעט מראיינים שהיו נמנעים מלפתוח את הנושא מחשש שיבולע להם.

## ממצאים

### מאפיינים של המטפלים

#### הגישה כלפי הממסד הפסיכולוגי והתפיסות הפסיכולוגיות הרווחות

המטפלים שראיינו לצורך המחקר עוסקים בנושא מחקר שאיננו נחשב מקובל בעולם הפסיכולוגי בימינו. כפי שזכר במבוא, ארגון הפסיכולוגים האמריקאי (APA, 2000; 2009) ואחריו ארגונים רבים נוספים פרסמו גילוי דעת לפיו אין ראיות לפרקטיקה זו, והמרה איננה מטרה ראויה של טיפול פסיכולוגי. יחד עם זאת, ארגונים אלה לא אסרו את הטיפול, אלא רק המליצו שלא לערוך אותו.

#### ביקורת על הממסד ורוח-הזמן (zeitgeist)

על-אף שהמטפלים שראיינתי הם כאלה שהסכימו לחשוף את עצמם למטרת הראיון, וחלק ניכר מהם פרסם את שמו באתר האינטרנט של ד"ר אליצור, רובם מרגישים דחויים וקוראים תגר על עולם הפסיכולוגיה. חלק קטן מהמטפלים ממש מזלזלים מה שלמדו באוניברסיטה (בק) –

אתה רוצה ללמוד טיפול? לפני שבאוניברסיטה יקלקלו לך את הראש ואתה תהיה מטפל בלכולו (כך במקור). לי לא ייתנו ללמדו באוניברסיטה, אני מומחה לטיפול. באוניברסיטה אנשים מומחים לספרים ומחקרים. אתה בצרה בעניין הזה, כי הניסיון שלי הוא שאני אומר לך שאין שום קשר למה שלמדתי באוניברסיטה ומה שפיתחתי בשטח עם השנים.

האוניברסיטה נתפסת כמקום שמקלקל את הלומדים בו ומרגיל אותם לגרום למטופל לשקוע בבעיות שלו במקום לעזור לו. האוניברסיטה מייצגת בדברים אלה את הממסד הפסיכולוגי שמחפש את טובת עצמו ולכן נמנע מלפתור את הבעיות אלא מעדיף לשמר אותן ולעשות מהן הון.

אך רוב המטפלים אינם מזלזלים במה שלמדו באוניברסיטה, אלא מסתפקים בקריאת תיגר על המוסכמות של עולם הפסיכולוגיה דהיום, במיוחד בתחום של הנטיות המיניות שהומוסקסואליות הפכה ממחלת-נפש לבון-טון בגלל השפעות של קבוצות לחץ ולא מטעמים ענייניים (Satinover, 1995). הם מדגישים את העובדה שפעם פני הדברים היו שונים והומוסקסואליות נחשבה הפרעה שצריך לטפל בה (אנ)–

...עכשיו דוגמא שהוא מביא שמה (כותב המאמר לפני כשליש שנה), לא הייתה לו בעיה להביא את זה כדוגמא. זה טיפול בהומוסקסואליות... אלמלא שהיה חושב שזה לא אפשרי לשנות הומוסקסואליות, לא היה מביא את זה בתור דוגמא להתנגדות... כיום זה לא פשוט. יש התנגדות טוטאלית לכל מי שחושב שאפשר לשנות. סה"כ זה שקר ענק שמבלבל את כל העולם.

מבחינתם הפסיכולוגיה צעדה צעד גדול אחורה כאשר השמיטה את ההומוסקסואליות ממדרגך ההפרעות, ובמקום שהיא הייתה אומרת שניתן לטפל ולעזור – היא עכשיו אומרת שאי-אפשר לעזור. זהו מעשה שבעיניהם נתפס כלא-מדעי, כי פעם הדבר נחשב כניתן לטיפול והוא היה משמש כמושא למחקר נרחב. עכשיו הוא נתפס כבלתי-ניתן לשינוי, ואף כבלתי-אתי מבחינת האתיקה המקצועית של הפסיכולוגיה (אק)–

חוסר רציונאל מדעי כזה, אני משתגע מזה, כ"כ לא מקצועי פתאום, פתאום הרגשות פועלות, אני מאוד מתפלא מכל שרוצים לעשות מזה, בעיה, כאילו שיש... נורא, זה נורא. הפוך, האתיקה המקצועית זה לדחות אדם שרוצה עזרה? אני לא מבין איך אפשר לעשות את זה באף הפרעה, בהפרעה הזו? זה שונה מהערכים שלי, אני אומר מה זה קשור? אתה בא אני עוזר לך. קשה לך ובאמת החוויה מאוד קשה, אני לא אעזור לך?

מטפל זה קובל על האבסורד בכך שמגיע אדם לטיפול ואין הוא יכול לקבל את הטיפול בגלל השפעתם של כל מיני גורמים חיצוניים וערכים המונחתיים מבחוץ על האדם. הוא מדגיש שהטיפול אצלו הוא תמיד לפי רצונו של המטופל, והמגבלות שמנסים להטיל עליו בטיפול בהומוסקסואלים פוגעות בחופש שלו כמטפל, ויותר מזה – באפשרות של המטופל להיחלץ מהמצוקה הסובייקטיבית שלו. דברים דומים הושמעו בארה"ב לאור ניסיונם של מספר מטפלים להוקיע את הטיפול הרפראטיבי ושאר טיפולי ההמרה (conversion) כטיפולים לא אתיים (ראו מבוא). המטפל הנ"ל תיאר כיצד היו לו מטופלים שהפסיקו להגיע לטיפול בגלל התערבות של כלי התקשורת, מה שיצר חוסר-אמון כלפי המטרה הטיפולית והביא לסבל למטופל (אק)–

תראה איך הקול של המדיה חודר לחדר הטיפולים להפריע לטיפול, ולהפסיק כל מיני תהליכים. מבחינה מוסרית זה אבסורד, זה דבר רע מאוד. אדם יכול היה לעשות את העבודה ולא עשה את העבודה.

תכניות הטלוויזיה והרוח הנושבת מכלי התקשורת משדרים אווירה תרבותית שאינה תואמת את האמונות שאיתן בא המטופל ועליהן מתבסס המטפל בטיפול. האמון שצריך המטופל לרכוש כלפי המטפל בשביל לעבור את הקושי של הטיפול יכול להיפגע באופן אנוש, דבר שלעתים מטרפד את הטיפול ומביא לסיומו בטרם-עת. לעתים הביקורת של המטפלים חורגת מהתייחסות לאוניברסיטה או לממסד הפסיכולוגי, ומגיעה עד לביקורת תרבותית-חברתית על התרבות המערבית והחיים בתוכה. ביקורת כזו באה לרוב ממטפלים עם אוריינטציה דתית, שרואים בתרבות המערבית לא רק את הסביבה שהבעיה מתקיימת בתוכה אלא גם את הגורם לבעיה (אנ) -

בנוסף, אנחנו בתוך עידן שכל מתבגר שמגלה את הנטיות המיניות שלו הוא קרבן ללחצים של החברה. אידיאולוגיה שאומרים לו שזכותו להיות הומו, או אסור, הוא לא ברמה של

הפסיכולוגיה הפרטית. הרבה פעמים מבחינה או דתית או בתפיסה החילונית רוצים להראות שזה נורמאלי ולא עוזרים... גם בטיפול יכול לקרותו אותו הדבר.

התרבות המתירנית נתפסת בעיניהם כמקור להומוסקסואליות ההולכת וגוברת, ועצם העובדה שבני-אדם מנסים להגדיר את הערכים ואינם נכנעים לערכים הדתיים היא בעיניהם המקור לבעיות התרבותיות. ההליכה לפי ה-DSM והשינויים שנערכו בו בשנים האחרונות כובלים את ידיו של המטפל. מטפל אחד הרגיש בשל כך מאוים עד שסירב לבקשתי להקליט את הראיון, מתוך חשש שהדבר יפגע בשמו הטוב.

### הסתייגות מהתפיסה הרווחת

מטפלים אחרים אינם יוצאים כנגד הגישה הרווחת באופן כללי, ומסתפקים בהצבת הניסיון האישי שלהם אל מול האמונות הרווחות היום בעולם הפסיכולוגיה (ד) –

אין לי שום מטרה להיות פופולרי, להבנתי, העובדה שזה עובד. ואני בוודאי לא בעסקי המרה כמו שהתחלתי את השיחה. התפיסה שלי היא שהומו צריך להיות הומו... כל אחד צריך ללכת למקום הכי אופטימאלי בשבילו.

ומטפלת אחרת אמרה (בק) –

אני לא מתעסקת בתיאוריות, אני לא מתעסקת, אני בכלל לא הולכת למקום הזה. כי אם ארגון הפסיכולוגים קבע שאין כזה דבר, אני לא הולכת להתווכח עם ארגון הפסיכולוגים, זה גדול עליי... זה לא הפרעה ולא צריך לשנות ונגמר הסיפור. ומי אני שאבוא ואגיד שכן אם זה ככה וככה? אני לא נכנסת למקומו כאלה. יחד עם זה כמטפלת קלינית וגם כבן-אדם אני יכולה להתרשם ממה שקורה עם הבן-אדם

הם אמנם מסתייגים ואומרים שהניסיון שלהם איננו מחקר אמפירי, אבל הם אינם מבטלים את מה שניסיונם מלמד אותם למרות האמירות הברורות של הממסד הפסיכולוגי. את הניסיון הזה הם מביאים לידי ביטוי בקליניקה, כשהם בוחנים את הנטייה של המטופל לפני שהם מעניקים לו טיפול כזה או אחר. העמידה שלהם אל מול הממסד הפסיכולוגי איננה מביאה אותם לזלזל בו או לבטל את דבריו – הם מבחינים בין שני סוגים של הומוסקסואלים (עליה נעמוד בהרחבה בהמשך) שאחד מהם מתאים להגדרות של ה-DSM ואילו השני אינו מתאים. בכך הם מוצאים את מקומם בתוך הממסד הפסיכולוגי אך גם מרגישים נאמנים למה שניסיונם בקליניקה מלמד אותם.

**מאפייני המטפלים בגישות השונות**

כמעט כל המטפלים המבקרים את הממסד ורוח-הזמן ורואים בשינוי שהתרחש ביחס להומוסקסואליות צעד אחורה הם דתיים, ואילו המטפלים שהסתייגו מה-DSM אך ניסו לסייג את דחייתם הם חילונים. יש להניח שהדחייה של הסמכות של איגוד הפסיכיאטריים האמריקאי אצל מטפלים דתיים נובעת לא רק מתוך ההתנסות האמפירית אלא גם מושפעת מתפיסת העולם הדתית, ובמיוחד אצל המטפלים הדוחים באופן קטגוריאלי את הרעיון של סיווג לפי הפרעות ואת התפיסה הפסיכיאטרית הרווחת באופן כללי. מטפלים אלה מתמודדים עם סמכויות מחשבתיות המדריכות אותם בכיוונים מנוגדים, והם נוטים אל הסמכות הדתית ומתוך כך מבטלים את הסמכות המדעית של ארגוני הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה ברחבי העולם. אצל המטפלים החילוניים שהסתייגו מן ה-DSM באופן חלקי לעומת-זאת, לא ניכרת כלל הסתייגות מהתרבות המערבית ומהערכים הנובעים ממנה או קבלה של סמכות תרבותית או דתית אחרת (חלקם הביעו אדישות כלפי העולם הדתי ואחרים הפגינו רגש של עוינות כלפיו), ונראה שאצלם הדחייה של הקביעות המופיעות במדריכי ההפרעות נובעות אך ורק מתוך הניסיון הקליני. הבחנה זו בין תפיסת הסמכות של הממסד הפסיכולוגי בקרב מטפלים דתיים וחילוניים ובקרב מטפלים עם תפיסה תרבותית שונה היא תחום שראוי להוסיף ולחקור אותו.

## תפיסת המשיכה המינית - קשיחה, פלאסטית או דינאמית

ביחס למשיכה המינית באופן כללי ניתן למצוא אצל המטפלים שרואיינו שלוש גישות: קשיחה, פלאסטית ודינאמית. מאחר ועיקרו של המחקר הוא בירור האפשרות של רה-אוריינטציה של הנטייה המינית, איננו עסוקים בסעיף זה בשאלה האם מקור הנטייה הוא גנטי או משפחתי, אלא בשאלה האם ניתן לשנות את הנטייה כאשר המטופל מגיע אל הקליניקה. באופן אינטואיטיבי היה נראה לומר שהנוסחא היא "מה שגנטי אי-אפשר לשנות ומה שמושפע חברתית ניתן לשנות", אך כפי שנראה להלן הנוסחא הזו אינה מוסכמת על חלק מהמטפלים בכל אחד מצדדיה.

### המיניות הקשיחה

כמחצית מהמטפלים שרואיינו אוחזים בשיטה הקשיחה, לפיה האוריינטציה המינית קבועה ולא ניתן לשנות אותה. מטפלים אלה נחלקים לשתי קבוצות הופכיות המציגות שני קטבים מנוגדים, וקבוצה שלישית האוחזת בעמדת ביניים.

#### 1. לא ייתכן שינוי בנטייה המינית

קבוצה אחת של מטפלים מאמינה שאין כל אפשרות לערוך שינוי בנטייה מינית של מטופל, ומטופל שמגיע עם משיכה לבני-מינו לעולם לא יוכל להימשך לבני המין-השני. כך קבע ה-DSM ועצם הרעיון הוא אבסורד (4) – (אבל שינוי התשוקה המינית הוא בעיניך בלתי אפשרי?) לא בלתי אפשרי, זה נשמע לי מגוחך. קח אותי, בא תתקן אותי תעשה אותי הומו. זה נראה לך אפשרי? בעיניי זה נראה מגוחך. זה נראה פחות מגוחך, אמרתי לך הווריאציה הזו שאתה לוקח ילד רך ואתה משנה את הדינמיקה המשפחתית, אולי...

בתפיסת המקור של הנטייה המינית יש בקבוצה זו שטוענים שמקורה הוא גנטי ויש שטוענים שהמקור הוא משפחתי-חברתי ולא כל שמי שחוה משיכה הומוסקסואלית נולד עם נטייה זו. אך בין-כך ובין-כך טוענים מטפלים אלה שלא ניתן לשנות את המשיכה, בין אם בשל השורשים התורשתיים שלה או בשל העובדה שתהליך ההתפתחות המינית של האדם הספציפי עבר בנתיב מסוים שלא ניתן עוד לשנותו (4) –

תראה אני לא חושב שאפשר להבחין בין מולד לנרכש. זו שאלה היפותטית כזו, בשלב שהאדם מגיע אליי, זה כבר יכול להיות משהו שקבוע בו... שום דבר כבר לא חם, הפעולות הרגיל שהוא עוסק בחיים שלו לא משפיע על זה ומשנה את זה, ולכן הוא מבחינתי זה נתון.

תפיסה זו תואמת לגישתו של פרויד ביחס להתפתחות הומוסקסואליות, שלמרות שמקורה איננו גנטי וכל בני-האדם נולדים עם פוטנציאל להומוסקסואליות ולהטרוסקסואליות – האפשרות לשנות את המצב היא מאוד לא



סבירה (Freud, 1957). האוחזים בגישה זו סוברים שהניסיונות של התראפיה הרפראטיבית או טיפולי רה-אוריינטציה אחרים שווים בערכם למכוני גמילה מסיגריות וכדו', והם מסוגלים להביא את האדם להגיע לתחושה של שינוי, אבל תוך זמן לא ארוך התוצאות יתפוגגו והאדם יחזור למצב שבו הוא היה קודם, ואולי אף למצב גרוע יותר. הניסיון לכפות על האדם מבחוץ דברים שאינם הוא מהלך בלתי-אתי שתוצאותיו הרות אסון, ולכן יש להימנע מכל ניסיון שכזה (מטפלים אלה נכללו בראיונות מאחר והם מאמינים באפשרות של טיפול בשביל להגיע לידי חיים הטרוסקסואלים על-אף נטייה הומוסקסואלית, ראו בהמשך).

## 2. כל הומוסקסואל הוא הטרוסקסואל חבוי

הקוטב השני של המטפלים הרואים באוריינטציה המינית גורם סטטי הם אלה המאמינים שכל הומוסקסואל בעל משיכה לבני-מינו הוא בעצם הטרוסקסואל חבוי, שסיבות שונות (שעליהן נעמוד בהמשך) הביאו אותו להימנע מהנטייה האמיתית שלו ולמצוא את תשוקתו בבני-מינו (אנ) –

עכשיו בנאדם בא בשביל אישור, הוא כבר סותם את התהליך הטיפולי... אם שינוי זה לא מה שאתה רוצה – אל תיכנס לפה... אם מישהו ישאל אותי לפחות יש לך דעה מסוימת, אתה חושב שהפציינט הכי נאמן לטיפול למה הוא יגיע בסוף הטיפול, יגיע בסוף למסקנה שהומוסקסואליות היא סטייה, עם סמ"ך רבתי או זעיר? התשובה שלי היא חייבת להיות כן, רוב הזמן הוא יגיע למן מסקנה שיש לו סטייה מסוימת

התפיסה הזו מבוססת אצל חלק מהמטפלים על תפיסה דתית שמכיוון שיש איסור לקיים יחסי-מין הומוסקסואליים לא ייתכן שכך האדם נברא, וחייבת להיות דרך לחלץ אותו ולפדות את נפשו (שור, תשס"ה). אצל חלק אחר מהמטפלים היא מבוססת על תפיסה פסיכודינמית שלאדם באופן טבעי יש נטייה חזקה יותר לבני המין השני. זאת ע"פ תפיסה אבולוציונית שמשיכה לבני המין-השני יש לה תועלת למטרת למלחמת-הקיום ולשרידה של המין, ואילו הומוסקסואלית היא לא-סתגלנית ולא סבירה מבחינה אבולוציונית. לפיכך הנטייה ההומוסקסואלית צריכה להתפרש כחריגה שנובעת ממנגנון הגנה כזה או אחר, ולא כנטייה טבעית. מבחינה מעשית מטפלים אלה מאמינים שאדם שהגיע לטיפול עם משיכה הומוסקסואלית יוכל לפתח משיכה הטרוסקסואלית, אך הם אינם רואים תהליך זה כתוצאה של שינוי פנימי אלא כחשיפה של הנטייה הטבעית, שכמעט כל הומוסקסואל יוכל להגיע אליה במהלך טיפול.

מבחינה תיאורטית, תפיסה זו מבוססת על הפסיכואנליזה הקלאסית שמחד רואה את האדם כבעל פוטנציאל למשיכה מינית כלפי שני המינים, אך בתהליך התפתחות נורמאלית הוא זונח את הכיוון ההומוסקסואלי ובוחר בנתיב ההטרוסקסואלי. כאשר הייתה הפרעה בתהליך זה נוצר קיבעון בשלב התפתחותי מוקדם, ועל-כן האדם חווה משיכה הומוסקסואלית, בהתאם השלב ההתפתחותי שבו נעצרה ההתפתחות המינית שלו. אך מכיוון

שבמהותו הוא הטרנסקסואל ותהליך ההתפתחות אמור להוביל באופן טבעי להטרנסקסואליות, מניחה גישה זו שניתן לחזור עם המטופל למקומות של הקיבעון ומתוך כך להביא לשינוי בנטייה המינית. השינוי במשיכה שאירע בעקבות אירועי חיים ניתן לשינוי באמצעות טיפול פסיכולוגי. בנקודה זו חלוקה גישה זו על פרויד שסבר שהקיבעון כמעט ואינו ניתן לשינוי.

שתי הגישות הנ"ל (1 ו-2) אינן נבדלות זו מזו בתפיסת המיניות הבסיסית של האדם – בשתייהן אפשר להניח שהאדם ביסודו הוא בי-סקסואלי, ושתייהן נכללות תחת הקטגוריה של 'קשיחות' כי שתייהן מניחות שיש רק נטייה אחת שהיא נטייתו ה'אמיתית' של האדם. כמובן שגישות אלה חלוקות בשאלה מהי אותה נטייה בסיסית – האם היא הומוסקסואלית כפי שהאדם מרגיש, או שהיא הטרנסקסואלית תבוייה שמחכה לחשיפה או הטרנסקסואלית מקובעת המחכה לשחרור.

בשל התפיסה הקשיחה הזו, שתי הקבוצות ההופכיות הללו אינן מאמינות באפשרות 'המרה' מכל סוג שהוא. שתייהן סבורות שלאדם ישנה נטייה מינית טבעית מסוימת, קשיחה באופייה ובלתי-ניתנת לשינוי, וכאשר ישנה משיכה הומוסקסואלית ישנו רק מצב פנימי אחד אפשרי: לפי הקבוצה הראשונה המשיכה הטבעית היא הומוסקסואלית, ולפי הקבוצה השנייה המשיכה הטבעית היא הטרנסקסואלית.

### 3. חלק מההומוסקסואלים המגיעים לטיפול הם הטרנסקסואלים חבויים

לעומת גישות אלה קיימת גישה שלישית התופסת את המיניות כנטייה קשיחה שאינה ניתנת לשינוי, אך היא שונה משתי הגישות הקודמות בכך שלפיה לא ניתן לעשות הכללות ביחס לכל האנשים בעלי המשיכה ההומוסקסואליות ולהניח מראש שהם הומוסקסואלים או הטרנסקסואלים 'באמת'. לפי גישה זו אצל אדם המגיע לטיפול עם משיכה לבני-מינו ייתכן שהמשיכה ההומוסקסואלית שלו אכן מבטאת את הנטייה הטבעית שלו, אך אפשר שהמשיכה ההומוסקסואלית שלו מקורה בתהליכים משפחתיים או חברתיים, ובשל-כך היא ניתנת לשינוי באמצעות טיפול פסיכולוגי (בק) –

אני יכולה להגיד שני כיוונים שיכולים לעניין אותך בעיניי. אחד שיש אנשים שהנטייה שהם מתנהגים התנהגות הומוסקסואלים שאיננה נטייתם. לא בהכרח היא נטייתם הטבעית זאת-אומרת גם אם אחרי הטיפול הם יהיו הטרנסקסואלים לא הייתה כאן המרה. כי ההתנהגות ההומוסקסואלית שלהם היא תגובה לטראומה בחיים שלהם, שלחיות כהומוסקסואליות זה מגונן אותם... כיוון השני שמדובר על אנשים שבאמת הומוסקסואלים *par-excellence*, שרובם אפילו חוו חיים הומוסקסואלית, מימשו את ההומוסקסואליות שלהם, יודעים שהם הומוסקסואלים, היו שייכים לקהילה ההומוסקסואלית תקופה מסוימת, אבל מכל מיני סיבות שאפשר לפרט חלק מהן, הם לא רוצים להישאר במקום הזה

הגישה של מטפלים אלה היא גישה פלורליסטית יותר שאינה מכתיבה למטופל את היעד, אלא הולכת איתו צעד אחרי צעד עד שמתברר הכיוון שהוא הכיוון הנכון עבורו בעיניו ובעיני המטפל. מתוך ניסיונם הם סבורים שכשם שיהיה זה עוול לערוך 'המרה' למטופל שהוא הומוסקסואל, כך יהיה זה עוול להציע טיפול 'מאשר' למטופל שהנטייה האמיתית שלו היא בעצם הטרוסקסואלית וההומוסקסואליות היא רק מנגנון הגנה. גם המקרה האחרון הוא מבחינתם סוג של 'המרה', מכיוון שיש בו התעקשות עם המטופל על נטייה שאיננה הנטייה הטבעית שלו. מטפלים אלה מסתייגים מאוד מהמונח המרה, והם מדגישים שאין להם כל מטרה לשנות את הנטייה הטבעית של המטופל (ד) -

המרה זה נשמע לי מלה רעה. אני לא רוצה להשתמש בזה. אין פה המרה, להבנתי ולניסיוני גם יש שני סוגים של הומוסקסואלים: אחד שזה ביולוגי כך הוא נולד, כמה שהוא ישתדל זה לא ישתנה. האפשרות האחרת שזה משהו מאוד הגנתי, וממילא אם זה הגנתי כאן אפשר לשנות אם הם רוצים כמובן, המלה המרה היא מצמררת.

בתחילת הטיפול או במהלכו צריך המטפל לברר מה המקום של הנטייה ההומוסקסואלית אצל המטופל, ולפי זה להעניק לו את הטיפול המתאים. ההבחנה בין סוגים שונים של מטופלים חיונית לאופן ביצוע הטיפול, אך בראש ובראשונה לעצם מטרת הטיפול: אם המטפל מזהה שמדובר בהומוסקסואליות טבעית-ביולוגית הוא מעניק למטופל טיפול שלא ינסה להכחיש את המשיכה הזו. אך אם המטפל מזהה שההומוסקסואליות אינה אלא מנגנון הגנה, הוא יברר את העניין עם המטופל, מה שיביא בסופו של דבר לזניחה והיעלמות של המשיכה ההומוסקסואלית ובמקומה תבוא משיכה הטרוסקסואלית התואמת את הנטייה הטבעית שלו (בק) -

ואלה שהם לא באמת. ולכן אם אתה משחרר אותם מהחרדה – הם יהיו הם עצמם... אין כאן שום פעולה של המרה, הם פשוט מתחברים לעצמם. ומה שמנתק אותם מעצמם זה החרדה. אז זה קבוצה אחת שאני רואה. ולכן אין פה מה לדבר על המרה. ברמת הבחנה נכונה אתה יכול לראות את זה. אני מעלה את האפשרות הזו, קודם כל אני מעלה את האפשרות הזו כי אני רואה פתאום יוצא האויר מהבלון, כי פתאום הם מתחילים להבין מה קורה להם. כי הם לא פה ולא פה, באמת.

ההבחנה בין ההומוסקסואליות לשני סוגיה חשובה גם בשביל להכין את המטופלים מראש ולהימנע מיצירת אשליות ותקוות שווא. מטפלת אחת בעלת ניסיון רב טוענת שההבחנה בין שני הסוגים השונים אינה עניין מסובך כל-כך, וקיימים הבדלים מובהקים בין שני הסוגים (בק) -

אתה לא רואה גם בתוך ההומוסקסואלים, הם לא הומוסקסואלים מאוד יוזמתיים, הם לא הומוסקסואלים שיש להם המון קשרים עם גברים. בד"כ להומוסקסואלים יש המון קשרים עם

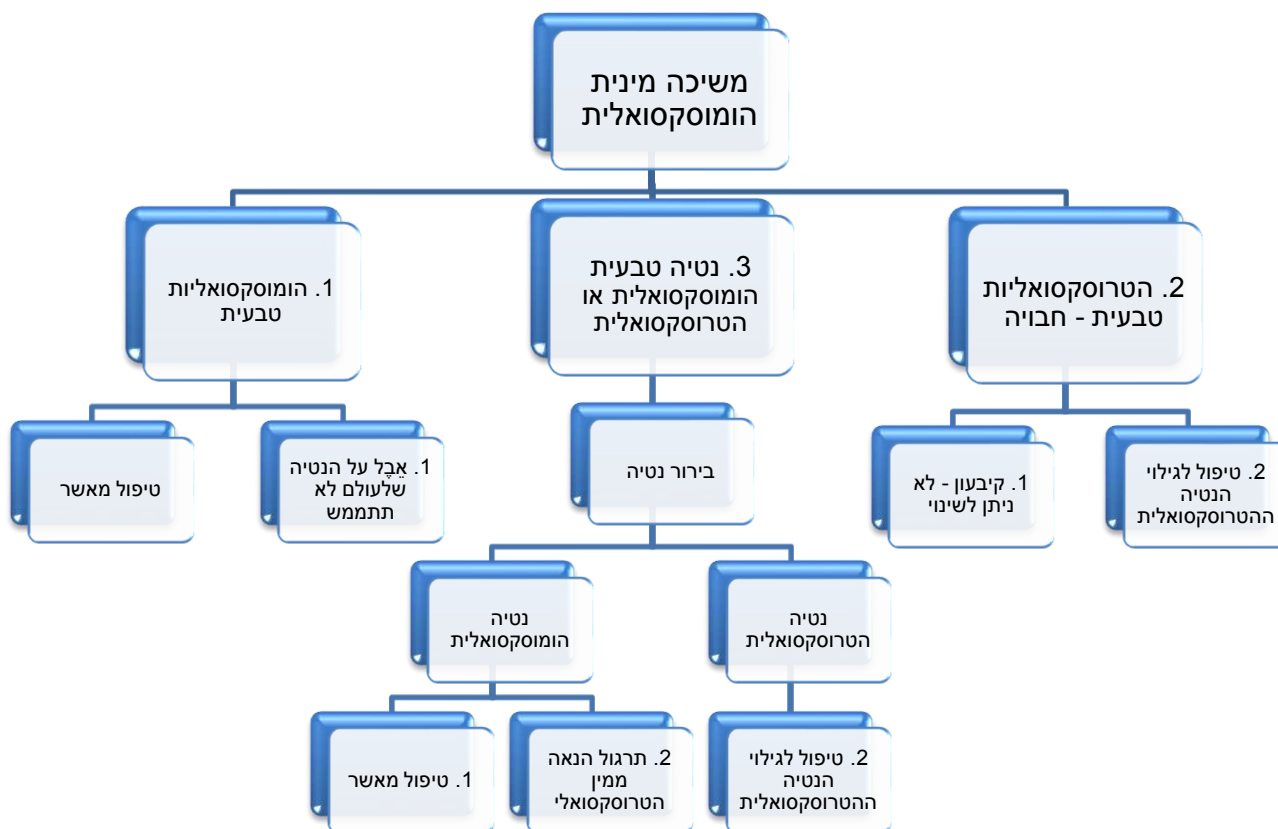
המון גברים, יש שם הרבה דינמיות, יש שם הרבה אינטנסיביות... ואלה שהם לא באמת, ולכן אם אתה משחרר אותם מהחרדה – הם יהיו הם עצמם.

העוצמה של ההתנהגות ההומוסקסואלית היא קריטריון ברור להבחנה בין הומוסקסואלים קונסטיטוציוניים לאלה שהם הומוסקסואלים כתוצאה מאירוע חיים, מקונסטלציה משפחתית, או מכל סיבה אחרת. ההתנהגות האופיינית לקהילה ההומוסקסואלית לפי מטפלת זו מאפיינת רק את ההומוסקסואליים הקונסטיטוציוניים, ואילו האחרים התנהגותם מתונה יותר. מטפלים אחרים אינם רואים את ההבחנה בין שני סוגי המטופלים כמשימה פשוטה כ"כ, אלא כתהליך איטי שבו אט-אט נחשפות המוטיבציות החבויות של המטופל, ומתוך התהליך הזה אפשר לעמוד על המקור של ההומוסקסואליות, אם מדובר בתגובה הגנתית או בגורם קונסטיטוציוני.

מטפל אחר הסבור שאין אפשרות לשנות נטייה מינית מגובשת מתוך תפיסה קשיחה של המיניות, תופס שלעתים המשיכה ההומוסקסואלית מאפילה על המשיכה ההטרוסקסואלית הקיימת, והזהות ההומוסקסואלית מתגבשת מתוך התעלמות מהנטייה האחרת מתוך חרדה מאי-הוודאות. המטופל מעדיף להיות עם זהות מינית בלתי-רצויה מבחינתו, ובלבד שהזהות שלו תהיה ברורה לו ולא תישאר בערפל (ד) –

בתחילת גיל ההתבגרות הוא התחיל לשים לב לעצמו, למשיכה המינית שלו, וזה מאוד הבהיל אותו, מאוד הפריע לו. אז הפיתרון ההגנתי שלו היה אז אני כזה, אז אני הומו, ואני אתמודד עם זה משם

המטופל אמנם מגיע לטיפול מתוך מחשבה שהנטייה היחידה הקיימת אצלו היא הומוסקסואלית, אך תוך כדי טיפול ומתוך התבוננות בתחושות שלו וניתוח חלומותיו עולה תמונה מורכבת יותר. תמונה זו ברוב המקרים משקפת בצורה מהימנה יותר את הנטיות של המטופל, שכן לפי מחקריו של קינסי (Kinsey, 1948) וסקירתו של מקונגי (McConaghy, 1987) אחוז ההומוסקסואלים וההטרוסקסואלים המוחלטים הוא אחוז נמוך למדי באוכלוסיה.



איור 2 - האפשרות לשינוי הנטיה המינית לפי הגישה הקשיחה, ולאור זאת - הגדרת מטרות הטיפול

### המיניות הפלאסטית

קבוצה אחרת של מטפלים הם המאמינים שהמיניות של האדם היא פלאסטית. המיניות ההומוסקסואלית כמו המיניות ההטרוסקסואלית היא דבר שניתן לשנות אותו ולהטות את האנרגיות שבו לכיוונים שונים לפי רצונו של האדם ועל ידי אמצעים מתאימים (אנ) –

מתוך הבנה שהמיניות שלנו היא גם מעין זרם של אנרגיה, אם תרצה לומר במונחים אנרגטיים, זרם של אנרגיה, שכמו מים חוצב לו דרך בסלע. אז יש לו איזושהו דרך שהוא כבר התרגל לזרום שמה, והכוונה היא לחצוב לו עוד דרך אחת שהוא ילך בה... זה יחפור לאט לאט ולאט לאט זה מתחיל לפנות לשמה. כי באמת לפתח עוד צד בכל סוגי המיניות זה הרבה יותר קל כמובן מאשר לצאת מצד אחד.

המיניות דומה לזרם של מים שכאשר הוא חוצב נתיב קשה להסיט אותו לנתיב אחר, אבל זה אפשרי עם מאמץ וכלים מתאימים. ברגע הולדתו כל אדם הוא בי-סקסואלי ואולי מולטי-סקסואלי ומסוגל לפתח משיכה מינית כלפי כל דבר ובלבד שתרחש התניה מתאימה. גישה זו מבוססת על תפיסתו של פרויד שהאזורים של הגירוי

המיני (האזורים הארוגניים) משתנים ומתחלפים לאורך ההתפתחות, אך היא חורגת מתפיסתו של פרויד בכך שהיא סבורה שהפלאסטיות הזו נשמרת גם בשלבים מאוחרים יותר של החיים, כלומר גם בשנות הבגרות. לפי פרויד תהליך ההתפתחות מביא לכך שהמיניות נקבעת ואינה ניתנת לשינוי, ואילו לפי הגישה הפלאסטית המיניות לעולם איננה נקבעת באופן בלתי-הפיך, ובאמצעות התניה ניתן להשפיע על המשיכה ולהטות אותה לכיוונים אחרים. העוצמה של המיניות ההטרוסקסואלית אחרי טיפול מתאים תהיה שווה לזו של ההומוסקסואלית, ולא זו בלבד אלא שהמשיכה המינית כלפי בני אותו המין תפחת בשל הטיה של האנרגיות לנתיב אחר ודלדול הנתיב שבו הורגלו האנרגיות לזרום. בעיני האוחזים בגישה זו התפיסה שהמיניות נקבעת מראש ואין אפשרות לשנות אותה היא שקר שאין לו רגלים (אנ) –

סה"כ זה שקר ענק שמבלבל את כל העולם. השקר הוא כזה שהזהות המשיכה המינית נקבעת מלידה. שקר ענק, זה אידייוטי כמו להגיד שאתה התאהבת במישהי, אז תדע לך שזה מלידה ואם לא תשיג אותה – אין לך סיכוי כל החיים... יש על זה הוכחות מיוון העתיקה. שמה כל הנוער הרי פותה ביחסים הומוסקסואליים... וכל הנוער חוזר להטרוסקסואליות ברגע שהגיע לבגרות, מקימים בית ומשפחה, אז כולם הולכים לנשים

רוב הפסיכולוגים שרואיני הנמנים על גישה זו מותחים ביקורת קשה על הממסד הפסיכולוגי האוחז בגישה הקשיחה ומקבע את האומללות של האדם, למרות שכל אדם יכול לשנות את הנטייה שלו לאן שיחפוץ. התוצאה של התפיסה הקשיחה היא קביעת זהות הומוסקסואלית, שהיא המחסום הקשה ביותר בפני שינוי נתיב האנרגיות המיניות לפי מטפלים אלה. כאשר אדם קובע את הזהות שלו כהומוסקסואל, הזהות הזו משמשת בתפקיד נפשי חשוב עבורו, וגם אם היא תהיה זהות לא רצויה – הוא לא יסכים לוותר עליה בקלות, ובכך הוא או החברה ממיטים עליו אומללות (אנ) –

כל אחד רוצה לשמור על הזהות שלו. לכן גם ההומוסקסואלים הרבה פעמים בעצם זה שהם מרגישים זהות בהומוסקסואליות הם חרדים משינוי... אם הם לא רכשו לעצמם זהות, ממש בהתחלה, אז הרבה יותר קל לשנות. ברגע שנרכשת זהות, בייחוד עם יש חיבור לקהילה ההומוסקסואלית על כל הסממנים שלה, אז זה הופך להיות דת כזו, כמו שאני יהודי, זה הזהות שלי, אז קשה מאוד שינצחו אותו.

למרות התפיסה הפלאסטית של המשיכה המינית, מטפלים אלה לרוב אינם מציעים טיפולים של 'המרה' מהטרוסקסואליות להומוסקסואליות, ומתנגדים להם מבחינה ערכית. אין זה בגלל שהם אינם מאמינים שאפשר לבצע שינוי כזה – מבחינתם הפלאסטיות קיימת לשני הכיוונים. הסיבה לכך היא מכיוון שהערכים שלהם הם

כאלה הרואים בהומוסקסואליות דבר בלתי-רצוי ובהטרסקסואליות דבר רצוי, או מכיוון שמעולם לא הגיע אליהם לטיפול אדם שביקש לשנות את הנטייה מהטרסקסואליות להומוסקסואליות.

### **מיניות קשיחה עם אפשרות לפיתוח אפיקים נוספים**

בין המטפלים המאמינים שהמשיכה המינית היא קשיחה למאמינים שהיא פלאסטית קיימת קבוצה שלישית הרואה במשיכה המינית כמורכבת משתי האפשרויות. מטפלים אלה מאמינים שלאדם ישנה נטייה טבעית מסוימת, אך הם מאמינים שכל אדם מסוגל ליהנות ממיניות אחרת אם יורגל לכך בצורה מבוקרת ומקצועית (בק)–

אני לא צריכה להגיד להם שהם הומוסקסואלים, הם אומרים לי, הם מספרים לי על החיים ההומוסקסואלים. אני לרגע לא משלה אותם אפילו אם הם שואלים אותי, שאחרי שהם יעברו את התהליך פה הם יהיו הטרסקסואלים. המשיכה הדומיננטית שלהם ברורה להם, הם כבר חוו אותה, הם מכירים אותה יותר טוב ממני. מה שהם באים לפה הוא לברר האם יש להם אופציה של הטרסקסואלית. האם הם יכולים לחיות סגנון-חיים הטרסקסואלית, מוגבל יותר מוגבל פחות, החלטה שלהם. לא שלי... לכן אם למושג של המרה אין משמעות פה בקליניקה, כי זה פשוט לא רלבנטי.

התפיסה של מטפלים אלה היא שקיימת אצל האדם מיניות ביולוגית מולדת אליה הוא נוטה באופן טבעי, ומיניות זו איננה נתונה לשינויים. יחד עם זאת, ניתן לפתח אפיק נוסף של משיכה מינית באמצעות שימוש בהתניה, ואולי גם בהתבסס על נטייה מינית חלשה הקיימת באדם כלפי האובייקט. הם מדגישים למטופל שהוא לא יהפוך להיות הטרסקסואל ולא יהיה כל שינוי במשיכה שלו כלפי בני-מינו. הטיפול נערך בלי כל אשליות ביחס לזה, ומתוך מטרה לאפשר את האופציה של מיניות אחרת. התפיסה היא שאמנם יש לאדם משיכה מינית טבעית עוצמתית הטבעית לו, אך הוא מסוגל לממש גם יחסים אחרים אם יחפוץ בכך, שאולי אין להם את אותן עוצמות, אך מבחינתו יש בהם רווחים אחרים שמצדיקים את המאמץ והיותור.

גישה זו משאירה את חופש הבחירה בידי המטופל, ונושאת על נס את החופש של האדם לבחור את אורח-חיו גם אם הנתונים המולדים שלו הם שונים ממה שהוא מאמין בו ומעוניין בו. המטפלים בגישה זו אינם מתעסקים בשאלה מהן הסיבות שהביאו את המטופל לרצות לחיות שלא לפי הנטייה המינית הטבעית שלו, ומכבדים את האוטונומיה של האדם ואת המשקל שהוא מעוניין לתת בחייו למיניות.

### המציאות האנושית הדינאמית

גישה רביעית ביחס למיניות מבוססת בעיקר על תפיסה יהודית-דתית לפיה אין מקום להדבקת תוויות והגדרות כי האדם מסוגל לבחור ולשנות בכוח בחירתו את מצבו. מטפלים אלה מדגישים את ההבדל שבין התפיסה הרוחנית של העולם המערבי המתאפיינת לדעתם בקשיחות וניסיון להגדיר דברים ולשים עליהם תוויות ובכך למנוע את האפשרות לשינוי (כשה-DSM הוא דוגמא מובהקת לכך), לבין התפיסה היהודית שבה ישנה דינאמיות מתמדת ואי-אפשר להצמיד לאדם תוויות מסוימת ולהגדיר אותו דרכה. מתוך כך האדם יכול לעשות שינויים במאפיינים באישיותו שנחשבים נוקשים, לדוגמא הנטייה המינית שלו. גישה זו נבדלת מהגישה הפלאסטית בכך שהיא רואה את המציאות האנושית כולה כנזילה ופלוואידית ולא רק את הנטייה המינית והיא מתנגדת באופן עקבי להצמדת תוויות (אנ) –

אם למטפל יש תיאוריה רוחנית, אידיאולוגית, קשה לפגוש בדיוק את הדינמיקה הפרטית שלו. לכל בנ"א יש כל הדינאמיות להגדיר מה היא כל אחד יש לו את שניהם. התורה אומרת 'הנה אנכי נותן לפניך את החיים ואת הטוב, את המוות ואת הרע, ובחרת בחיים' - זה בלשון עתיד. זה לא משהו סטטי.

גם אם המקור של הנטייה המינית הוא גנטי אין מטפלים אלה רואים בכך מעצור בפני הבחירה והרצון האנושי. הם קוראים תיגר על המושגים הגשמיים שרואים במצב הגשמי את חזות הכל, וקוראים לאדם לגבור על נתוניו הטבעיים ולשנות את עצמו. במחקר הנוכחי המטפלים שביטאו גישה זו באים מנקודת מוצא קבלית-מיסטית, ומתוך כך הם רואים את האפשרות של האדם לשנות ו'לתקן' את עצמו למרות המגבלות המציאותיות הניצבות בפניו (אק) –

ההבנה הראשונית היא כזאת: הגנטיקה לא מפחידה אותי, כי לי יש הבנה יותר חזקה מגנטיקה: זו הבנה נשמית. כלומר כשאדם בא עם נשמה שיש לה תפקיד מסוים, זה להתמודד עם עיוות של יצר, זו משימה מאוד קשה אבל זו משימה, זה אתגר.

העמדה הרוחנית של מטפלים אלה לא רק מחזקת את ידיהם אל מול הנתונים הגנטיים, אלא גם מדריכה אותם לתפוס את ההומוסקסואליות לא כפגם אלא כאתגר שהמטופל נבחר להתמודד איתו. מהפרעה הופכת להתמודדות לשליחות ועבודה רוחנית, והמטפל מנסה 'להדביק' את המטופל בתחושה זו, ולשלול את רגשות האשמה והבושה שהוא חש מסביב למשיכה המינית שלו.

העמדה הדתית של מטפלים אלה משפיעה ככל הנראה לא רק על תפיסתם את הדינאמיות של האדם אלא גם את הכיוון של הדינאמיות – כלומר הדינאמיות של האדם תוכן דווקא לשינוי מהומוסקסואליות



להטרסקסואליות, מתוך תפיסה רוחנית שזהו הכיוון הנכון. הפיתרון ל'בעיה' הוא אם-כן אימוץ תפיסת עולם אחרת שמקורה ביהדות, תפיסת עולם שמאמינה ביכולת האדם לשנות את עצמו ולהיות אדון לגורלו.

### סיכום

בסעיף זה הצגנו שתי גישות קוטביות וגישת ביניים ביחס לקשיחות ופלטיות של המיניות האנושית, וגישה רביעית היוצאת מנקודת מבט רוחנית-מיסטית. הגישה הקשיחה מאפיינת מטפלים בעלי אוריינטציה פסיכו-דינמית, ואילו הגישה הפלאסטית מצויה יותר אצל מטפלים בעלי אוריינטציה התנהגותית-קוגניטיבית. ניתן לראות שאין תלות בין ראיית הומוסקסואליות כנתון מולד או נרכש לשאלה האם ניתן לשנות את הנטייה: ישנן גישות הטוענות שהומוסקסואליות היא מולדת אך ניתן לשנות אותה או להוסיף עליה משיכה מינית נוספת, וישנן גישות הרואות בהומוסקסואליות מצב קשיח על-אף העובדה שהיא תוצאה של אירועי חיים. יחד עם זאת, אצל רוב המטפלים אפשר לראות קשר בין המקור לנטייה (מולד או נרכש) לבין האמונה באפשרות השינוי.



איור 3 - שלושת הגישות ביחס למיניות

## תנאים משפחתיים וסביבתיים הגורמים להומוסקסואליות

רובם המוחלט של המטפלים שרואיינו רואים את היחסים עם האב ו/או עם האם כגורם מרכזי בהתפתחות הנטייה (וזאת בלי קשר לשאלה האם הנטייה ניתנת לשינוי או לא ניתנת לשינוי, כפי שזכר בסעיף הקודם). רוב המטפלים מתארים מערך משפחתי כלשהו המונע את האפשרות ליצירת הזדהות עם האב – בגישות פסיכואנליטיות ופסיכודינמיות ההסבר מבוסס על פיתרון לא מוצלח של קונפליקט אדיפוס מסיבות שונות, ואילו בגישות התנהגותיות מבוסס ההסבר על חרדה מפני האם ודמויות נשיות בכלל, חרדה המדכאת את הרצון להזדהות עם הדמות הגברית של המשפחה. בסעיף זה נתאר איזו קונסטלציה משפחתית מביאה להתפתחות של נטייה הומוסקסואלית לפי המטפלים שרואיינו. ההסברים מתארים באופן כללי שני מודלים משפחתיים – הראשון הוא של אם דומיננטית ואב חלש או נעדר, והשני הוא מודל הפוך בו האב שתלטן במיוחד והאם חלשה או נעדרת. המודל הראשון תולה את עיקר ההשפעה באם, ואילו המודל השני מדגיש את מקומו שם האב בדינמיקה המשפחתית. הסברים נוספים המקבילים להסברים אלה מתמקדים בכאן ועכשיו, והם אינם חותרים עד למקור הראשוני של התופעה אלא מסתפקים בתנאים וגורמים הקרובים יותר להווה ולחוויה המיידית של המטופל.

### מודלים המדגישים את חלקה של האם בהתפתחות הומוסקסואליות

#### אמא חודרנית ופתיינית המונעת תהליך היפרדות

לפי המטפלים הדוגלים בשיטה זו, אם חודרנית אינה מאפשרת מרחב לפיתוח זהות נפרדת וקיום תהליך היפרדות-התייחדות (separation-individuation) (ראו מבוא), ומתוך כך הבן מזדהה עם המשיכה של אמו לגברים. כך מוסבר הדבר בתיאור מקרה שפרסם שפרינגמן (Springmann, 1970) (ד) -

*Most of all he was attached to his mother, whom he described as a beautiful, warm, emotional, exciting and seductive woman. His life was centered on his attachment to her... He tolerated no competition for her free time and was restless whenever relatives came to visit, robbing him of those small portions of time that he could still regard as his own... It must have been the mother herself who caused this uncommonly strong attraction: she let him sleep in her room, often in her bed (the father being away most of the time)... All her toilet activities, including micturition, were performed in his presence*

זהו מקרה של גבר נשוי שנשלח ע"י אשתו לטיפול בשל אימפוטנציה, ובמהלך הטיפול התברר מהר למדי שהוא נעדר כל משיכה מינית כלפי נשים בכלל, ומאידך קיימת אצלו משיכה כלפי גברים שבאה לידי מימוש ביחסי מין הומוסקסואליים מזדמנים. הטיפול העלה שבמהלך ההתפתחות הייתה לו התקשרות חזקה במיוחד עם האם שהאם נענתה לה ועודדה אותה בשל צרכיה האישיים. התקשרות זו מנעה ממנו את תהליך ההיפרדות מהאם ואת

התייחדותו כסובייקט. ההתנהלות של האם הייתה פתיינית, היא ישנה עם הילד במיטה כתחליף לאב שנעדר תדיר, ובאופן מופגן שברה את הגבולות בינה לבין הילד והרגישה שהילד הוא המשך ישיר שלה, כך שלא הייתה ביניהם כל בושה אפילו בעשיית צרכים. כאשר הילד רצה לבטא את גבריותו – האם הקפידה לדכא אותה ולהשאיר אותו רק 'שלה' ותחתיה. כפי שנוזכר במבוא, אין לאב תפקיד אקטיבי, ואת עיקר האפקט הוא עושה בהיעדרו מהדיאדה של אם-ילד. במקרה הנ"ל היעדרו של האב אף השפיע בכך שהוא עורר באם את הצורך בדמות שבה היא תשקיע את הליבידו שלה, והילד שימש כדמות הזו (Barzilai, 1999).

במקביל למניעת תהליך ההיפרדות של הילד ניתן לעמוד במקרה הנ"ל על גורם נוסף שמשלב בתהליך התפתחות ההומוסקסואליות (ד) –

*She allowed him to play with her exposed breasts until, at the age of 7, he learned their real name, breasts, and he stopped calling them balls... Summing up to this point we have: strong erotic fixation on the mother, disappointment in her personality, an attempt to free himself and, parallel with this, identification with her.*

יחד עם מניעת תהליך ההיפרדות ישנו קיבעון ארוטי כלפי האם. על פי דינאמיקה זו ההומוסקסואליות היא ניסיון להשתחרר מקיבעון זה, וזאת ע"י זניחה של כל משיכה אירוטית כלפי נשים. שפרינגמן סבור שמדובר בתהליכים מקבילים שבהם מצד אחד הילד מזהה עם האם ומאמץ את התשוקות האירוטיות שלה כלפי גברים, ומאידך הוא מנסה להשתחרר ממנה וזאת באמצעות התרחקות מנשים בכלל. שני תהליכים אלה שבמידה רבה נראים הפוכים – האחד הוא חיבור-יתר אל האם והשני הוא נתק ממנה – גורמים לשני הצדדים המאפיינים את ההומוסקסואל: מצד אחד משיכה כלפי גברים שמקורה בהזדהות עם אמו, ומן הצד השני דחייה מנשים שמקורה באכזבה מהאם ובניסיון להשתחרר ממנה.

#### אם מעוררת חרדה

מודל פשוט יותר של השפעת האמא על הנטייה המינית של הילד מבוסס על חרדה. בדומה למודל הקודם, גם כאן מדובר במבנה המשפחתי בו האמא היא שתלטנית ביותר, אלא שלפי מודל זה הדגש הוא על החרדה שאם זו מעוררת, ואין בו כלל מקום לאב (ד) –

בד"כ אמא שהיא מאוד שתלטנית היא מאוד אכזרית אפשר לקרוא לזה, בד"כ במצב כזה האבא הוא האיש החלש בבית הרבה מאוד פעמים, אין לו מודל של גבר. יש לו יותר מודל של אשה, מה זה אשה? אשה זה... סוג אחר של ... הוא מפחד מנשים, מפחד להתקרב.

המטופל מפתח לעצמו מודל של נשיות מחרידה ומאיימת, ומלביש את המודל הזה בתהליך של העברה (transference) לדמויות נשיות אחרות בחייו. מסיבה זו הוא אינו מסוגל לפתח קשר עם אשה או להימשך אליה מינית, כי משתחזרת לו דמות אמו והוא אינו מסוגל להשתחרר מהחרדה הנלווית לדמות זו. ההומוסקסואליות היא מקום מוגן בשבילו, כי שם הוא לא צריך להיפגש עם מה שמחריד אותו. בניסוח אחר אפשר לומר שמדובר בתגובה פוסט-טראומטית של הימנעות מפני איזור הסכנה (בק) -

ההתנהגות ההומוסקסואלית שלהם היא תגובה לטראומה בחיים שלהם, שלחיות כהומוסקסואל זה מגונן אותם. עכשיו אני אם הם בכלל נפגעו באופן אלים, אפילו נחוזה באופן אלים כלפיהם כילדים כנערים, ע"י מין מסוים, מן הסתם המין הזה מאיים עליהם. ז"א אם לבן הייתה אמא תוקפנית, לא רגישה, פוגענית, משפילה, אפילו לא מנצלת מינית, *let alone* מנצלת מינית, זה גם אני חוויתי כמטפלת, אז אותו ילד, נער בוחר להיות עם בני מינו כי שמה זה בטוח, כי אלה לא פגעו בו. המין הזה לא פגע בו. מי שפגע בו הוא הדמות של אמא שלו או של אשה

הדמות הפוגענית אינה חייבת להיות האם – היא יכולה להיות כל דמות מהמין השני, שהפגיעה שלה הייתה מספיק חזקה כדי שהאדם יבצע הכללה אל כל בני אותו המין, ותביא להתפתחות תסמינים פוסט-טראומטיים של הימנעות. אין מדובר בהכרח בטראומה אחת עוצמתית, וגם התנהלות רבת-שנים משפילה ופוגענית יכולה להביא לאותה התוצאה.

גישה זו מאפיינת מטפלים עם אוריינטציה התנהגותית-קוגניטיבית ששמים את הדגש בהתפתחות הומוסקסואליות על הכללה של חרדה מדמות מסוימת בת המין השני לשאר הדמויות של המין השני. גישה זו דוגלת ב'פסיכולוגיה של שנים', בניגוד לתיאוריות שמדגישות את תהליך ההזדהות ובהן מדובר ב'פסיכולוגיה של שלושה'. אמנם גם בכתבים פסיכואנליטיים אפשר למצוא הסברים המבססים את ההומוסקסואליות על חרדה: קליין (1937) רואה בקיומו של ליבידו הומוסקסואלי בתקופת ההתבגרות כמצב טבעי, המסביר חברויות הדוקות בין בני אותו המין ולעתים יחסים הומוסקסואליים של ממש. היציאה לפועל של תשוקות אלה היא לעתים תוצאה של מפלט מפני הדחף כלפי המין השני שנראה לעתי קרובות קשה להתמודדות בשלב זה. תפיסתה של קליין אמנם מפנה את המקור לצורך במפלט לתקופות מוקדמות מאוד של ההתפתחות, אך הדינמיקה החרדתית המובאת אצלה דומה מאוד לדגש על חרדה המצוי אצל מטפלים התנהגותיים-קוגניטיביים.

תהליך זה יכול להסביר את ההימנעות של המטופל מבני המין השני, אך בשביל להסביר את המשיכה כלפי בני-מינו צריך להוסיף ולטעון שהאנרגיה המינית האצורה באותו נפגע מחפשת לה מוצא, ומוצאת את מקומה בתחום המוכר שבו אין חרדה – אצל בני אותו המין. כלומר לפי גישה זו צריך להניח שישנה איזו פלאסטיות של

המשיכה המינית, שכאשר נתיב אחד נחסם – האנרגיה מופנית לנתיב אחר. אך הפלאסטיות אינה מושלמת, והמשיכה המינית החלופית אינה באותה עוצמה (בק)–

אין להם משיכה חזקה למין השני. יש לי מטופלות שהן היו לסביות, הן הרגישו שם נח. זה לא הפחיד אותן, זה היה בטוח, אבל כשהשאלות נכנסות לעומק העניין של משיכה, אין שם משיכה מינית. הן יכולות לקיים יחסי מין עם אשה, הן לא משתגעות על זה. הן גם לא תשוקתיות מאוד.

מטפלים אלה רואים בחולשת התשוקה המינית סימפטום שמדובר בהומוסקסואליות שאינה 'טבעית' למטופל ומקורה בטראומה, כי הנתיב החלופי שנפתח עבור המיניות איננו שווה בעוצמתו לנתיב הראשי. מבחינתם זהו סימפטום משמעותי להבחנה בין הומוסקסואל 'אמיתי' להומוסקסואל שמקור הנטיה שלו הוא באירוע-חיים וכדו', ולאבחנה זו יש משמעות טיפולית כבדת-משקל כפי שנראה להלן.

**מודלים המדגישים את חלקו של האב בהתפתחות הומוסקסואליות****חוסר יכולת להזדהות עם האב בעקבות נוקשות**

מטפלים אחרים מדגישים דווקא את מקומו של האב בהתפתחות הנטייה ההומוסקסואלית. גישה זו קרובה יותר לגישתו של פרויד המדגיש את חשיבות היחסים בין האב לבנו בפתרון תסביך אדיפוס. לפי מטפלים אלה היות האב נוקשה ומחריד מאוד מונעת מהילד את האפשרות להזדהות איתו, והוא מחפש לעצמו דמויות הזדהות אחרות (אנ) –

האבא בבית עריך שתלטן חזק מאוד, בצורה כזו שהבית כולו כמו מחנה צבאי. כולם נכנעים למרותו, האמא עושה דברו וכן הלאה. והאבא הזה הוא מסוג של אבא שהילד הזה ספציפי שהוא עדין ורגיש לא יכול להזדהות עם האבא הזה. האבא בשבילו היא דמות טרור... כשהחרדה היא אחד שנתפס כמו היטלר, אין מה להזדהות עם היטלר...

לפי הפסיכואנליזה הקלאסית פיתרון מוצלח של תסביך אדיפוס אמנם נובע מתוך החרדה מפני דמות האב, אך כאן הדמות של האב היא כל-כך מאיימת ושליטת שהילד איננו מרגיש שהוא יכול להצטרף אליו ולהזדהות איתו על-מנת לפתור את הקונפליקט. לילד שחי באווירה כזו אין פיתרון מוצלח לתסביך אדיפוס, והוא מוצא את עצמו תלוש.

אך אין די בעמדה של האב כלפי הילד - גם לאם יש חלק בדינמיקה ההתפתחותית, ולא רק בהיותה נעדרת וכפופה לאב העריך. אין די בנוקשות ובעריצות של האב בשביל למנוע את ההזדהות של הבן איתו. דרושים גם חיזוקים מצדה של האם וביטויים עדינים ו'תת-קרקעיים' מצדה של זלזול כלפי האב העריך, ורמזים על כך שדמות האב אינה רצויה. רק בתוספת של חיזוקים אלה נמנע הילד באופן מוחלט מהפיתרון של הזדהות עם דמות האב, ומוותר על ההזדהות שלו עם הדמות הגברית וממילא עם המשכיה המינית כלפי נשים (אנ) –

הרבה פעמים השאלה היא עד כמה אמא שולחת מסרים תת-קרקעיים שהיא אוהבת את בעלה. היא יכולה להיות שפחה נרצעת ולשדר שהיא בעצם לא סובלת את בעלה. באמירה קטנה ליד הילדים, בעיוות קטן בפה, בעיניים, במין שפת הגוף מדברת ככה. הילד מבין שלהיות אבא ולהיות גבר זה לא רצוי בכלל, זה לא רצוי אתה רשע, ואתה רע וכולם שונאים אותך

מטפל אחד הציג דינאמיקה שונה להתפתחות הומוסקסואליות במצב כזה: לדבריו ההומוסקסואליות היא בחירה בלתי-מודעת בתפקיד מיני עקר, מתוך תחושה של חוסר שביעות-רצון לא רק מהתפקיד של האב במשפחה אלא מהתנהלות המשפחה בכלל (אק) –

חוסר יכולת להזדהות עם האבא מסבה זו או אחרת, ולא חסרות סיבות. או אבא אלים. או... או יחסים מאוד מאוד מעורערים בתוך המשפחה, בין ההורים, אז יש מקום לאיזושהיא בחירה, בחירה לא מודעת כמובן, לבחור בתפקיד מיני עקר. הרי מזה זה הומוסקסואליות? יחס מיני שלא יכול להיות פורה. זה שונה מאוננות כי יש כאן אדם מולך, אבל הוא לא יכול להיות פורה לעולם. כלומר זוהי הנצחה של המצב – אני לא אקיים משפחה, מחשש אני לא אקיים משפחה.

ההומוסקסואליות לפי תפיסה זו היא בחירה בלתי-מודעת, סוג של מנגנון הגנה שהאדם מפעיל כנגד רעיון המשפחה בכלל, וכנגד תפקיד האב באופן ספציפי, מתוך העובדה שזהו התפקיד המשפחתי שאותו צריך הגבר למלא. הסבר זה, כמו ההסברים שקדמו לו, מסביר את היעדר המשיכה ההטרוסקסואלית, אך בשביל להסביר את המשיכה ההומוסקסואלית צריך להניח שהמיניות חייבת למצוא מקום להתנקז אליו, ובשל העובדה שהאפשרות ההטרוסקסואלית נעולה בפני אותו אדם – המיניות מוצאת את דרכה לאפיק ההומוסקסואלי.

### געגוע כלפי האב בשל חוסר יכולת להזדהות איתו בעקבות היעדרות

מטפלים אחרים הדגישו פן אחר של האב שמונע יכולת הזדהות של הילד (רפ) –

אני הבחנתי שבגדילה של ההומוסקסואליות, הם לא קיבלו מספיק קשר עם הגברים שבחייהם כפי שנדרש להם. זה יכול להיות בגלל שהאבא שלהם לא היה בבית, או שלא היו להם קשרים עם ההורים שלהם, או בגלל שהאבא היה לו קשר עם הילד אבל הילד היה צריך יותר, והאבא לא שם לב שהילד היה צריך יותר מהרגיל.

הנוכחות של האב יכולה להיות גורם משמעותי בהתפתחות של זהות הטרוסקסואלית, גם אם לאב יש קשר סביר עם הילד בזמנים שהוא נוכח (ראה מבוא – פסיכולוגיית העצמי והגישה הרפראטיבית). נוכחות פיזית ברמה הפשוטה והראשונית ביותר יכולה להשפיע על הפיתרון של תסביך אדיפוס, וממילא על התפתחות הזהות המינית. אך כמה מטפלים הדגישו שלא היעדרות פיזית היא הגורם העיקרי, ודווקא חוסר נוכחות נפשית של האב משמעותית יותר לתחושות של הילד כלפיו ולתהליך ההתפתחותי הנ"ל.

ההבדל בין הסבר זה להסבר הקודם הוא בהסרת האשמה הקטגוריאלית מעל האב, וקביעה שלעתים לא רק התכונות של האב גורמות לקשיים ההתפתחותיים של בנו, אלא האינטראקציה בין התכונות הייחודיות של הילד לתכונות של האב היא שמביאה להתפתחות הנטייה, ולעתים תכונותיו הייחודיות של הילד הן הגורם העיקרי למצב. אין כוונת המטפל להעביר את האשמה אל המטופל, אך כוונתו להימנע מקביעה סטריאוטיפית ביחס לאב, והצגת דינאמיקה מורכבת יותר של התהליך ההתפתחותי.

הגישה הרפארטיבית מבית-מדרשו של ניקולוסי (Nicolosi, 1997) מדגישה את התפקיד של האב בהתפתחות נטייה מינית הטרוסקסואלית או הומוסקסואליות (שלפי ניקולוסי האחרונה היא נתיב התפתחות פתולוגי). עיקר תפקידו של האב בהתפתחות מיניות 'תקינה' היא קבלה של הילד ופיתוח קשר אינטימי, ואילו דחיית הילד וחוסר נוכחות מובילה להומוסקסואליות. מספר מטפלים שרואיינו רואים את גישתו של ניקולוסי כגישה העיקרית בהסבר ההומוסקסואליות. אחת המטפלות תיארה טיפול עם לסבית שנראה שמקורה של הלסביות הוא בגעגוע לדמות האם בגישה השונה במעט מהגישה הרפארטיבית (להלן (ד)–

... בהחלט אפשר לראות את הנטייה הלסבית אצל אשה כחסר וגעגוע לדמות אם. בהחלט בהחלט (הכפילות במקור) אפשר לראות את זה ככה. אז אם באה מישהי שהיא אומרת שאני לסבית וזה קשה לי ואני רוצה לא להיות לסבית, אני חושבת שזה כיוון שבו צריך ללכת. כאן הייתי ממש מנסה לעשות בירור נטייה ולראות את המקור של ההומוסקסואלית

היעדר דמות האב אצל הומוסקסואלים ודמות האם אצל לסביות יוצר געגוע כלפיהם, ובתהליך ההתפתחות עובר געגוע זה תהליך של הכללה כלפי דמויות אחרות מבני אותו המין, וכעבור זמן הופך למשיכה מינית. אין מדובר בנטייה מינית קונסטיטוציונית, וגם לא בהיעדר של גבריות או נשיות מצד הדמות ההורית – מה שחסר לפי מטפלים אלה הוא רק קשר חם ונוכחות שמאפשרים את ההזדהות עם הדמות ההורית.

לפי הגישה הרפארטיבית הדינאמיקה שמובילה לתשוקה כלפי בני אותו המין שונה במקצת: לא הכללה של געגוע כלפי הדמות ההורית שלא הייתה מספיק נוכחת, כי אם דחף התפתחותי רפארטיבי שמטרתו להשלים את הגבריות החסרה. דחף זה בא לידי ביטוי ביחסי מין הומוסקסואליים (אנ) -

ואז הוא מסתכל על עצמו ועל בנים אחרים, והוא רואה שאין לו תקווה מעצמו, שהוא אף פעם לא יוכל להיות גבר שמח וטוב, אבל הבנים לידו באמת כאלה, נראים גברים צעירים ושמחים, והוא מתאוה להתחבר להיות כמותם

התהליך המתואר כאן כתהליך מודע הוא הרבה פעמים תהליך בלתי-מודע שהמטופל תופס אותו רק בשלבים מתקדמים של הטיפול. עוצמתו של הדחף הזה מסבירה לפי מטפלים אלה את עוצמת הדחף המיני אצל הומוסקסואלים, וכן את תופעת חילופי הזוגות וחוסר הנאמנות המאפיינים את הקהילה ההומוסקסואלית הגברית (Shernoff, 2006). זאת מאחר והדחף הרפארטיבי לעולם אינו יכול לבוא על-סיפוקו המלא בקיומם של יחסי מין, כשהחיסרון נמצא במקום פנימי וראשוני הרבה יותר.



מטפלת אחרת מנקודת מוצא קוגניטיבית-התנהגותית מתארת את אותה התופעה עליה מתבססת הגישה הרפראטיבית, אך מסתפקת בתיאור הסיבתיות מתוך החוויה המיידית של המטופל ולא משייכת את ההומוסקסואליות לקונסטלציה משפחתית (בק) –

יש אנשים שהדימוי גוף שלהם הוא מאוד נמוך, הם מרגישים ממש רע עם הגוף שלהם. כי הם שמנים או כי הם נכים, או כי הם פגועים פיסית ממש, והם מרגישים מאוד רע עם הגוף שלהם. האנשים האלה מפתחים האדרה או הידחות מאוד גדולה עם גוף של גבר אם זה גבר שמוצא חן בעיניהם... בעצם הם מזדהים עם הגוף, בעצם הם רוצים לנכס לעצמם את הגוף הזה. אבל הם מרגישים משיכה, כי הגוף של הגבר האחר מדליק אותם, כי הם היו רוצים לנכס את זה לעצמם. הם לא באמת הומוסקסואלים, הם בעצמם אנשים עם דימוי גוף רע.

מטפלת זו מוצאת את הצורך של ההומוסקסואל להשלים את החסר לו בנתונים הפיסיים המידיים – מראה מכוער או נכות פיסית. מתוך נקודת המוצא הקוגניטיבית-התנהגותית של מטפלת זו, היא אינה חותרת לעבר גורמים ראשוניים יותר שייתכן שעוררו את הצרכים הללו, כפי שעושים הדוגלים בגישה הרפראטיבית-דינאמית. נראה שאין שני הסברים אלה סותרים זה את זה אלא משלימים – הגישה הרפראטיבית מדברת על מקרים עם פגיעה נפשית משלב מוקדם בחיים, ואילו מטפלת זו מציגה מקרה בעל דינאמיקה נפשית דומה אך על בסיס מצב פיסי.

### הזדהות עם החלקים הנשיים של האב

מטפל אחד מהגישה הפסיכואנליטית הקלאסית תולה גם הוא את התפתחות ההומוסקסואליות אצל הילד באב, אך הוא שם את הדגש על המאפיינים הנשיים שבהתנהגות האב שהילד מסוגל להרגיש אותם, ומפתח הזדהות איתם (אנ) –

האבא הוא יותר חשב שהוא גברי אבל אני שמעתי שני מסרים... והוא לא יודע בדיוק איך לאכול את המסרים האלה. אני מבין שבמקרה הספציפי היה עוד איזה... הוא יצא במין תחושה שהוא גבר שיש פנים נשיים בגברים...

בזיכרוננו הראשוני של המטופל הוא יכול לטעון שהדמות של אביו הייתה דמות גברית, אך אנליזה אינטנסיבית וארוכת טווח מגלה לרוב שלאב היו גם פנים נשיים שהילד נמשך אליהם והזדהה איתם. מטפל זה הדגיש שהגבריות והנשיות יכולים לבוא לידי ביטוי במקומות מסוימים ולא באחרים, כלומר האב יכול להתנהג התנהגות נשית דווקא עם גברים אחרים, או דווקא עם נשים אחרות. אך בכל מקרה, הילד חש את הדבר ומזדהה עם הפן הזה של אביו, והזדהות זו מובילה אותו לפתח משיכה כלפי גברים. אך משיכה זו אינה עוצמתית (אנ) -

כלומר הוא לא כ"כ אוהב גברים, הוא מפחד מנשים. וכמובן, כמו הרבה הומוסקסואלים הוא מן דוד כזה, הוא מייעץ לנשים, כולן אוהבות להתייעץ איתו. נשים אוהבות להתייעץ איתו, כי הוא גבר מאוד מסוגל לעזור ולא מסוכן. בלי לדעת את זה, כל פעם זה מתפרש לו מחדש.

המאפיינים של האב לבדם אינם מספיקים להיווצרות של הומוסקסואליות. לאלה מתווספים גורמים אחרים כמו אווירה פתיינית בבית מצד האם או מצד האחיות, היות האם בעלת מאפיינים גבריים, ויותר מכל – התעללות מינית מצד בן אותו מין. אך בהרבה מקרים ההתעללות המינית באותו מטופל אינה מקרית, מכיוון שהוא משדר את הבלבול המיני שלו, והמתעלל מרגיש שהוא יוכל לנצל אותו. גורמים אלה חוברים יחד להיווצרותה של משיכה הומוסקסואלית, וניתן להתחקות אחרי גורמים אלה והדינאמיקה המשפחתית באמצעות אנליזה מעמיקה וארוכת-שנים.

### **הדינמיקה של התפתחות משיכה הומוסקסואלית בעקבות הזדהות עם האם**

כיצד גורמים חוסר היכולת להזדהות עם האב ומאידך - ההזדהות עם האם, להתפתחותה של משיכה הומוסקסואלית? יש מהמטפלים שלא מרגישים צורך להסביר תהליך זה, מכיוון שהוא נראה מובן מאליו – חוסר הזדהות עם האב מונע מהילד לאמץ לעצמו את הדמות שאליה מופנה הליבידו של האב (נשים), ומאידך הזדהות עם האם יוצרת הזדהות עם התשוקות שלה, ומכיוון שהיא משתוקקת לגברים - גם הילד מזדהה עם מושא התשוקה הזה ומתחיל להימשך לבני מינו. אך מטפלים אחרים אינם מסתפקים בתהליך דינאמי זה, והם מבססים את פיתוח הזהות ההומוסקסואלית על גורם נוסף – תיאוריית (EBE) Exotic Becomes Erotic של דריל בם (Bem, 1996). מטפלים אלה מצדדים בפלאסטיות של הנטייה המינית, ובכך שמבחינה גנטית וביולוגית אין לנטייה המינית אפיק מוגדר. הם סבורים שהדרך שבה מקבלת האנרגיה המינית אוריינטציה היא באמצעות משיכה אל האקזוטי והפחות מוכר (אנ) –

בעקבות זה הילד לא מתעסק עם דברים שימצאו חן בעיני האבא, הוא מתעסק בדברים שמוצאים חן בעיני אמא, הוא מחפש את זה. הוא מחפש להיות כמו אחיות שלו, זה יכול להביא קצת למצב הזה שהוא יותר מרגיש שלם עם בנות. והבנים הופכים להיות מה שאתה אמרת – EBE. יש בו צד כזה, שהוא לא רוצה להיות כמו אבא, כמו גבר בגלל...

כלומר ילד שלא מזדהה עם אביו אלא עם אמו מתחיל לאמץ לעצמו דפוסי התנהגות ותחומי עניין נשיים. מתוך כך הוא נמשך לחברת בני המין השני במקום לחברת בני מינו, והבנות הופכות להיות המוכר והבטוח מבחינתו. הבנים לעומת-זאת הם החלק הבלתי-מוכר והאקזוטי, וכתוצאה מכך מתפתחת כלפיהם משיכה מינית. לפי

תפיסה זו לא ההזדהות לכשעצמה משפיעה על המשיכה המינית אלא תהליך חברתי של הצטרפות לחברת נשים היא הגורם המתווך. תיאוריה זו תואמת היטב לממצא הבולט ביותר לגבי הומוסקסואלים שלרוב הם התאפיינו בילדותם בהתנהגות ותחומי עניין נשיים, ומצאו את עצמם לרוב בחברת בנות המין השני ולא בחברת בני מינם (ראה מבוא).

מעניינת העובדה שמטפלת אחרת הציגה גישה הפוכה בתכלית, לפיה הסיבה של חלק מההומוסקסואלים להעדיף לקיים יחסי-מין עם בני מינם היא דווקא משום שהשטח הזה הוא שטח בטוח עבורם, והם יודעים כיצד לענג את בן-הזוג, מה-שאיין-כן במצב שבו הם נדרשים לענג את בן-המין השני שאת תכונות גופו הם לא מכירים (בק)–

יש להם חרדה איזושהי חרדה ממהו ששונה מהם. יש להם תחושה של נוחות עם משהו שהוא כמוהם. ולכן הם הרבה יותר קל להם עכשיו הם אנשים שהם מאוד פרפקציוניסטים, הם לא יעשו משהו שהם לא מבינים ולא יודעים בדיוק איך. עכשיו המין השני הוא לא ברור, המין שלהם הוא מאוד ברור להם, הרבה יותר קל להם לדעת איך לענג אשה, אם זה גבר איך לענג גבר, או איך אני אתענג, יש איזושהי דומות שהיא מרגיעה בשבילם

המטפלת ציינה שמדובר בתופעה שהיא פוגשת בקליניקה לא מעט ולא דווקא אצל מטופלים הומוסקסואליים, אלא שאצל הומוסקסואליים הנתיב של הפרפקציוניזם שהם בחרו לעצמם הוא משיכה לבני-אوتו-המין, ועל-ידי-כך הקטנה של האי-ודאות. לכאורה גישה זו הפוכה בתכלית, אך בהחלט ייתכן ששתי הדינאמיקות אפשריות אצל אנשים שונים, ואצל כל מטופל תתרחש דינאמיקה אחרת בהתאם לתכונות האישיות שלו ולקונסטלציה המשפחתית הייחודית לו.

## שיטת הטיפול הפסיכולוגי

הגישה הטיפולית בתחום זה לרוב נגזרת מהאופן שבו תופסים את המיניות – כמציאות קשיחה ובלתי-ניתנת-לשינוי או כדבר פלאסטי. בסעיף זה נציג את שיטות הטיפול השונות שנמצאו אצל המטפלים שבמחקר, ונעמוד על הקשר בין השיטה לתפיסת האטיולוגיה של ההומוסקסואליות. רוב המטפלים נוטים לשלב בין גישות טיפוליות שונות, אך יש גם הקנאים לגישה שלהם ורואים בשאר הגישות בזבוז זמן וחוסר יושר כלפי המטופל. שני מטפלים מבין המרואיינים התייחסו לגישות השונות מהגישה שלהם בזלזול, על-אף ששני מטפלים אלה הם בגישות הפוכות בתכלית: אחד מהם הוא מטפל בגישה הפסיכואנליטית הקלאסית הסבור שרק אנליזה מעמיקה של שנים רבות מסוגלות 'להתחרות' בצורה רצינית עם המציאות החיצונית, ורק היא יכולה להביא לשינוי פנימי ומהותי בנטייה המינית. האחר הוא מטפל בגישה שפותחה על ידו הדומה מאוד לגישה התנהגותית-קוגניטיבית. מטפל זה רואה את השיטות הפסיכו-דינמיות כרמאות ובזבוז זמנו וכספו של המטופל, מכיוון שהן מתעסקות בבעיה במקום להציע למטופל דרכי התמודדות מעשיות שבהן הוא יוכל להגשים את מטרותיו.

### הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית

חלק מהמטפלים שרואיינו משתמשים בכלים קוגניטיביים-התנהגותיים על מנת להביא לשינוי במשיכה המינית, אך על-אף הסטיגמה הקיימת בציבור ביחס לטיפול התנהגותי בהומוסקסואליות - אף לא אחד מהם השתמש בשיטות התנהגותיות של ענישה או התניה שלילית, אלא רק בהתניות חיוביות –

צד אחד של העניין זה שבו הבחור מתבקש לעשות את כל מה שהוא עשה מבחינת התחברות לבנים לעשות את זה עם הצד של בנות. כלומר אם הוא רק דמיון על בנים, הוא מתבקש רק לדמיון עם בנות... מה שלא עשה – שיהיה לזה מקבילה אצל בנות, מתוך הבנה שהמיניות שלנו היא גם מעין זרם של אנרגיה, אם תרצה לומר במונחים אנרגטיים, זרם של אנרגיה, שכמו מים חוצב לו דרך בסלע. אז יש לו איזשהו דרך שהוא כבר התרגל לזרם שמה, והכוונה היא לחצוב לו עוד דרך אחת שהוא ילך בה.

החלק הקוגניטיבי הוא שימוש בשיטות של דמיון מודרך, ואילו החלק ההתנהגותי משתנה בין המטפלים השונים וכולל שימוש באמצעים החל מהסתכלות על נשים ברחוב ופיתוח דו-שיח עם אשה, דרך עיצוב התנהגות באמצעות כלכלת אסימונים והרפיה ברגעים של עוררות מינית, ועד אוננות וקיום יחסי-מין הטרוסקסואליים. ברוב המקרים ניתנות המשימות כשיעורי-בית, אך ישנם מטפלים שמציעים טיפול התנהגותי באמצעות סרוגייט. ההנחיה הקוגניטיבית-התנהגותית היא לעורר את הדחף המיני כלפי המין השני, וההנחה היא שפעולות חיזונית והקוונה קוגניטיבית מודעת גוררות אחריהן את הדחפים. העוצמה של החוויה הנדרשת היא לפי החוויות

שהמטופל כבר חווה באפיק ההומוסקסואלי, וזאת בכדי שהחוויה ההטרוסקסואלית תוכל להיות מפתה מספיק בשביל להטות אליה את זרם המיניות.

יחד עם הפעולות ההתנהגותיות שנועדו לעורר את המיניות ההטרוסקסואלית נדרש מהמטופל ברמה הקוגניטיבית להתרכז בחוויה החדשה ולנסות למצוא את ה-'איכות הבידורית' שלה, כלשונו של אחד המטפלים שתיאר את החוויה האישית שלו בפיתוח יכולת ליהנות מדברים שקודם הוא התרגל והתחנך שלא ליהנות מהם –

...נעשיתי שחצן בלמידה, ומה שהייתי מתלבש הייתי מפצח אותו, כי הייתי עוקף את הקֶש חושֶקש ההתחלתי, רוכש את היכולת, ואחרי שאתה ב"תרבות הלומדת" מה שאתה מתלבש אתה מקבל "איכות בידור". "איכות בידורית" אני קורא לזה. (ליהנות מזה?) כן. תשמע אני למדתי ליהנות מהמוזיקה של הבן שלי, הוא מייצר טרנס

היכולת להתרכז ולנסות פעם אחר פעם למצוא את הנקודה של ההנאה דורשת מהמטופל תעצומות נפש, ולכן תחילתו של התהליך הטיפולי לפי הגישה הזו היא בפיתוח הכוחות של המטופל והאמונה שלו ביכולת שלו להתמודד ולהשיג את מה שיחפוץ בו. מטפל אחד מנפה חלק מהמטופלים מהטיפול אם הם לא מראים את היכולת לקחת על עצמם משימות ולהיות חלק מה'תרבות הלומדת', אך רוב המטפלים שהולכים בגישה הזו פועלים בצורה הדרגתית ומפתחים את האמון של המטופל בעצמו באמצעות משימות ניתנות להשגה.

### טיפול התנהגותי קוגניטיבי מתוך תפיסת המיניות כפלאסטית

חלק מהמטפלים המשתמשים בשיטות התנהגותיות קוגניטיביות סבורים שהמשיכה המינית היא תופעה פלאסטית, והמיניות היא זרם של אנרגיה שניתן להטותו להיכן שרוצים. כיוון שכך ניתן להטות את המשיכה המינית לכיוונים שונים ולפתוח נתיבים אחרים של הנאה מינית. הם מדווחים על הצלחה כמעט בכל המקרים בפיתוח משיכה מינית 'חלופית' למשיכה שהמטופל הציג כבלעדית בכניסתו לטיפול. מטפלים אלה טוענים שבמקביל להתחזקות המיניות ההטרוסקסואלית תחול ירידה בעוצמת הדחפים ההומוסקסואליים, כיוון שהמשאבים של הדחף המיני יופנו לאפיק אחר -

הדרך הראשונה שהוא הלך בה היא קצת תיסתם ויחד איתה הפנטזיה ההומוסקסואליות יתמסמו קצת, בגלל הפירוש וההבנה שלהם הם יתמסמו. זרם אחר של מיניות יתחיל לזרום, זה יחפור לאט לאט... כי באמת לפתח עוד צד בכל סוגי המיניות זה הרבה יותר קל מאשר לצאת מצד אחד. לפתח עוד צד אחד זה קל.

גם לפי מטפלים אלה אין מדובר בדיכוי מוחלט של המשיכה ההומוסקסואלית. פתיחת נתיב חדש לבדה אינה מבטלת לגמרי את קיומו של הנתיב הישן, אך היא עונה על המטרה לשמה הגיעו חלק מהמטופלים לטיפול – התפתחות של מיניות הטרוסקסואלית השווה בעוצמתה לעוצמת המשיכה ההומוסקסואלית שנחותה לפני

הטיפול. ההתמודדות עם המשיכה ההומוסקסואלית הנותרת, דומה מבחינתם להתמודדות עם הרבה פנטזיות לא ממומשות שכל אדם חווה במהלך חייו כל עוד יש לו אפיקים אחרים לניתוב האנרגיה המינית –

וזה לא תמיד הולך עד הסוף, לפעמים נשארים שבבים, זכרונות, במיוחד אם היה משהו מעשי, אז נשאר איזה-שהם דברים, אבל עקרונית זה כבר לא כ"כ מציק. זה קיים באיזשהו מקום, כמו שאדם יכול ללכת לעבודה ויש איזשהו מזכירה יפהפה, זה יכול לבוא למחשבות, אבל אני נאמן לאשתי.

ההתמודדות עם הפנטזיות האלה היא אפשרית הודות להתפתחות של אפיק אחר אליו אפשר להפנות את האנרגיה המינית. מטופל הפונה חזרה אל האפיק ההומוסקסואלי עושה זאת מתוך בחירתו ולא מתוך הכרח לפנות אל נטייתו הטבעית, ועל-כן ההימנעות מפניה שכזו אפשרית.

### **טיפול התנהגותי קוגניטיבי מנקודת ביניים שבין פלאסטית לקשיחה**

מטפלים אחרים העובדים בגישה התנהגותית-קוגניטיבית יוצאים מנקודת מוצא שהוגדרה לעיל כעמדת ביניים בין תפיסה קשיחה לתפיסה פלאסטית. לפי תפיסתם אמנם המיניות ביסודה היא קשיחה, אך גם אצל ההומוסקסואלים קונסטיטוציוניים אפשר כמעט תמיד לפתח משיכה מינית חלופית, וכך הוא גם המצב בכל נטייה מינית -

יכול להיות שאחרי זה הם יגידו וואוו, זה באמת אופציה. נכון שההעדפה שלנו היא לחיים הומוסקסואלים, אבל גם באפשרות ההטרוסקסואלית יש לי אפשרות להתגרות, יש לי אפשרות ליהנות, אמנם לא באותן עוצמות, אבל יש רווחים אחרים שהם שווים לי.

על-אף שמטפלים אלה מאמינים בקיומה של נטייה מינית קונסטיטוציונית, הם בכל-זאת סבורים שהמיניות איננה פלאסטית לגמרי, ולמרות הנטייה הטבעית ניתן לפתח אפיקים מקבילים של הנאה מינית שדרכם יוכל המטופל להגיע להנאה מינית ופורקן. יחד עם זאת, מטופל שהוא באופן קונסטיטוציוני הומוסקסואל לא יוכל לחוות את אותה עוצמת משיכה כלפי בני המין השני, וגם אחרי הטיפול יישאר פער בין העוצמה של המיניות ההומוסקסואלית לעוצמה של המיניות ההטרוסקסואלית.

לפי הגישות שהובאו בסעיף זה אין כל חשיבות למקור ההומוסקסואליות של המטופל. בין אם המקור שלה הוא אירוע בעבר או חרדה ובין אם המקור הוא קונסטיטוציוני, הטיפול הוא אותו טיפול. כמו בטיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים קלאסיים, המוקד של הטיפול הוא לא הגורמים שהביאו למצב הנידון אלא מה משמר

את המצב כפי שהוא (Friedberg & McClure, 2002), והמטפל מכוון לאופן שניתן לשנות את הדינאמיקה המשמרת את התופעה –

גם כשאני מדברת שואלים אותי למה זה ומה זה? אנחנו לא יודעים יש נשים שאפשר לדעת שהייתה איזו... לא משנה... ואנחנו גם את זה לא נוכל לדעת לעולם. זה גם לא מעניין אותי. הטיפול עובד גם אצל זאת גם אצל זאת, גם אצל זאת. מה זה משנה כ"כ? העיקר שהסימפטום נעלם והם יכולים להמשיך עם החיים שלהם.

מרואינת זו תיארה קודם לכן גורמים שונים שיכולים להביא לידי הומוסקסואליות, החל מחרדה, דרך אירועים טראומטיים ועד לחוסר היכרות עם בני-המין השני, אך היא מסכמת שבפועל אין כל הבדל ברציונאל הטיפולי, מלבד הבדלים בינאישיים שקיימים בכל טיפול גם כאשר מדובר במדריך (manual) טיפולי מוגדר. בסופו של דבר הפלאסטיות של הנטייה המינית, גם אם היא מוגבלת, היא הבסיס שעל-גביו נבנה הטיפול ההתנהגותי, ומכיוון שלפי מטפלים אלה היא קיימת בלי קשר למקור ההומוסקסואליות – אין טעם להעמיק בבירור מקור הנטייה.

#### **טיפול התנהגותי-קוגניטיבי מתוך תפיסת המיניות כקשיחה**

מטפלים אחרים שנוקטים בגישה התנהגותית-קוגניטיבית אינם דוגלים בפלאסטיות של הנטייה המינית אלא מחזיקים בעמדה לפיה המיניות היא קבועה ובלתי ניתנת לשינוי. תפקיד הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי איננו לפתח אצל המטופל אפיקים חדשים של הנאה מינית אלא לסייע לחשוף את ההטרסקסואליות החבויה. ברמה הראשונית ביותר המטפל מנסה לעורר את תשומת-לבו של המטופל לעובדה שיש לו משיכה לא רק כלפי גברים אלא גם כלפי נשים. לעתים עוצמת המשיכה כלפי גברים מאפילה על קיומה של משיכה כלפי נשים, ויוצרת אצל המטופל תחושה שהוא הומוסקסואל באופן מוחלט, בעוד שהפְּנִיָה של תשומת-לב או ניסויים פרקטיים פשוטים (להסתכל על נשים ברחוב, לשבת ליד אשה באוטובוס וכדו') מתוך הנחיה לשים-לב לתחושות שמתעוררות, יִרְאוּ למטופל שבעצם יש לו גם משיכה כלפי נשים. גם מטפלים שאינם דוגלים כלל באפשרות של שינוי הנטייה משתמשים בהנחיות אלה לבדיקת המיניות של המטופל –

אז אפשר יהיה להתייחס לזה שיש לו גם נטיות כאלה וגם נטיות כאלה, ולא רק כפי שהוא תפס את עצמו שהוא רק כזה. הייתה לו במובן מסוים טעות קוגניטיבית, ובמהלך הטיפול היה אפשר לראות שזה לא רק נטייה מינית כלפי גברים, אלא יש לו עוד נטיות כלפי נשים. ויכולנו לבחור, עכשיו שהוא ידע.

מתוך התובנה החדשה הזו נפתחות אפשרויות שעד כה נחשבו חסומות בפני המטופל. המטפל איננו מכווין את המטופל לבחור בדרך זו או אחרת, אך הוא מראה לו שפתוחות בפניו אפשרויות אחרות, ומאפשר לו חופש בחירה במקום שבו הוא הרגיש כפוי. השאיפה של המטפל היא שהמטופל יוכל לבחור לעצמו זהות מתוך מגוון אפשרויות זה, ולא בהכרח שהוא יעדיף את הזהות ההומוסקסואלית שהוא החזיק בה לפני שהתוודע לנטיות המגוונות שלו (טיפול ספציפי זה למשל, נקטע כאשר המטופל התוודע לנטיותיו השונות, אך לפני שהוא גיבש לעצמו זהות מחדש).

מטפלים התנהגותיים-קוגניטיביים אחרים מתארים מקרים שבהם לא היה די בלעורר תשומת-לב של המטופל לכך שיש לו גם משיכה הטרוסקסואלית, והיה צורך להיכנס עם המטופל לעובי הקורה של המשיכה ההומוסקסואלית ולברר יחד איתו את המקור של המשיכה שהוא מוצא כלפי בני-מינו –

וכשהם נכנסים לעובי הקורה, בעצם אני רואה שיש שם הזדהות יש שם רצון להיות בגוף האחר, ולא משיכה לעולם ההומוסקסואלי, ולתכנים ההומוסקסואלים, ולחיים הומוסקסואלים ולמין הומוסקסואלי. אז זאת היא עוד קבוצה, שמה שאני בעצם אומרת לך היא שהם לא הומוסקסואלים. מה שעושים איתם בטיפול הוא חושפים את ההטרוסקסואליות שלהם, שנמצאת שם.

אצל חלק מהמטפלים החשיפה של המקור להומוסקסואליות איננה פסיכודינמית מעמיקה, והם אינם חותרים עם המטופל לשורשים של הצורך שלו בהזדהות עם הגוף של האחר. מדובר בחשיפה של הצורך של המטופל **בהווה** המספקת למטופל תובנה מסוימת על הרגשות וההתנהגות שלו. מתוך כך רואה המטופל שההומוסקסואליות שלו מבטאת צורך נפשי אך לא מיני, ולאחר תובנה זו ניתן למטופל טיפול התנהגותי-קוגניטיבי לחשיפה של הנטייה המינית הפנימית שלו. התובנה של המטופל מסייעת לו להתמיד בטיפול ההתנהגותי, ולחשוף לדברי מטפלים אלה את הנטייה האמיתית שלו שמאחורי מנגנוני ההגנה שהוא פיתח לעצמו.

#### **אמצעים התנהגותיים בשימוש של מטפלים דינמיים**

גם מטפלים עם אוריינטציה דינאמית נעזרים בכלים התנהגותיים-קוגניטיביים, ולפעמים מפנים לטיפול כזה לצורך 'הסרת מחסומים', כאשר הם רואים שאין די בתובנה הפסיכודינמית בשביל לשחרר את המטופל מהמשיכה ההומוסקסואלית. יחד עם זאת, החלק ההתנהגותי אצל מטפלים אלה הוא חלק משני בהשוואה לחלק הדינאמי, ועיקר תכליתו היא לאפשר למטופל להעז להיפגש עם החלקים ההטרוסקסואלים שבו, שעד כה הוא נמנע מהם בגלל חרדות וכדומה -

יש מקרים שאני מפנה אותם לסרוגיט תרפי. אתה יודע מה זה? עם טיפול דינמי. השילוב היה טוב. יש סרוגיט תרפי בארץ... לפעמים שולח כן, אני חושב שזה יכול להשלים את העניין,



לקדם במשהו. (כי אתה מזהה שזה חרדה או?) קודם כל אני מזהה שאדם לא מעז, ובתנאים של סרוגייט זה תנאים טיפוליים... אתה יכול עם גישה טיפולית לעשות טיפול מכאן והלאה.

#### היבטים דתיים של השימוש בכלים קוגניטיביים-התנהגותיים

מאחר וחלק מהמטפלים וחלק ניכר מהמטופלים בתחום זה הם דתיים, הדגישו מספר מטפלים את העובדה שהם נעזרים ברבנים על-מנת להנחות אותם מבחינה הלכתית ורוחנית בדברים האסורים והמותרים בטיפול זה –

יש כל מיני סוגים של היתרים, שקיבלתי מרבנים מאוד רציניים. ויש כאלה שלא מקבלים את ההיתרים האלה, ואז מתווכחים ומסבירים שלצורך זה מותר לעבור על רמות מסוימות של עבירות בהלכה.

שיטות הטיפול הקוגניטיביות-התנהגותיות מתעסקות במיניות עצמה ולכן בתחום זה הן נחשבות בעייתיות יותר מבחינה הלכתית מאשר שיטות דינאמיות ששמות את הדגש על תובנות ביחס לגורמים משפחתיים ואירועי חיים שהובילו אל הנטייה. על-כן חלק מהמטפלים דתיים המשתמשים בשיטות אלה מרגישים מחויבות הן מצד עצמם והן מצד המטופלים שלהם לקבל חוות-דעת הלכתית על הכלים הטיפוליים. נקודת המוצא ההלכתית המקלה היא שהמטרה של הקמת-משפחה הטרוסקסואלית והבאת ילדים לעולם (מצוות פריה-ורביה) הם חיוב הלכתי גבוה יותר שיש בכוחו להתיר מה שהוא בגדר איסור במצב רגיל. כמו כן, עצם ההימנעות מיחסים הומוסקסואלים מצדיקה לפי הרבנים הנ"ל את הכניסה לבעיות ההלכתיות של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, וזאת בשל החומרה של יחסים הומוסקסואליים לפי ההלכה. המטפלים הדתיים המשתמשים בשיטות אלה סבורים שהכלים ההתנהגותיים-קוגניטיביים הבעייתיים מבחינה הלכתית הם חלק הכרחי מהטיפול, וחלק מהמטפלים אף סבור שיש הכרח טיפולי לעשות אקטים הטרוסקסואלים השווים בעוצמתם לאקטים ההומוסקסואלים על-מנת להגיע לשינוי מהומוסקסואליות להטרוסקסואליות. לכן יש לדעתם להתיר שימוש בכלים אלה.

מטפלים דתיים אחרים מתייחסים לנקודה זו בהיבט נוסף, והוא החוויה שהמטופל יצטרך לעבור במהלך ביצוע האיסור ההלכתי, שיכולה להיות טראומטית מבחינת המטופל ואי-לכך לא לסייע מבחינה טיפולית –

בכל הכלים המקצועיים האפשריים, והמותרים, והמותרים, וחשוב שיהיה מותרים למטופל, אני לא רוצה להכניס אף אחד למקום שהוא לא בריא לו, או שיכניס אותו לקונפליקט נוסף כיוון שהוא גובל באיסור הלכתי ובסופו של דבר רק מגביר את הקונפליקט שהוא מצוי בו

חלק מהמטופלים המגיעים לקליניקה אינם כאלה שהתנסו במיניות הומוסקסואליות בחייהם, והחוויה של איסור הלכתי היא קונפליקטואלית מאוד עבורם. לגבי מטופלים כאלה מפעיל המטפל שיקול דעת שכולו טיפולי

**ולא הלכתי**, שבו הוא שוקל את המשמעות הנפשית שיש לאיסורים עבור המטופל. העובדה שהמטפל קיבל היתרים הלכתיים עבור פעולות טיפוליות התנהגותיות לא ירגיעו את המטופל, ומתוך כך בוחן המטפל את הנזק מול התועלת.

יחד עם זאת, כמעט אצל כל המטפלים ישנה חפיפה בין מה שהותר להם מבחינה הלכתית לבין מה שלדעתם נחוץ מבחינה טיפולית. כלומר לא היה אף מטפל שאמר במהלך הראיון שלדעתו מבחינה טיפולית נחוץ מעשה מסוים, אך כאשר שאל רב נאמר לו שהדבר אסור. הרושם שנוצר הוא שההשפעה בין התפיסה הטיפולית לפסק ההלכתי היא דו-כיוונית, כלומר מטפלים שמרנים יותר מבחינה דתית (לפי ההתרשמות שלי) נוטים יותר לשיטות דינמיות בתחום זה ואינם רואים כמעט צורך בשיטות התנהגותיות, בעוד שמטפלים ליברלים יותר מבחינה דתית לרוב רואים צורך בשיטות התנהגותיות ואף רואים בהם מרכיב מרכזי בטיפול. אך גם המטפלים השמרנים ביותר משתמשים בשיטות התנהגויות מסוימות, כמו הסתכלות על נשים ברחוב, תשומת-לב למה מושך את תשומת-הלב שלו בנשים שהוא נפגש איתן, או עוררות מינית דרך דמיון.

### **הגישה הפסיכואנליטית והפסיכודינמית**

יותר ממחצית מהמטפלים שרואיינו לצורך המחקר מגדירים את עצמם כמטפלים פסיכואנליטיים או פסיכו-דינמיים, החל מפסיכואנליזה קלאסית וקלייניאנית, דרך הגישה הרפראטיבית ועד לפסיכולוגיית העצמי. מטפלים אלה תופסים את המשיכה המינית כנתון קשיח שאינו ניתן לשינוי, אלא שחלקם סבורים שהנטייה הטבעית של כל בני-האדם היא הטרוסקסואלית, ואחרים סבורים שמי שנמשך לבני-מינו נטייתו הטבעית היא הומוסקסואלית. רוב המטפלים הללו אינם משתמשים כלל בשיטות התנהגותיות-קוגניטיביות, ומיעוטם משתמשים בשיטות אלה כחלק משני בשביל לנטרל מכשולים והגנות. כמחצית מהמטפלים הדינמיים שרואיינו במחקר מכוונים את מהלך הטיפול בעקבות הרצון של המטופל להשתנות ולשנות את המשיכה המינית שלו, ואילו המחצית השנייה תיארה את הטיפול כטיפול רגיל כמו כל טיפול אחר –

הטיפול הוא כמו כל סוגי הטיפול, כל דבר צריך האדם לראות אותו, זה לא תהליך מהיר – זה לוקח זמן, זה שונה מאדם לאדם

מטפלים אלה לרוב אינם מאמינים באפשרות של שינוי הנטייה ההומוסקסואלית, ולכל היותר נתקלו במהלך הטיפולים פה ושם בשינוי של הנטייה המינית. אך ישנם גם מטפלים המעניקים טיפול רגיל לגמרי ובכל זאת סבורים שהאפשרות לשינוי נטייה מינית היא תוצאה סבירה של טיפול פסיכודינמי מעמיק שמטרתו 'להחזיר את האדם לשורשו'.

**טיפול רפראטיבי**

בתוך קבוצת המטפלים הדינאמיים כמחצית מהמטפלים עובדים לפי גישתו הרפראטיבית של ניקולוסי, המתמקדת במשיכה המינית אך שמה יותר דגש על היחסים בתוך המשפחה, ובמיוחד יחסי המטופל עם אביו. בהסתכלות רחבה על השיטה הרפראטיבית ניתן לראות שהיא מורכבת מפסיכואנליזה קלאסית, טיפול קוגניטיבי וטיפול נרטיבי. המטפלים בגישה זו כמעט ואינם משתמשים בכלים התנהגותיים, מתוך תפיסה דינאמית שהטיפול הטוב ביותר הוא טיפול בשורש התופעה ולא בסימפטומים ובדחפים הרפראטיביים הנובעים ממנה.

כפי שנוכר בחלק המבוא, ניקולוסי מדגיש את היעדר האינטימיות ביחסים שבין הילד לאביו, וכתוצאה מכך הילד מתפתח להיות אדם שאינו מחובר לרגשות שלו החרד שכל היפתחות רגשית מצדו תביא לבושה בלתי-נסבלת. במהלך הטיפול עוסקים המטפלים בכאן ועכשיו, ומאתרים עם המטופל רגעים שבו הוא חש תחושה עמוקה של בושה וחוסר-אונים ללא מוצא (double-bind). המטופל מתבקש להישאר עם התחושה הזו, לתמלל אותה, ולהתבונן ברגשות שעולים בו כשהיא מתרחשת –

הוא חי את זה זה בחדר. אנחנו רק מדברים על זה ואז אנחנו עושים משולש. בפינה אחת אני רוצה שאתה תחשוב על מה שקרה, אתה מול הבוס שלך, ויש לך צרור מפתחות ביד שלך, ואתה מסתכל בבוס. מצד שני, אני רוצה שאתה תעשה סריקת גוף, ואתה תגיד לי את כל התחושה שאתה מרגיש, אוקיי, בגוף. ודבר שלישי תיצור קשר עין אתי, שאני אתך. ממש קשה לעשות באותו זמן שלושה דברים האלה באותו זמן.

ההנחה של ניקולוסי המתאמתת בטיפול לפי ניסיונם של מטפלים אלה היא שברגעים שבהם תחושות הבושה והנחיתות הם בשיא עוצמתם – המשיכה ההומוסקסואלית מתגברת. הפירוש של ניקולוסי הוא שברגעים אלה מתחזקת המשיכה כיוון שמקורה של המשיכה ההומוסקסואלית הוא בדחף רפראטיבי להתמודד מול רגש נחיתות ולהשלים את היגבריות' החסרה. הגישה הרפראטיבית מדגישה את החוויה הגופנית הנלווית לתחושה הנפשית, והמטפל מבקש מהמטופל לאתר את הנקודה המדויקת בגוף בה הוא מרגיש את החוויה.

במהלך הטיפול התחושות הללו עולות גם בחדר הטיפול עצמו בין המטופל למטפל, וכאן תפקידו של המטפל הוא לאפשר למטופל לשהות עם התחושות הללו ולא לברוח מהן כפי שהוא בדרך-כלל בורח מרגשות ואינטימיות. המטופל מתבקש לנסות ולהיזכר מתי הוא הרגיש את התחושה הזו קודם לכן, איך התחושה הזו קשורה לעבר שלו וליחסים שלו עם אנשים אחרים, כשהשאיפה היא לחזור לתחושות שאבא שלו גרם לו להרגיש כשהפעם במקום להשתמש במנגנון הגנה של בריחה מהתמודדות. המטופל מתבקש לשם שינוי להישאר עם החוויה ולחיות אותה –

שהוא מרגיש תחושה של תשוקה למישהו, מי עוד גרם לכם בחיים להרגיש ככה? הוא אומר אבא, ובוכה. לא תמיד – לפעמים זה גם חבר שלו שקראו לו מלים קשות, אבל חוזרים למשהו

בעבר, מתחילים עם משהו שקרה בהווה, כשאני רואה שהוא עכשיו עם האפקט, עם הרגש, אני שואל אותו, אתה מרגיש את זה בגוף, איפה אתה מרגיש את זה? ... אני אומר לו שאני שמעתי שאתה חווית את זה עם אבא ועם החברה, ומרגיש את זה גם חווית את זה גם בכיתה ג', זה קורה גם אצלי? יש פעמים שאני גורם לך להרגיש ככה? מדברים על זה וזה כאן ועכשיו. ממש מנצלים את היחס, זה סבה למה קשר עין זה כ"כ חשוב. כי הוא יודע שאנחנו נמצאים ביחס, בקשר. גם הם מחפשים אינטימיות הרבה פעמים. זה אותה תחושה.

החוויה מחדש של הרגעים המשמעותיים עם האב היא מרכיב מרכזי מאוד בטיפול. המטופל חוזר אל הרגעים האלה וקעת חווה אותם בלי להימלט מהם, עם עזרה מאדם אחר שאיתו יש לו קשר אינטימי. הוא לומד להתמודד עם החשש מפני פגיעות שהרגיל אותו לברוח מסיטואציות אינטימיות. המרכיבים האלה עוזרים למטופל להבין את עצמו, ומסייעים לו לפתח את האישיות והעצמאות שלו.

המרכיב הקוגניטיבי של הטיפול הרפראטיבי מתייחס לתחושת הבושה האופפת את המטופל בכל מקום שהוא מזהה אפילו רמז קל שבקלים על זלזול בו. רגש הנחיתות המייסר מפתח אצלו התייחסות עצמית המבוססת על בושה (SBSS, shame based self statement), שמשמרת את רגש הנחיתות. חלק מהתהליך הטיפולי כולל הדרכה להתמודדות עם הרגשות הללו, ע"י זיהוי עיוותי חשיבה, טכניקות של בחינת האמינות של המחשבה והעלאת אפשרויות אחרות להסבר. מכיוון שהמטופלים ההומוסקסואלים נוטים לבושה ואשמה, המטפל מדריך את המטופל לאתר את המחשבות הללו ולכוון את עצמו למחשבות מפחיתות אשמה ויותר בכיוון של אֶבֶל (grief) על המצב הקיים –

מישהו במגרש כדורסל ואנשים צועקים והוא לא תופס את הכדור, אז הוא מרגיש 'אני לא יודע לשחק', האם זה נכון או לא נכון? במקרה הזה זה כן נכון. למה זה נכון? מישהו לימד אותך איך לשחק? היה לך אבא שממש אמר לך ככה אתה משחק או חברים או אף פעם? אז זה מוביל את הבן-אדם לתהליך של אבל, הוא מתאבל על זה, ואחרי שהוא מרגיש שהוא מתמודד עם רגשות שלו, זה מחזיר אותו לאסרטיביות

כאשר אדם מתבייש הוא כועס על עצמו ואינו מוכן לקבל את עצמו כפי שהוא וחש חוסר-אונים. אצל הומוסקסואלים התחושה הזו מובילה למשיכה לבני-מינם בתור רצון להשלים ולתקן את החסר בהם. ההסבה של הרגש מבושה לאבל הופכת את הבושה כלפי עצמי לרגש של עצבות המאפיין אֶבֶל, ולרגש של כעס כלפי אחרים. תחושות אלה מחזירות את האדם בסופו של דבר לאסרטיביות, ומקטינות את המשיכה ההומוסקסואלית.

לסיכום, לפי הגישה הרפראטיבית, התובנות הפסיכודינמיות המובילות להתפתחות העצמאות של המטופל יחד עם נטרול עיוותי החשיבה, יביאו את המטופל לתחושה של שלמות וקבלה עצמית, מה שיפחית את הצורך שלו בהשלמה מבחוץ, ובמקביל תפחת המשיכה ההומוסקסואלית.

חלק מהמטפלים הרפראטיביים משתמשים באלמנטים מהגישה הנרטיבית. אלמנט מרכזי שנזכר גם בספרו של ניקולוסי (Nicolosi, 1997) ומאפיין את כלל המטפלים הרפראטיביים שרואינו הוא החצנת הבעיה (externalizing conversations). כפי שנזכר לעיל, המטפלים הרפראטיביים מציינים שבמצבים של בושה ומבוכה ישנה התגברות של המשיכה ההומוסקסואלית. במהלך הטיפול המטופל מתבקש להתבונן בסיטואציה שדבר זה מתרחש, ומאידך לשים-לב לרגעים שבהם המשיכה ההומוסקסואלית נמצאת בשפל. בשלב הראשון אין מחפשים רגעים של משיכה אל המין השני, אלא רק את הרגעים שבהם המשיכה איננה מטרידה את מנוחתם והם מרגישים אותה חלשה יותר וקלה יותר להתמודדות. התבוננות ברגעים משני הסוגים מחדדת למטופל את הגורמים למשיכה ההומוסקסואלית, אך לפי עקרונות הגישה הנרטיבית גם מחצינה את הבעיה ומאפשרת למטופל להסתכל עליה מנקודת מבט לפיה הוא לא הבעיה, אלא הוא מתמודד עם הבעיה –

מסתכלים על זה, והם אף פעם לא חשבו על זה שלפעמים זה יותר ולפעמים זה פחות. תמיד חשבתי שזה דבר נורא וזו בעיה נוראית, אולי אני הומו ואין לי אור, אין לי משהו לחיות בשבילו, אנחנו מתחילים לדבר על זה, ואנחנו רואים שיש דפוסים, יש לי נצחונות על זה. **והדבר החשוב ביותר שהם רואים את הבעיה מחוץ להם, זה צעד ענק, זה קורה בהדרגתיות.** זה האחד מהדברים שעובדים על זהות, אני עובד שכל מה שהבעיה שלך, זה לא אתה. אלא אם כן תרצה שזה יהיה חלק ממך, אבל אתה לא הבעיה שלך.

ההומוסקסואליות מקבלת ממדים קטנים מכפי שנראה למטופל כשנכנס לטיפול, והמטופל מתחיל להאמין שהוא יכול להתמודד איתה. במקביל לכך, מפגיש מטפל זה בין מטופלים חדשים למטופלים שעברו את השינוי בנטייה המינית, ובכך מחזק את האמון של המטופלים 'בהתמודדות ובמאבק'. דרך נוספת שמטפל זה נוקט בשביל ליצור נורמליזציה של הבעיה היא המלצה למטופלים להשתתף בקבוצה של הומוסקסואלים החפצים בשינוי, שם יכול המטופל לראות שהוא לא בודד ויש עוד אנשים במצב שלו. לקבוצה זו יש תפקיד טיפולי נוסף לפי הגישה הרפראטיבית, והוא פיתוח היכולת להגיע לאינטימיות עם בני אותו המין לא על בסיס מיני, יחד עם מתן תחושת נורמליזציה למטופלים.

מטפלים בגישה הרפראטיבית משתמשים בכלים ובגישות טיפוליות נוספות – אחרים משתמשים בדמיון מודרך ובפסיכודרמה כדי לחזור לאותם רגעים שבזיכרון, ומטפל אחד שרואין למחקר נוהג להשתמש בעקרונות של

טיפול משפחתי כגון כתיבת מכתב לאב ומאוחר יותר פגישה משותפת עם המטופל ואביו על-מנת לעמת ביניהם ולפתח את האינדיווידואציה של המטופל, ואת היכולת שלו לעמוד מול אביו –

עובדים תמיד בצורה מסודרת, קודם כל ביחד עם האבא, מביאים את האבא לטיפול, כותבים מכתב לאבא וכותבים רגשות לאבא. כמה שאפשר, כדי לעשות פגישה כזו עם האבא צריך הכנה של שלוש ארבע (פגישות), צריך להכין את האבא, להכין את המטופל...

שלב זה איננו מתואר אצל ניקולוסי, ונראה שהוא חורג מהגישה הרפראטיבית הקלאסית שמתמקדת יותר בתהליכים הפנים-נפשיים של המטופל וביחסיו עם המטפל, ופחות ביחסים הראשוניים שהביאו לקונסטרוקציה הנפשית הזו אצל המטופל. לעתים גם לא ניתן לעשות הליך זה בשל חוסר רצון מצד האב להשתתף בו, או בשל המשאבים הנפשיים האדירים שפגישה כזו דורשת משני הצדדים.

### טיפול פסיכואנליטי קלאסי

מטפל אחד שרואיין לצורך המחקר רואה עצמו כפסיכואנליטיקאי קלאסי, ושולל בצורה תקיפה את הצורות האחרות של הטיפול – הן דינאמי, הן נרטיבי והן התנהגותי-קוגניטיבי. לדידו הדרך היחידה להגיע לשינוי מהותי של הנטייה המינית היא באמצעות חקירה פסיכואנליטית מעמיקה של מספר שנים, לעתים שנים רבות, שבה המטפל והמטופל מבררים את הקונפליקט האדיפאלי ועוברים את השלבים השונים שלו בטיפול. מן ההכרח שבמהלך טיפול שכזה יחווה המטופל משיכה כלפי המטפל וזאת כחלק מההעברה, ועל המטפל לאפשר למטופל לחוות את הרגשות האלה ולעבד אותם –

ופה אני שונה מיועץ או פסיכולוג קליני סתם או כל מיני סוגי טיפול. בשביל בנאדם להיות בטיפול ולגעת בדברים האלה, הוא חייב דרך הטרנספרנס, אתה מכיר את המושג אני מניח, הוא חייב לנצל אותי, טרנספרנס נירוויזיס (*transference neurosis*), בשלב מסוים של הטיפול הוא מחליף או ממיר את הנירוזה שבגללה הוא הגיע לטיפול בנירוזה חדשה לגמרי... הצ'אנס היחיד שלך הוא שאתה מביא את זה לבנאדם שיאסוף מלשון *harvest* את כל התחושות כלפיו בלי רתת ואימה ויעזור לך להבין שאני לא אגיב ולא אענה לבקשתך, לא יהיה כאן צמד רעים חדשים, דרכי אתה תלמד מה העניין של זה.

המפתח לשינוי הוא העמדה הפסיכואנליטית הקלאסית שבה המטפל הוא אובייקטיבי ואינו נענה או נפעל מהתחושות של המטופל כלפיו, אלא מאפשר לו בפעם הראשונה להסתכל על התחושות הללו מהצד, לאסוף את התחושות הללו ולחזור אל הרגעים שבהם הן התחילו, אל הקונפליקטים שהניעו אותם וקיבעו את המיניות שלו. השחזור של ההעברה (*transference*) בחדר הוא המפתח לשינוי, על-אף שהוא חוויה מטלטלת מבחינת המטופל, וגם בשביל המטפל, שצריך להיות מסוגל להיכנס לסיטואציה המורכבת הזו מבלי להיבהל ממנה –

והוא חייב גם להרגיש שהוא בעצם אוהב אותי, ואני חייב להיות מוכן לשאת את זה ולאפשר לו להבין את זה, ומה המשמעות של האהבה הזאת.

גם המטופל צריך לתת מספיק אמון במטפל שהנורוזה החדשה הזו היא שלב בדרך שלו להתמודדות עם ההומוסקסואליות שלו. זהו קושי לא מבוטל לאור מגוון שיטות הטיפול האמפתיות יותר שניתן למצוא היום, ובמיוחד לאור העובדה שבעיני חבריו ומכריו של המטופל הנורוזה החדשה יכולה להיתפס כנסיגה ולא כשלב בדרך.

וכמובן זה דבר מאוד לא פשוט, אפילו מסוכן. אבל זה הדרך היחידה, זה *only chance* שהדרך היחיד להבין את הדבר, כי הרבי והמנהל והחבר בד"כ מושקעים בדבר הזה, הם נוגעי דבר, והם לא יכולים לגעת בדבר הזה.

תפיסתו של מטפל זה היא שהמקור להומוסקסואליות של המטופל הוא בנשיות שהוא קלט אצל אביו והזדהה איתה. התובנה המתבקשת היא אם-כן הבנה שהמקור של ההומוסקסואליות הוא בהזדהות הזו, אך התהליך הזה הוא תהליך ארוך שבו המטופל צריך לבוא לידי התובנות הללו, ויחד עם זאת להבין את הגורמים הנוספים שהשפיעו על חייו באופן זה – ההתנהלות של אמו, התעללות מינית שיתכן שהוא חווה, היחס של אחיותיו כלפיו ועוד.

## סוגיות טיפוליות

### היחס לאשמה

כל המטפלים שרואיינו התייחסו בדרך זו או אחרת לתחושת האשמה של המטופל על היותו הומוסקסואל, וכולם סבורים שהאשמה אינה מועילה לטיפול. חלק מהמטפלים סבור שהאשמה היא האויב הגדול ביותר של הטיפול, בעיקר מטפלים בגישה הדינאמית (אק) –

האשמה היא הרעל הגדול של האדם... העבודה של האשמה היא העבודה שלנו... כדי שההבנה שהאדם אשם ומרגיש אשם הוא אדם שכל הזמן - הוא לא באמת מחובר לרצונו הפנימי. הרצון הפנימי במהותו הוא טוב, אני צריך לעזור להגיע לזה.

מטפל זה רואה באשמה את הגורם לפתולוגיה (ולמעשה גורם לפתולוגיות רבות), והצעד הטיפולי הראשון והעיקרי הוא לחלץ את המטופל מהאשמה. על-אף שמטפל זה הוא דתי והוא רואה את יחסי-המין ההומוסקסואלים כדבר אסור, הוא אינו חושש מהסרת האשמה מהמטופל, אלא סבור שחיפוש 'הנקודה הפנימית' תוביל את המטופל להטרוסקסואליות. מטפל אחר סבור גם הוא שתחושת אשמה היא מכשול לטיפול, ולטענתו זוהי בעיה הקיימת במיוחד אצל מטופלים הומוסקסואלים **דתיים** שחווים את עצמם כל הזמן כלא-תקינים ולא רצויים, ובמיוחד אם הם קיימו יחסי-מין הומוסקסואלים.

גם בשיטה הרפראטיבית האשמה היא מרכיב בלתי-רצוי בטיפול, והראייה לדבר לפי הגישה הרפראטיבית היא העובדה שכאשר מטופלים מרגישים תחושת אשמה – המשיכה ההומוסקסואלית שלהם גוברת. זאת מאחר שהגישה הרפראטיבית גורסת שהמקור למשיכה ההומוסקסואלית הוא דחף לתיקון עצמי, כאשר אדם מרגיש רגשות אשם הוא חש עצמו חסר ערך וחש את דחף חזק לתקן ולהשלים את עצמו באמצעות מין הומוסקסואלי.

מטפל אחר טוען שמבחינה התפתחותית יש לאשמה תפקיד מכריע בהתפתחות הומוסקסואלית מאחר שהאדם המלא אשמה על המשיכה ההומוסקסואלית שלו בונה חומות גבוהות מסביב לעצמו, ואינו מסוגל לבחון את העניין בצורה פתוחה ובלתי-מפוחדת. התוצאה של המצב הזה הוא הגדרה ותיוג עצמי בלי בחינה מעמיקה של האפשרויות השונות. לעתים כשמטופלים כאלה מגיעים לטיפול החומות שהם הקיפו מסביב לעצמם נופלות מהר ביותר, בשל האפשרות שניתנה להם בפעם הראשונה לבחון את מצבם בלי הנחות מוקדמות (אק) –

הוא בא לפה שתי פגישות. מתוך זה שהוא סגר בתוך עצמו, היה סגור בתוך עצמו, הוא בנה לעצמו בונקר, אבל הבונקר הזה - הקירות שלו היו מנייר. הבחור יצא החוצה, שני מפגשים ונגמר הסיפור... (מה היה בשני המפגשים?) קודם כל, הוא סיפר, הוא דיבר. פעם ראשונה שהוא מדבר. ודבר שני, כל האקסיומות שהוא הציב לעצמו לא עמדו. זה שהוא הומו, ושם הוא הומו הוא לא יצא מזה, וכן על זה הדרך, וכל הייאוש. (אתה הרגעת אותו? אמרת לו זה לא נכון?)



הבאתי לו את כל התיאוריה. ואמרתי לו בו תתארגן, בו תראה. שבוע שאתה יוצא מהמעגל הכפייתי של המחשבות של ההסתכלויות והכל אתה יכול. הוא היה חייל קרבי, בחור פייטר, זהו, שבועיים נגמר. כל הסיפור...

הסרת תחושת האשמה נחוצה במיוחד כאשר מתחיל תהליך קוגניטיבי-התנהגותי הדורש מהמטופל מוטיבציה גבוהה מאוד ונכונות לעמוד בפני קשיים. מטופל שאינו מרגיש ביטחון עצמי ונמצא כל העת ברגשי נחיתות יתקשה לעמוד באתגרים שטיפול שכזה מציע, ואילו הסרת האשמה תחזק את הביטחון העצמי והאמונה ביכולת העצמית.

### **תחושת אָבֵל והתמודדות עם פנטזיות הלא ממומשות**

מספר מטפלים רואים בתחושת אָבֵל (grief) חלק מרכזי מהתהליך הטיפולי בהומוסקסואלים המעוניינים לשנות את נטייתם. מטפל אחד המצדד בעמדה הקשיחה שלא ניתן אפילו לפתח מיניות שונה מהמיניות הביולוגית, סבור שיחד עם הנתונים הביולוגיים הקשיחים – המטופל הוא שצריך להכתיב את המטרות של הטיפול. אם מגיע אליו מטופל בעל משיכה הומוסקסואלית הוא מצד אחד לא ינסה לשנות את נטייתו, אך מן הצד השני הוא לא יכוון אותו דווקא ל'יציאה מהארון', אלא יקשיב היטב לשאיפותיו (ד)–

אותו אחד עם הזמן התחיל להרגיש בסדר גמור עם זה שהוא הומו, הבין שהוא יהיה הומו עד סוף חייו, אבל אמר או הגיע לתחושה הנכונה שזה כ"כ חשוב לו שתהיה לו משפחה כזו, לא משפחה אלטרנטיבית... אני מקריב את המימוש של התשוקה והמיניות - שזה היה חלק מאוד חשוב שלו - אני מוותר על זה כי זה עוד יותר חשוב לי.

מטפל זה מכבד את האוטונומיה של המטופל, אך מאחר ואין הוא מאמין באפשרות שינוי של נטייה מינית או פיתוח משיכה מינית אלטרנטיבית כלשהי (כמטפלים אחרים שצוטטו לעיל) – הכבוד שלו בא לידי ביטוי בצעידה עם המטופל בנתיב של השלמה ואָבֵל על המיניות שלעולם לא תתממש. יחד עם זאת מטפל זה מקפיד מאוד לברר את המקור למוטיבציה של המטופל לוותר על המיניות ההומוסקסואלית שלו: לדבריו, מטופל שיאמר לו בתחילת הטיפול שהוא בא לטיפול בגלל שישלחו אותו – הוא יסרב לטפל בו. הוא לא ייגש מיד עם תחילת הטיפול לנתיב של אָבֵל והשלמה, אלא יקדיש זמן לבירור הרצון הפנימי העמוק של המטופל, אם הוא באמת מחשיב ערכים מסוימים יותר מאשר את המיניות שלו וממקום זה בא הויתור שלו על המיניות, או שבעצם הוא מחפש דברים אחרים, למשל אינטימיות, שבתפיסה שלו אינה יכולה להתממש בקשר הומוסקסואלי. במקרה האחרון הוא יחתור יחד עם המטופל להבנה מעמיקה יותר של שאיפותיו ולמימוש שאיפותיו הפנימיות יותר.

מטפלת נוספת הסבורה שלעתים ניתן לבצע רה-אוריינטציה של המשיכה ההומוסקסואלית, סבורה שבמקרים שאין הדבר אפשרי – יש מקום להתמודדות בצורה של אָבֵל עם המשיכה ההומוסקסואלית. מטפלת זו העובדת

לפי עקרונות פסיכולוגיית העצמי רואה את המטרה העליונה של הטיפול כאינטגרציה בין חלקי האישיות השונים של המטופל, ובהקשר הנידון – פיתוח היכולת של המטופל לראות את המשיכה שלו ולהכיר בה, אך לאו דווקא לפעול לפיה. אין מדובר בהכרה של המטופל במשיכה שהודחקה (פיצול אופקי) אלא ביכולת שלו לחיות את המשמעות הרגשית והקיומית של המשיכה המינית שלו שאינה יכולה להתממש מסיבותיו, ולהימנע מהדחקה של משמעויות אלה (פיצול אנכי) (ד) –

יש לי בטיפול אנשים שהם נשואים שהם לא רוצים לוותר על המיקום החברתי שהם הגיעו אליו בין היתר הודות לנישואין, והם מאוד מאוד מתלבטים מה לעשות עם תשוקה מתמשכת לבני אותו המין. זה מתיש אותם ימים. (איזה מהלך טיפול את מציעה להם?) אני חושבת שיש לנו, לא רק תשוקות מיניות אלא גם הרבה תשוקות שלא מתגשמות. גם תשוקה לדמות פנטזמטית, גם תשוקה להיות רקדנית בלט או להיות צייר או להיות... אני חושבת שמה שאני רואה כמסלול לטיפול טוב זה לאפשר לעצמך את התשוקה, גם אם אתה לא מגשים אותה.

מעבר לקבלת העובדה שהתשוקה לא תתממש מציעה מטפלת זו אפיק נוסף להתמודדות עם חוסר המימוש שלה – לקבל את התשוקה ולחיות אותה. מטפלת זו סבורה שחבל לוותר על התשוקה 'שנותנת פלפל לחיים', והעמדה המוצלחת ביותר היא לחיות באינטגרציה עם התשוקה ולשאת את העצב של חוסר המימוש שלה. הניסיון לבטל את התשוקה לגמרי ולשלול את קיומה גובה את מחירו במקום אחר – בקשיים לישון, בעצבנות בלתי-מוסברת ובתגובות פיסיוולוגיות או פסיכולוגיות אחרות. הקיום האנושי טומן בחובו גם אכזבות וויתור על דברים מסוימים, והדבר נדרש גם במקרים כאלה.

השימוש באָבֶל בתהליך הטיפול איננו שמור רק למטפלים הסבורים שלא ניתן לשנות את הנטייה המינית. גם מטפלים הסבורים שניתן ליצור אפיקים חדשים של משיכה מינית, ואפילו מטפלים הסבורים שהמשיכה המינית היא פלאסטית לגמרי וניתן ליצור חלופה הטרנסקסואלית שווה בעוצמתה, סבורים שיש מקום לתהליך של אָבֶל במהלך הטיפול. האָבֶל יכול להיות על המשיכה המינית הדומיננטית שלעולם לא תתממש, או אפילו על פנטזיות מיניות הומוסקסואליות שאולי כעת יש להן תחליף הטרנסקסואלי, אך הן עדיין קיימות בנפשו של המטופל (אנ) –

וזה לא תמיד הולך עד הסוף, לפעמים נשארים שבבים, זכרונות, במיוחד אם היה משהו מעשי, אז נשאר איזשהם דברים, אבל עקרונית זה כבר לא כ"כ מציק. זה קיים באיזשהו מקום, כמו שאדם יכול ללכת לעבודה ויש איזשהו מזכירה יפהפה, זה יכול לבוא למחשבות... מה שהורס זה רק אם האדם לא ישר, לא נאמן.

מטפלים אלו סבורים שהויתור צריך להיות מודע, ונחוץ תהליך אָבֶל בריא שיש בו מרכיב דכאוני אך הוא מביא בסופו של דבר לתחושה אישיות שלמה ואינטגרטיבית יותר.

גם הגישה הרפראטיבית רואה את האָבְל כְּתהליך מרכזי בטיפול, אך לא בהקשר של המיניות הבלתי-ממומשת אלא ביחס ליכולות של עצמי. כפי שנזכר לעיל, בחלק הקוגניטיבי של התהליך הטיפולי הרפראטיבי המטפל מנסה להמיר את המחשבות המבוססות על בושה שיש בה אשמה עצמית ועצבות כלפי הסביבה למחשבות המבוססות על אָבְל שיש בו האשמה של החוץ ולאחר מכן עצבות כלפי עצמי. המטופל לומד 'לרחם' על עצמו ועל ביש-מזלו שהוביל אותו לחוסר קומפוטנטיות בתחומים מסוימים ולהומוסקסואליות (רפ) -

איך מגדירים מה זה בריאות נפש. כתוב שם ( *Martha Stark, A primer for working with resistance* ) שבריאות נפש זה משהו שיכול לקבל את האובייקטים בחיים שלו כמו שהם, לא תמיד מצפה שזה ישתנה. אָבְל הוא גם קבלה של מה שהיה, אני מקבל את מה שהיה וזה קורה. כשאתה מדבר על כשאתה מאשים משהו אחר, זה יותר בושה, אבל זה עדיין עם הציפייה שהוא ישתנה. כן האחר. באָבְל זה יכול להיות שיש אני מאשים אותו, אבל אני גם מקבל שהוא לא ישתנה. וככה החיים שלי, אני מתאבל על מה שהיה חסר לי.

תהליך האָבְל הזה צריך להסתייע באוזן קשבת של מטפל אמפאטי, מה שמונע מהמטופל לעבור שוב מאָבְל לדינמיקה של בדידות ותחושה של בושה על המוזרות והשונות שלו מכולם. לאחר פרק זמן של דיכאון המלווה האָבְל חוזרת האסרטיביות ואיתה פוחתת המשיכה ההומוסקסואלית.

## תוצאות הטיפול

### **אופי והיקף השינוי בנטייה המינית**

מחקר זה התמקד במטפלים המאמינים באפשרות של שינוי האוריינטציה המינית בטיפול פסיכולוגי. מובן שאין כל כוונה להכחיש את קיומם של מטפלים רבים המאמינים בשינוי כזה הוא בלתי-אפשרי, ואף במחקר זה נכללו שני מטפלים כאלה, שעל-אף אמונתם שהנטייה אינה ברת-שינוי – הם גורסים שיכול אדם לבחור את אורח-חיוו שלא על-פי דחפיו המיניים. אך מאחר והמחקר התמקד במטפלים המאמינים בשינוי – יש לבחון את היקף השינוי שמתארים מטפלים אלה מתוך ניסיונם הטיפולי.

מספר מטפלים טוענים שבמהלך טיפול פסיכולוגי מטופל שהגיע עם משיכה מינית הומוסקסואלית מוחלטת יכול לצאת מהטיפול עם משיכה הטרוסקסואלית מוחלטת. מטפלים כאלה באים בד"כ מהאסכולה הפסיכודינמית שרואה את ההומוסקסואליות כמנגנון הגנה, ובהתאם לכך עם ביטול הצורך בו – הוא יכול להיעלם מבלי להשאיר עקבות (ד) –

ממש שינוי מהקצה אל הקצה... כן אבל בסוף הוא ממש יוצא שיש לו תשוקות כלפי בני המין השני ולא כלפי בני מינו.

הטיפולים הדינמיים שמביאים לתוצאה זו מסתייעים בדרך-כלל באלמנטים התנהגותיים, אך את עיקר השינוי מייחסים המטפלים לתהליך הדינמי, והחלק ההתנהגותי משמש רק כסיוע להתמודדות עם חרדות. מטפלים שמשתמשים בשיטות דינמיות בלבד (למשל מהגישה הרפראטיבית) מדווחים על אחוזי שינוי נמוכים יותר (בסביבות 50%), ובתוך המטופלים שעברו שינוי מדובר על שינוי מסוים אך לא על שינוי מהקצה אל הקצה אצל כולם. נתונים אלה תואמים את הנתונים שהציגו ניקולוסי ועמיתיו במחקרם הרטרנספקטיבי ( Nicolosi, Byrd & Potts, 2000B) בדבר אחוזי השינוי והיקף השינוי במסגרת הטיפול הרפראטיבי.

מטפלים אחרים מבחינים בין שני תחומים: התפתחות משיכה מינית כלפי המין-השני, והיחלשות המשיכה המינית כלפי בני אותו המין. מטפלים אלה רואים את החלק ההתנהגותי של הטיפול כשקול לחלק הדינאמי או ככלי בלעדי, ומתוך כך הם מעידים על-כך שבתחום התפתחות משיכה מינית כלפי בני המין השני השינוי מתרחש כמעט בכל המטופלים. כמעט כל המטופלים נמשכים לבני המין השני, ובמהלך טיפול סרוגיטי אף מגיעים למצב שהם מסוגלים לקיים יחסי-מין מלאים עם אשה וליהנות מהם מתוך רצון ולא מתוך כפייה. על ידי-כך מתאפשרת להם היכולת לבחור בין המשיכה ההומוסקסואלית למשיכה ההטרוסקסואלית החדשה (בק) –

אני לא יכולה לומר לך שמאז התחלנו לעבוד עם הומוסקסואלים, משלב יותר מאוחר שהיה לנו יותר ניסיון, יכולנו לנסות ולראות בא ננסה ונראה מה זה עושה - אף אחד לא נכשל

הם מתארים תהליך זה כתהליך פשוט יחסית שאמנם דורש כוחות נפש מהמטופל, אך מניב תוצאות במהירות יחסית (אנ) –

תוך כמה חודשים. פותח אפשרות. בדרך הזו של דמיון מודרך מהתחלה, ושיחות, אני לא יודע בדיוק מה פועל בכל דבר, זה דבר שכמעט אין כישלון.

האמונה של מטפלים אלה בדבר הפלאסטיות של הנטייה המינית מתבססת על ניסיונם הזה בקליניקה, ניסיון שלדבריהם מוכיח את עצמו כמעט בלא כישלון. היחלשות המשיכה המינית ההומוסקסואלית לעומת-זאת היא תהליך ארוך הרבה יותר שחלק ממטפלים אלה לא מאמין בקיומו, וחלק אחר שלהם סבור שהוא מוגבל בעוצמתו ואצל חלק מהמטופלים לעולם תישאר משיכה מינית כזו.

מטפלים אחרים שרואיינו למחקר אינם מאמינים כלל באפשרות שינוי נטייה מינית, או סבורים שהדבר ניתן לביצוע רק במקרים בודדים ולא אחרי שהמשיכה המינית התגבשה לכדי זהות. כמו שהבאנו לעיל, הם בכל-זאת סבורים שיש מקום לטיפול פסיכולוגי ולא דווקא מהאסכולה המאשרת (affirmative) אלא לפי רצונותיו של המטופל.

חשוב לציין שמבין המטפלים שראיינתי גם מטפלים שאינם רואים את מטרת הטיפול כשינוי אוריינטציה מינית מעידים על-כך שבמהלך טיפול בהומוסקסואלים מתרחש לעתים שינוי בנטייה המינית אצל חלק מההומוסקסואלים.

נקודה הבולטת בהיעדרה אצל כל המטפלים שראיינו היא ביחס לנזקים האפשריים במהלך הטיפול. המטפלים טענו שלטיפול אין תוצאות שליליות יותר מאשר טיפולים פסיכולוגיים אחרים, ואין מקום לחששות מיוחדים לבריאותם הנפשית של המטופלים המבקשים טיפול שכזה. זאת בניגוד לעמדתם של חלק מהחוקרים בתחום (ראה מבוא), ובניגוד לחששותיו של ארגון הפסיכיאטרים האמריקאי (APA, 2000; 2009) מפני נזקים אפשריים במהלך הטיפול.

### גורמים המשפיעים על הצלחת הטיפול

כמה מטפלים תלו את האפשרות של שינוי הנטייה המינית של המטופל בהתפתחות זהות הומוסקסואלית. לפי תפיסתם, הגדרת זהות היא גורם המקבע את האדם ושולל ממנו את האפשרות לשינוי, גם במקרים שהשינוי הוא דבר שהוא מעוניין בו (אנ) –

הם מרגישים שזה הזהות שלהם. הם רכשו לעצמם זהות. אם הם לא רכשו לעצמם זהות, ממש בהתחלה, אז הרבה יותר קל לשנות. ברגע שנרכשת זהות, בייחוד עם יש חיבור לקהילה ההומוסקסואלית על כל הסממנים שלה, אז זה הופך להיות דת כזו

מטפלים אלה מאמינים בפלאסטיות של הנטייה המינית, אך כאשר אדם מגדיר את עצמו באופן מסוים – הוא מתייחס מאפשרות השינוי, והשינוי הופך להיות כמעט בלתי-אפשרי. מקור הקושי לעשות שינוי במקרה הזה הוא לא העוצמה של המשיכה המינית, אלא הייאוש מהאפשרות לשינוי וההשלמה עם המצב הקיים.

מטפל אחד טוען שהפרוגנוזה של הטיפול היא חיובית יותר כאשר המטופל מגיע מלכתחילה עם משיכה לבני המין-השני בהשוואה למטופלים שבאים לטיפול עם משיכה הומוסקסואלית בלבד. האפשרות להגביר משיכה מינית קיימת היא יותר סבירה מאשר יצירת משיכה מינית 'יש-מאין' לפי מטפלים אלה. כהמשך לכך טען מטפל אחר שככל שההתנסות המינית ההומוסקסואלית של המטופל עשירה יותר, כך יהיה צורך בשימוש בטכניקות התנהגותיות חזקות יותר שיהיו שוות בעוצמתן להתנסות הקודמת. ניקולוסי (Nicolosi, 1997) כותב גם הוא שככל שהמטופל חווה חוויות מיניות הומוסקסואליות רבות וחזקות יותר – סיכויי השינוי נמוכים יותר.

מטפלים אחרים טוענים שלא ניתן לשער את אפשרות השינוי מראש, מכיוון שישנם מקרים שנראים מסובכים ומורכבים שהשינוי מתרחש בהם במהירות רבה, וישנם מקרים שנראים פשוטים הרבה יותר ואורכים זמן רב

יותר. אך מטפלים רבים הסכימו שכאשר מתלוות להומוסקסואליות הפרעות נפשיות, ובמיוחד כאשר מדובר במטופלים בעלי אישיות גבולית, השינוי הוא הרבה יותר קשה להשגה, והתהליך הטיפולי יכול לארוך זמן רב.

## דיון והצעות למחקר המשך

במחקר זה עסקנו באופן שבו מטפלים הנוקטים שיטות לרה-אוריינטציה מינית תופסים את הגורמים להתפתחות הומוסקסואליות, ובאילו שיטות טיפול הם משתמשים על-מנת לשנות אוריינטציה זו. כלי המחקר שהשתמשנו בהם הם כלי מחקר איכותניים המשתדלים לספק לקורא את נקודת ראותו של המטפל בצורה אותנטית עד כמה שניתן.

בראש ובראשונה בלטה העובדה שהגיוון בהסברים של מקור האוריינטציה ושל שיטות הטיפול בה בתחום זה הוא רב, ואינו נופל מהגיוון המצוי בתחומים אחרים של הטיפול. גם שיטות הטיפול עצמן ברוב המקרים אינן שונות בהרבה מהמקובל בטיפולים אחרים, במיוחד בקרב המטפלים מאוריינטציה פסיכואנליטית ופסיכודינמית. חלק ניכר מהמטפלים העוסקים בפרקטיקה זו מרגישים שהם מצויים בשוליים של הפסיכולוגיה המקובלת, והם קובלים על-כך ועל השינוי הדרסטי שהתרחש בשדה הפסיכולוגיה במהלך ארבעים השנים האחרונות בתחום זה, אך רובם לא זנחו בשל כך את העקרונות של הפסיכולוגיה המודרנית, אלא שומרים לעצמם את הנישה הייחודית להם. פעמים רבות העלו המטפלים את הפער התרבותי הקיים בין העמדה שלהם (ברוב המקרים – מסורתית או דתית) לבין העמדה הליברלית-מערבית.

המיניות באופן כללי מוסברת על ידי המטפלים בשתי דרכים עיקריות: כנתון קשיח או כמצב פלאסטי. כחצי מהמטפלים רואה במיניות נתון קונסטטיטוציוני, ואת הפרקטיקה של רה-אוריינטציה כחיפוש של המיניות 'הטבעית', ואילו החצי השני רואה את המיניות כחומר ביד היוצר שניתן להטותו לכיוונים שונים לפי רצונו של המטופל והערכים התרבותיים מהם הם יונק. מבחינה מעשית לא-ניתן היה להצביע על קשר בין פרקטיקה מסוימת לאטיולוגיה מסוימת, שכן גם בקרב המצדדים בחיפוש אחר המיניות הטבעית היו שצידדו בשיטות ביהביוריסטיות-קוגניטיביות להתגבר על המטענים שנוספו על המיניות הטבעית, וגם בגישה הפלאסטית השאירו המטפלים מקום לאלמנטים דינמיים ופסיכואנליטיים. דרך ביניים נמצאה בקרב מטפלים הסבורים מחד שהנטייה המינית היא קונסטטיטוציונית, אך מאידך סבורים שניתן לפתח משיכה מינית מוגבלת כלפי אובייקטים מיניים אחרים. כיוון רביעי רוחני יותר היה כזה הרואה במציאות האנושית מציאות דינמית שאינה ניתנת להגדרה כלל בתוויות קבועות.

מטפלים רבים מקבלים את התפיסה לפיה הדינמיקה המשפחתית היא המקור העיקרי להתפתחות הומוסקסואליות, כשבבסיס נמצאת הדינמיקה של ההזדהות עם ההורה בן-אותו-המין. בתחום זה נמצאו הסברים תיאורטיים רבים שאומצו ע"י המטפלים: חלק מדגישים את חלקה של האם ביצירת קיבעון עם הבן באמצעות חוזרנות, אחרים מדגישים את חלקו של האב במניעת התפתחות הזדהות איתו בעקבות נוקשות או חוסר נוכחות. הסברים אחרים מתייחסים לחרדה שהאם מעוררת אצל הבן או להזדהות של הבן עם חלקים

**נשיים של האב.** גורם נוסף שנזכר ע"י מטפלים רבים כמשפיע על הכוונת האוריינטציה המינית הוא **אירוע של התעללות מינית.** כמו ברוב המחקרים בתחום, גם במחקרנו עיקר תשומת-הלב ניתנת להומוסקסואליות הגברית בשל הניסיון להיצמד לתיאוריהם ותחומי העיסוק של המטפלים שרואיינו.

בניגוד לשמועות הרווחות, אף לא אחד מהמרואיינים המשתמשים בשיטות ביהביוריסטית-קוגניטיבית **לא הדריך או עודד את מטופליו להשתמש בשיטות אברסיביות.** הטיפול הביהביוריסטי-קוגניטיבי התמקד **בפיתוח של מיניות מקבילה,** מתוך הנחה שהדבר ניתן לביצוע, ולדעת חלק מהמטפלים (מהגישה הפלאסטית) – פיתוח מיניות מקבילה אף יכול **לתפוס את מקומה של המיניות ההומוסקסואליות** בצורה מספקת.

בעיקר הדגישו המטפלים את **החירות של אדם לבחור את אורח-חייו ולחיות על-פי אמונתו,** ועל תפקידו של המטפל לסייע לאדם להגשים את מטרותיו. דגש זה נאמר גם על ידי מטפלים שאינם מאמינים באפשרות השינוי, אך מאמינים באפשרות של האדם לחיות את חייו מתוך התמודדות של אָבָל על מטרות שהוא לא ישיג בחייו. **האשמה** לעומת-זאת נתפסת ע"י רוב המטפלים – במיוחד בגישה הרפראטיבית – כגורם מפריע לטיפול, וכמעט כל המטפלים מסכימים שאת הטיפול צריך לספק למי שמעוניין בו, והוא לא יצליח בכל אפשרות אחרת.

מחקר זה פותח צוהר לעולם טיפולי עלום במידה-רבה מנקודת ראותם של המטפלים, ומאפשר הצצה אל תוך קליניקות שבהרבה מהמקרים מנסות להישאר הרחק מאור הזרקורים ככל האפשר. הוא מלמד על-כך שינוי עולם טיפולי שלם בתחום טיפולי הרה-אוריינטציה, עולם שהמורכבות והגיוון של ההסברים הפסיכולוגיים והיישום הטיפולי שבו דומים לאלה הקיימים בתחומים אחרים, ואף הרמה המקצועית ומידת-האחריות של העוסקים בו אינה נופלת מהמצוי בפרקטיקות אחרות. הוא גם מחזק את ממצאי מחקר של ספיצר ( Spitzer, 2003) שאכן מתרחש שינוי בנטייה המינית אצל חלק מהמטופלים בהיקף כזה או אחר.

אך מתוקף היות המחקר מחקר איכותני שדגימת המרואיינים בו לא נעשתה באופן אקראי – מובן שלא ניתן להסיק ממנו מסקנות על היקף התופעות שנצפו בו. כלומר לא ניתן להסיק מה אחוז המטפלים המיישמים פרקטיקה כזו או אחרת, מהם אחוזי ההצלחה של הטיפול באופן כללי, ואף לא ניתן לדעת בוודאות האם ישנן הסברים אחרים וגישות טיפוליות נוספות שמחקר זה פסח עליהן. בעיקר בסוגיית היקף השינוי והיקף הנזקים האפשריים, סוגיה המהווה סוגיה מרכזית בתחום זה, לא ניתן להסיק מסקנות אופרטיביות ממחקר זה. על-כן יש להשלימו במחקר כמותני ביחס לאחוזי השינוי וההשפעות הנלוות של הטיפול, נתונים שעדיין לא נערך מחקר המספק אותם בצורה משביעת רצון ובלי ליקויים משמעותיים מבחינת שיטות מחקר. מחקר כזה יאפשר לפסיכולוגים ואנשי מקצוע בתחום בריאות-הנפש להחליט בצורה מבוססת יותר על הטיפול המתאים והבטוח ביותר למטופלים.



## רשימת מקורות

- אוגדן, ת' (1989). הקצה הפרימיטיבי של החוויה. הוצאת עם-עובד : ת"א.
- אליצור, א"כ (2009). הומוסקסואליות, בריאות נפש ותקינות פוליטית. נדלה מהאינטרנט - <http://a-c-elitzur.co.il/site/siteArticle.asp?ar=158>.
- אפלטון (1999). המשתה, כתבי אפלטון, כרך ב. תל-אביב: הוצאת שוקן.
- מדרש תנחומא, בראשית.
- ויניקוט, ד"ר (1971). אובייקטים של מעבר. הוצאת עם-עובד : ת"א.
- הסתדרות הפסיכולוגים הישראלית (2012). נייר עמדה בנושא טיפולי המרה. נדלה מהאינטרנט <http://www.psychology.org.il/article/357>
- סאמט, ב' (2005). תפיסות מחנכים דתיים בנושא 'חינוך לחיי משפחה'. עבודת לצורך קבלת תואר דוקטור, ירושלים: האוניברסיטה העברית - בית-הספר לחינוך.
- פרויד, ז' (1914). הצגת הנרקיסים. בתוך יצחק בנימיני ועידן צבעוני (עורכים): זיגמונד פרויד - מבחר כתבים, א. הוצאת רסלינג, תל-אביב.
- פרויד, ז' (1915). מקרה של פרנויה הסותר את התיאוריה הפסיכואנליטית. בתוך יצחק בנימיני ועידן צבעוני (עורכים): זיגמונד פרויד - מבחר כתבים, א. הוצאת רסלינג, תל-אביב.
- פרויד, ז' (1920). על הפסיכוגנזה של מקרה הומוסקסואליות נשית. מתוך: מיניות ואהבה. ת"א: עם עובד.
- פרויד, ז' (1922). על כמה מנגנונים נירוטיים בקנאה, בפרנויה, ובהומוסקסואליות. בתוך יצחק בנימיני ועידן צבעוני (עורכים) זיגמונד פרויד - מבחר כתבים, א. הוצאת רסלינג, תל-אביב.
- קוהוט, ה' (1972). הרהורים על נרקיסים וזעם נרקסיסטי. בתוך ב. סטרוזייר (עורך) צ. זוננס וא. אידן (תרגום ועריכה מדעית) פסיכולוגיית העצמי וחקר רוח האדם – הרהורים בגישה פסיכואנליטית חדשה. הוצאת תולעת-ספרים, ת"א.
- קוהוט, ה' (1976). יצירתיות, כריזמה, פסיכולוגיה של קבוצה – הרהורים על האנליזה העצמית של פרויד. בתוך ב. סטרוזייר (עורך) צ. זוננס וא. אידן (תרגום ועריכה מדעית) פסיכולוגיית העצמי וחקר רוח האדם – הרהורים בגישה פסיכואנליטית חדשה. הוצאת תולעת-ספרים, ת"א.
- קורן, ע' (2001). נולדתי הומו ונולדתי דתי: הומוסקסואלים אורתודוכסים החיים בזהות כפולה. עבודת לצורך קבלת תואר מוסמך, ירושלים: האוניברסיטה העברית - בית-הספר לחינוך.

קורן, ע' (2006). ארון בתוך ארון: סיפורם של הומוסקסואלים ולסביות דתיים. הוצאת ידיעות-אחרונות, תל-אביב.

קליין, מ' (1937). אהבה, אשמה ותיקון. בתוך י' דורבן (עורך ומתרגם) **מלאני קליין: כתבים נבחרים**. הוצאת תולעת-ספרים, תל-אביב.

קליין, מ' (1945). התסביך ה אדיפאלי לנוכח החרדות המוקדמות. בתוך י' דורבן (עורך ומתרגם) **מלאני קליין: כתבים נבחרים**. הוצאת תולעת-ספרים, תל-אביב.

שור, ר' (תשס"ה). אנשים יכולים להשתנות : על הטיפול בבעלי נטיות הפוכות. **צהר, כ"א**, 123-137.

שקדי, א. (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני- תיאוריה וישום**. תל אביב: רמות.

**תלמוד בבלי**, מסכת קידושין.

Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In: *Selected papers of Karl Abraham*, trans. D. Bryan & A. Strachey. London: Hogarth Press, 1948.

American Psychiatric Association.(2000). Position statement on the therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1719– 1721

American Psychiatric Association.(2009). *Resolution on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts*. Retrieved from the internet at 14.3.10 22:23, from <http://www.apa.org/about/governance/council/policy/sexual-orientation.aspx>.

Bailey, J. M. (1995). Sexual orientation revolution. *Nature Genetics*, 11, 353-354.

Bailey, J. M., & Pillard, R. C. (1991) A Genetic Study of Male Sexual Orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089-1096.

Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43-55.

- Bailey, J. M., Dunne, M.P., & Martin, N. G. (2000): Genetic and Environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality and Social Psychology* 78, 524-536.
- Bailey, J.M., Pillard, R.C., Dawood, K., Miller, M.B., Farrer, L.A. Trivedi, S., & Murphy, R.L. (1999). A Family History Study of Male Sexual Orientation Using Three Independent Samples. *Behavior Genetics*, 29, 79-86.
- Barzilai, S. (1999). *Lacan and the matter of origins*. Stanford University Press. (1999).
- Beckstead, A.L., & Morrow, S.L. (2004). Mormon Clients' Experiences of Conversion Therapy: The Need for a New Treatment Approach. *The Counseling Psychologist*, 32, 651-690.
- Bergmann, M.S. (2002). The relevance of history to the psychoanalytic controversy over homosexuality. *The Annual of Psychoanalysis*, 30, 37-41.
- Bieber, I. (1965), Clinical aspects of male homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*. New York: Basic Book.
- Bieber, I., Dain, H.J., Dince, P.R., Drellich, M.G., Grand, H.G., & Gundlach, R.H. (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study of male homosexuals*. New-York: Basic Books.
- Billings, P., & Beckwith, J. (1993). Born gay? *Technology Review*, 96, 60-62.
- Breedlove, S. M. (1997) Sex on the brain. *Nature*, 389, 801.
- Byne, W., Tobet, S., Mattiace, L.A., Lasco, M.S., Kemether, E., Edgar, M.A., Morgello, S., Buchsbaum, M.S., & Jones L.B. (2001). The Interstitial Nuclei of the Human Anterior Hypothalamus: An Investigation of Variation with Sex, Sexual Orientation, and HIV Status. *Hormones and Behavior*, 40, 86-92.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. In J. A. Smith, R. Harré, & L. V. Langenhove (Eds.) *Rethinking Methods in Psychology*. London: Thousand Oaks, Calif. Sage.

- Collins, F.S. (2006). *The Language of God, A Scientist Presents Evidence For Belief*. New York: Free Press.
- Cramer, R.J., Golom, F.D., LoPresto, C.T., & Kirkley, S.M. (2008). Weighing the Evidence: Empirical Assessment and Ethical Implications of Conversion Therapy. *Ethics and Behavior, 18*, 93–114.
- Drescher, J. (2001). I'm your handyman: A history of repetitive therapies. In A. Shidlo, M. Schroeder, & J. Drescher (Eds.) *Sexual conversion therapy : ethical, clinical, and research perspectives*. Haworth Medical Press. New-York.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 427-460.
- Drescher, J., & Zucker, K. (2006) *Ex-gay Research: Analyzing the Spitzer Study and Its Relationship to Science, Religion, Politics, and Culture*. New York: Haworth Press.
- Fay, R.E., Turner, C.F., Klassen, A.D. & Gagnon, J.H. (1989). Prevalence and patterns of same-gender contact among men. *Science, 243*, 338-348.
- Feldman, M.P, & MacCulloch, N.J. (1971). *Homosexual Behaviour: Theory and Assessment*. Oxford, England, Pergamon Press.
- Ferenczi, S. (1909), More about homosexuality. In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1955.
- Freud, S. (1957). A letter to a mother, *American Journal of Psychiatry, 107*, 756.
- Friedberg, R.D., & McClure, J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. Guilford, New York.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine De Gruyter: New-York. saturation

- Goy, R. W, Bercovitch, F. B., & McBrair, M. C. (1988). Behavioral masculinization is independent of genital masculinization in prenatally androgenized female rhesus macaques. *Hormones and Behavior*, 22, 552-571.
- Green, A. (1975). The analyst, symbolization, and absence in the analytic setting. *International Journal of psych-analysis*, 56, 1-22.
- Hamer, D. (1999). Genetics and Male Sexual Orientation. *Science*, 285, 803a.
- Hamer, D. (2002). Rethinking Behavior Genetics. *Science*; 298, 71
- Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V.L., Hu, N., & Pattatucci, A.M.L. (1991). A Linkage Between DNA Markers on the X Chromosome and Male Sexual Orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hatterer, L. (1970). *Changing Homosexuality in the Male*. New York: McGraw Hill.
- Horgan, J. (1995). Gay genes, revisited. *Scientific American*, 273, 26.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18-31. .
- Hu, S., Pattatucci, A.M., Patterson C., Li, L., Fulker, D.W., Cherny, S.S., Kruglyak, L., Hamer, D.H. (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nature genetics*, 11, 248-256.
- Johnson, R. L., Shrier, D. (1985). Sexual Victimization of Boys: Experience at an Adolescent Medicine Clinic. *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 372-376.
- Kaplan, E. A. (1967). Homosexuality: A Search for the Ego-Ideal. *Archives of General Psychiatry*, 16, 355-358.
- Karten, A.Y. (2005). *Sexual reorientation efforts on dissatisfied same-sex attracted men: what does it really take to change* (Doctoral dissertation). Fordham University, New-York.
- Kinsey, A., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Oxford, England: Saunders.

- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.) *The development of sex differences* (pp.82-173). Stanford CA: Stanford University Press.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Lacan, J., Fink, B., Fink, H. & Grigg, R. (2006). *Écrits: The first complete edition in English*. New York, NY. Norton & Co.
- LaVay, S. (1996). *Queer Science: The Use and Abuse of Research Into Homosexuality*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- LeVay, S. (1991). A Difference in Hypothalamic Structure Between Heterosexual and Homosexual Men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Lynn, D.B., & Sawrey, W.L. (1959). The effects of father-absence on Norwegian boys and girls. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 258-262.
- Mahler, M (1968). On the concepts of symbiosis and separation-individuation. In: *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. International Universities Press, Inc
- Mann, C. (1994). Genes and behavior. *Science*: 264, 1687-1690.
- McConaghy, N. (1987). Heterosexuality / Homosexuality: dichotomy or Continuum. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 5, 411-424.
- McConaghy, N. (2005). Time to Abandon the Gay / Heterosexual Dichotomy? *Archives of Sexual Behavior*, 34, 1, 1-2.
- Merrick, E. (1999) An exploration of quality in qualitative research: Are "reliability" and "validity" relevant? In Kopala, Mary & Suzuki, Lisa A. (Eds). *Using qualitative methods in psychology*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications..

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1984). Psychoendocrine research on sexual orientation: Current status and future options. *Progress in Brain Research*, 61, 375-398.
- Mills, T.C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., Chang, Y.J., Moskowitz, J.T., & Catania, J.A. (2004). Distress and Depression in Men Who Have Sex With Men: The Urban Men's Health Study. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 278-285.
- Mitchell, S.A. (1995). Gender and sexual orientation in the age of post-modernism, In S.A. Mitchell (ED.) *Influence of autonomy in psychoanalysis*. pp. 231-261, Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Mitchell, S.A. (2002). The Psychoanalytic Treatment of Homosexuality Some Technical Considerations. *Studies in Gender and Sexuality*, 3, 23-59.
- Morrow, S.L., & Beckstead, A.L. (2004). Conversion therapies for same-sex attracted clients in religious conflict: Context, predisposing factors, experiences, and implications for therapy. *The Counseling Psychologist*, 32, 641-650.
- Nicolosi, J. , Byrd, A., & Potts, R.W. (2002). A critique of Bem's "Exotic Becomes Erotic" theory of sexual orientation development. *Psychological Reports*, 90, 931-946.
- Nicolosi, J., Byrd, D.A., & Potts, R.W. (2000A). Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation psychotherapy. *Psychological Reports*, 86, 689-702.
- Nicolosi, J., Byrd, D.A., & Potts, R.W. (2000B). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071-1088.
- Oaks, D. H. (1995). Same-gender attraction. *Ensign*, 25, 7-14.
- Ovesey, L. (1969), *Homosexuality and Pseudohomosexuality*. New York: Science House.
- Pillard, R. C. (1990). The Kinsey scale: Is it familial? In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reisch (Eds.), *Homosexuality. heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 88-100). New York: Oxford University Press.

- Rado, S. (1969). *Adaptational psychodynamics: Motivation and control*. New-York, NY: Science House.
- Rice, G., Anderson, C., Risch, N., & Ebers, G. (1999). Male Homosexuality: Absence of Linkage to Microsatellite Markers at Xq28. *Science*, 284, 665-667.
- Satinover, J. (1995). *Homosexuality and the Politics of Truth*. Grand Rapids, Michigan: Baker Books.
- Shernoff, M. (2006). Negotiated Nonmonogamy and Male Couples, *Family Process*, 45, 407-418.
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259.
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing Sexual Orientation: A Consumers' Report. *Professional Psychology. Research and Practice*, 33, 249-259.
- Socarides. C. (1968). *The overt homosexual*. New-York, NY: Grune & Stratton.
- Spizer, R.L. (2003A). Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200 Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 5, 403-417.
- Spizer, R.L. (2003B). Reply: Study results should not be dismissed and justify further research on the efficacy of sexual reorientation therapy. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 5, 469-472.
- Springmann, R.R. What he is or what he does. *The International Journal of Psychoanalysis*, 51, 479-488.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Throckmorton, W. (2002). Initial empirical and clinical findings concerning the change process for Ex-Gays. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 3, 242-248.



- Talmey, B, Talmey, S., & Bernard S., (1938). *Love: A treatise on the science of sex-attraction*. New York, NY: Eugenics Publishing Company.
- Thompson, N.L., McCanless, B.R., Strickland, B. (1971). Personal adjustment of male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 237-240.
- Unger, R.K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085-1094.
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: On writing ethnography*. University of Chicago Press.
- Wainberg, M. L., Bux, B., Carballo-Diequez, A., Dowsett, G.W., Dugan, T., Forstein, M. (2003). Science and the Nuremberg Code: A question of ethics and harm. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 455-457.
- Yarhouse, M.A., & Throckmorton, W. (2002). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapy. *Psychotherapy: Theory / Research / Practice / Training*, 39, 66–75.
- Zachary, A. (2001). Uneasy triangles: A brief overview of the history of homosexuality. *British Journal of Psychotherapy*, 17, 489-492.

## נספח – שאלות לראיון

### שאלת פתיחה:

אני עורך מחקר על מטפלים העורכים טיפולים שמטרתם נטייה הומוסקסואלית. ברצוני לחקור את השיטות שמטפלים כאלה משתמשים במהלך הטיפול, הכלים הטיפוליים, מהלך הטיפול וההתמודדות עם קשיים ונוזקים אפשריים. הגעתי אליך כי שמעתי שאתה עורך טיפולים כאלה. אודה לך אם תסייע לי במחקר ותחלוק איתי את נסיוןך בתחום. האם תוכל לתאר ראשית-כל טיפול המרה מוצלח שערכת? (אחרי שיסיים את הסיפור הנ"ל) תוכל לתאר טיפול אחד שלא הצליח?

### מוטיבציה לטיפול אצל המטופלים

- מה מוביל אנשים לתרפיה? מוטיבציה דתית, חברתית, פנימית? האם זה משפיע על אחוזי ההצלחה? על השיטה שבה משתמשים?
- הם המטפל משמיע למטופל אפשרויות אחרות – טיפול אחר, יציאה מהארון, מטפל אחר?

- כלים קוגניטיביים - הסרת תחושות האשם ביחס לרגשות ההומוסקסואלים, הנמכת ציפיות (אתה תישאר עם תשוקה כלשהי), קבוצת תמיכה (קבוצת שווים, נורמליזציה), שימוש באשמה, הטפה, חינוך פסיכולוגי (לתאר להומוסקסואלים את מה שגרם לנטייתם - שהם הטרוס' בבסיס ונסיבות חיצוניות שינו אותם), תיאור חיי הומוסקסואליים על פי הסטיגמה הנפוצה (בדידות, חוסר מחויבות, התמכרות), מחשבות על איידס כאשר מתעוררים מינית ע"י בני אותו המין.

### התפיסה ביחס להומוסקסואליות

- כל בני"א הטרוסקסואליים, הומוסקסואלים כתוצאה מנרקסיזם, הורות (אבא מרוחק, אמא נרקסיסטית), תפיסה עצמית כבן המין השני (בעקבות התנהגות נשית או דחיה ע"י האב), פוביה מבני המין השני עקב טראומה, התמכרות.

- כלים התנהגותיים - עידוד להתנהגות גברית, להרחיק את עצמם מחברים הומוסקסואלים שהם מכירים,

### שיטות וכלים

- פסיביות של המטופל או אקטיביות מצדו? תלות במטפל או פיתוח עצמאות?
- שיטה – התנהגותית, התנהגותית-קוגניטיבית, פסיכואנליזה, קבוצתי, משולב.
- עיסוק בהומוסקסואליות או במטופל באופן כללי (בשיטה דינמית, אחרת)?

### שלבי הטיפול והתמודדות עם קשיים בטיפול

- מהלך הטיפול – שלב ראשון ירח דבש שבו המטופל פורק את תחושותיו לראשונה, אחריו הקשיים חוזרים.
- איך המטופלים רואים את הנטייה המינית הקודמת שלהם אחרי הטיפול? גאים בה, מתביישים בה, רואים בה אתגר?
- האם הכל נגמר בסיום הטיפול או שיש עדיין נטייה? האם הארוטיות ההטרסקסואלית מוגבלת?
- אחוזי הצלחה, האם יש למטפל מידע על המצב של המטופל לאורך זמן.
- האם מעודד להינשא כחלק מהטיפול או לאחריו? האם לספר לבן הזוג?

#### **פרטים מקצועיים של המטפל**