

# קווים מנחים לפסיכותרפיה במטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים: APA

מסמך זה (<http://www.apa.org/pi/lgbq/publications/guidelines.html>) פורסם על ידי ה-APA – ארגון הפסיכולוגים האמריקאים ותורגם כשירות לציבור על ידי **פסיכולוגי" - ארגון מטופלות/ים לסביות, הומואים, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים בישראל**. שינויים מתבקשים לאור הבדלי השפה נעשו תוך ניסיון לשמור על רוח המקור.

- כל הכתוב מופנה כמובן לנשים וגברים כאחד, למרות מגבלות השפה העברית.
  - על אף שהמסמך (המקורי) מופנה לפסיכולוגים אנו בהחלט רואים אותו רלוונטי לכל העוסקים בפסיכותרפיה וטיפול: **עו"סים, מטפלים בהבעה ובאומנות, פסיכיאטרים, מנחי קבוצות ועוד**.
- © 2006 כל הזכויות שמורות ל-APA, הזכויות על התרגום שמורות ל"פסיכולוגי".  
מותר, ואף מומלץ, לצטט ולהפיץ מסמך זה, כל עוד נשמר הנוסח המקורי ומצויין מקור הדברים.

**הקדמה** (כל לחיצה על קישור תוביל אתכם לפירוט המתאים במסמך)

## עמדות ביחס להומוסקסואליות וביסקסואליות

- קו מנחה 1.** פסיכולוגים מבינים שהומוסקסואליות וביסקסואליות אינן מהוות עדות לחולי נפשי.
- קו מנחה 2.** פסיכולוגים נקראים להכיר בכך שעמדותיהם וידיעותיהם אודות נושאים הנוגעים לסביות, הומואים וביסקסואלים עשויות להיות רלבנטיות לביצוע הערכה וטיפול, ולחפש אחר ייעוץ או להציע הפנייה מתאימה כאשר הדבר מתבקש.
- קו מנחה 3.** פסיכולוגים שואפים להבין את הדרכים בהן תיוג חברתי (כמו, דעות קדומות, הפלייה ואלימות) מעמיד סיכונים לבריאות הנפשית ואיכות החיים של מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים.
- קו מנחה 4.** פסיכולוגים שואפים להבין כיצד דעות קדומות או גישות שגויות לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות עשויות להשפיע על האופן בו מציג/ה עצמו/ה מטופלת/ בטיפול או בתהליך הטיפול.

## מערכות יחסים ומשפחות

- קו מנחה 5.** פסיכולוגים חותרים להשגת ידע אודות מערכות יחסים לסביות, הומואיות וביסקסואליות, ולהכרה בחשיבות הקשרים הללו.
- קו מנחה 6.** פסיכולוגים שואפים להבין את הנסיבות הייחודיות ואת האתגרים הניצבים בפני אמהות/הורים לסביות, הומואים וביסקסואלים.

[קו מנחה 7.](#) פסיכולוגים מכירים בכך שמשפחותיהן/ם של לסביות, הומואים וביסקסואלים עשויות לכלול אנשים שאינם קשורים זה לזה חוקית או ביולוגית.

[קו מנחה 8.](#) פסיכולוגים שואפים להבין כיצד הנטייה ההומוסקסואלית או הביסקסואלית של אדם עשויה להשפיע על משפחת המוצא שלו/ה ועל היחסים שלו/ה עם משפחת מוצא זו.

## [נושאים של שונות](#)

[קו מנחה 9.](#) פסיכולוגים נקראים להכיר בנושאי חיים ואתגרים מסויימים העומדים בפני לסביות, הומואים וביסקסואלים המשתייכים למיעוטים (מבחינת גזע ומוצא) - אשר נוגעים לריבוי מערכות של נורמות, ערכים ואמונות – שעלולות לסתור זו את זו לעתים קרובות.

[קו מנחה 10.](#) פסיכולוגים נקראים להכיר בכך שביסקסואלים חווים אתגרים מיוחדים.

[קו מנחה 11.](#) פסיכולוגים שואפים להבין את הבעיות והסיכונים הספציפיים הניצבים בפני צעירות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים.

[קו מנחה 12.](#) פסיכולוגים מביאים בחשבון הבדלים בין-דוריים בתוך האוכלוסיה הלסבית, ההומואית והביסקסואלית, ואת האתגרים היחודיים שעשויים להיות נחווים על ידי מבוגרות/ים לסביות, הומואים וביסקסואליים מהדור השלישי.

[קו מנחה 13.](#) פסיכולוגים נקראים להכיר באתגרים היחודיים הניצבים בפני לסביות, הומואים וביסקסואלים בעלי ליקויים פיזיים, סנסוריים ו/או קוגניטיביים/רגשיים.

## [חינוך](#)

[קו מנחה 14.](#) פסיכולוגים תומכים במתן חינוך מקצועי והכשרה לגבי נושאים הנוגעים ללסביות, הומוסקסואליות וביסקסואליות.

[קו מנחה 15.](#) פסיכולוגים נקראים להגביר את ידיעותיהם והבנתם לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות באמצעות חינוך משלים, הכשרה, הדרכה והתייעצות.

[קו מנחה 16.](#) פסיכולוגים מבצעים מאמץ סביר להכיר מוסדות ומסגרות שמיועדים ללסביות, הומואים וביסקסואלים בתחום בריאות הנפש, החינוך והקהילה

[תודות](#)

[מקורות](#)

[הערות](#)

## הקדמה

ב-1975, איגוד הפסיכולוגים האמריקאים (APA, American Psychological Association) אימץ החלטה המצהירה כי "הומוסקסואליות כשלעצמה אינה מעידה על פגיעה בשיפוט, ביציבות, באמינות או ככלל ביכולות חברתיות או תעסוקתיות" (Conger, 1975, p. 633), לאחר דיון קפדני בהחלטה של איגוד הפסיכיאטרים האמריקאים להוריד את ההומוסקסואליות מרשימת ההפרעות הנפשיות (American Psychiatric Association, 1974). 25 שנה מאוחר יותר יש עדיין צורך ליישם בפועל את השלכותיה של החלטה זו במלואן (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Dworkin, 1992; Firestein, 1991; Markowitz, 1991, 1995; Nystrom, 1997; Fox, 1996; Greene, 1994a; Iasenza, 1989). רבים מהמחברים הללו מציעים שיש צורך בחינוך והכשרה טובים יותר של אנשי בריאות הנפש בנושא זה. מסמך זה מיועד לסייע לפסיכולוגים בחיפוש ושימוש בחינוך והכשרה מתאימים לצורך טיפול במטופליהם/הן/הן, הומוסקסואלים וביסקסואלים.<sup>1</sup>

היעדים הספציפיים של קוים מנחים אלה הינם לספק לקלינאים (1) מסגרת התייחסות לטיפול במטופלות/ים לסביות, הומוסקסואלים וביסקסואלים, ו-(2) מידע בסיסי ומקורות נוספים בתחום של הערכה, התערבות, זהות, מערכות יחסים, וחינוך והכשרה של פסיכולוגים. קוים מנחים אלה מושתתים על עקרונות האתיקה לפסיכולוגים וקוד ההתנהגות של איגוד הפסיכולוגים האמריקאי (APA, 1992),<sup>2</sup> עמדות אחרות של ה-APA ועמדות של ארגוני בריאות נפש אחרים.

המושג "קוים מנחים" מתייחס להודעות, גילויי דעת או הצהרות שמציעים וממליצים על התנהגויות, מאמצים ופעילויות מקצועיות ספציפיות לפסיכולוגים. קוים מנחים שונים מסטנדרטים בכך שסטנדרטים הינם הכרחיים ועשויים להיות מלווים במנגנוני אכיפה. לכן, קוים מנחים אלה מגדירים שאיפות. הם מכוונים לקדם ולהמשיך את ההתפתחות השיטתית של המקצוע ולסייע בהבטחת רמה גבוהה של עשייה מקצועית על ידי פסיכולוגים. קוים מנחים אלה אין מטרתם להיות הכרחיים או ממצים, וייתכן שאינם ישימים לכל סיטואציה קלינית. אין לפרשם כמחלטים והם אינם מתיימרים לעלונויות על פני השיפוט של פסיכולוגים.

קוים מנחים אלה מאורגנים בארבע סעיפים: (1) עמדות כלפי הומוסקסואליות וביסקסואליות, (2) מערכות יחסים ומשפחות, (3) נושאים של שונות ו-(4) חינוך.

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

## עמדות ביחס להומוסקסואליות וביסקסואליות

**קו מנחה 1. פסיכולוגים מבינים שהומוסקסואליות וביסקסואליות אינן מהוות עדות לחולי נפשי.**

במשך למעלה ממאה שנים, הניחו שהומוסקסואליות וביסקסואליות הינן מחלות נפש. מחקרה של Hooker (1957) היה הראשון שהעמיד בשאלה הנחה זו. היא לא מצאה הבדל בין מדגמים לא-קליניים של גברים הטרוסקסואלים והומוסקסואלים בתגובות למבחנים השלכתיים. מחקרי המשך לא הראו הבדלים בין קבוצות הטרוסקסואליות והומוסקסואליות במדדי כישורים אינטלקטואלים (Tuttle & Pillard, 1991) וביחס לאיכות חייהם והערכתם העצמית (Savin-Williams, 1990; Herek, 1990; Coyle, 1993; Fox, 1966).

Pillard, 1988;

כאשר מחקרים הראו הבדלים בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים ביחס לתפקוד פסיכולוגי (Rothblum, 1994; Gonsiorek, 1991; DiPlacido, 1998; Ross, 1990; Rotheram-Borus, Hunter, & Rosario, 1994; Savin-Williams, 1994), הבדלים אלה יוחסו להשפעות של דחק הקשור לתיוג המבוסס על נטייה מינית. דחק זה עשוי להוביל לעליה בניסיונות אובדניים, שימוש בחומרים ממכרים ומצוקה נפשית.

הספרות המסווגת הומוסקסואליות וביסקסואליות כמחלות נפש נמצאה כרעועה מתודולוגית. Gonsiorek (1991) סקר ספרות זו ומצא כשלים מתודולוגיים רציניים כולל הגדרה לא ברורה של מושגים, סיווג לא מדויק של נבדקים, השוואה לא מתאימה של קבוצות, שיטות דגימה סותרות, בורות ביחס לגורמים פסיכולוגיים מתערבים ומדדי תוצאות מפוקפקים. התוצאות ממחקרים כושלים אלה שימשו לתמיכה בתיאוריות אודות הומוסקסואליות כמחלת נפש ו/או קיבעון בהתפתחות פסיכוסקסואלית. למרות שמחקרים אלה הסיקו שהומוסקסואליות הינה מחלת נפש, אין בהם תמיכה אמפירית בעלת תוקף והם משמשים כבסיס לאמונה שמובילה לתמונה בלתי מדויקת אודות לסביות, הומוסקסואלים וביסקסואלים.

כל ארגוני בריאות הנפש האמריקאים הראשיים הצהירו שהומוסקסואליות אינה מחלת נפש. ב-1975, איגוד הפסיכולוגים האמריקאים (APA) עודד את כל הפסיכולוגים "לקחת את ההנהגה בהסרת התיוג המקושר לאורך זמן לנטייה הומוסקסואלית" (Conger, 1975, p. 633). לאחר מכן, ה-APA וכל שאר ארגוני בריאות הנפש הראשיים אימצו מספר החלטות והצהרות-כוונה המבוססות על עקרון בסיסי זה, אשר הוכלל אף בקודים האתיים (כך, American Association for Marriage & Family Therapy, 1991; American Counseling Association, 1996; Canadian Psychological Association, 1995; National Association of Social Workers, 1996). בנוסף, עקרון זה הובא לידיעה בכמה תצהירים [בענייני חוק] של ה-APA (amicus) (Bersoff & Ogden, 1987 ; curiae briefs).

אם כן, פסיכולוגים מצהירים שנטייה הומוסקסואלית או ביסקסואלית אינה מחלת נפש (APA, 1998). "בפעילות הקשורה לעבודתם, פסיכולוגים אינם עוסקים בהפלייה בלתי הוגנת המבוססת על... נטייה מינית..." (APA, 1992). יתרה מזו, פסיכולוגים מסייעים למטופלים בהתגברות על ההשלכות של תיוג שעולות להוביל למצוקה רגשית.

#### (חזרה לתחילת המסמך)

**קו מנחה 2. פסיכולוגים נקראים להכיר בכך שעמדותיהם וידיעותיהם אודות נושאים הנוגעים ללסביות, הומואים וביסקסואלים עשויות להיות רלבנטיות לביצוע הערכה וטיפול, ולחפש אחר ייעוץ או להציע הפנייה מתאימה כאשר הדבר מתבקש.**

הקוד האתי קורא לפסיכולוגים "לשאוף להיות ערים למערכת האמונות שלהם, הערכים, הצרכים והמגבלות שלהם ולהשלכות של אלה על עבודתם" (APA, 1992, p. 1599). עקרון זה משתקף במערכות ההכשרה ובחומרי הלימוד של פסיכולוגים. הקוד האתי מעודד פסיכולוגים בנוסף להעריך את כישוריהם ומגבלות מומחיותם – במיוחד כאשר מטפלים בקבוצות אנשים בעלי איפיונים מיוחדים. ללא רמת מודעות

(Corey, Schneider-Corey, & Callanan, 1993).

הערכה [assessment] וטיפול במטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים עשויים להיות מושפעים לרעה על ידי עמדות שליליות סמויות או גלויות של המטפל. למשל, כאשר הומוסקסואליות וביסקסואליות נתפסים במודע כעדותיות למחלת נפש, נטייה הומוסקסואלית או ביסקסואלית של המטופל צפויה להיות מובנת כמקור ראשי לקשייו הנפשיים של המטופל אפילו כאשר הנטייה המינית לא הוצגה כבעיה (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Liddle, 1996; Nystrom, 1997). כאשר פסיכולוגים אינם ערים לעמדותיהם השליליות, עלול להיווצר ויתור [compromise] על פסיכותרפיה מועילה, הנובע מהטיה הטרנסקסיסטית. Herek (1995) הגדיר הטרנסקסיזם כ-"מערכת יחסים, או קהילה בלתי הטרנסקסואלית" (p. 321). ומתייגת כל צורה של התנהגות, זהות, מערכת יחסים, או קהילה בלתי הטרנסקסואלית" (p. 321). Anderson, 1996; Brown, ) (1989). כאשר נורמות הטרנסקסיסטיות של זהות, התנהגות, ומערכות יחסים מיושמות למטופלות/ים לסביות, הומואים או ביסקסואלים, מחשבותיהם, רגשותיהם והתנהגויותיהם עשויים להתפרש כאבנורמליים, סוטים ובלתי רצויים. פסיכולוגים שואפים להמנע מיצירת הנחות שמטופל הינו הטרנסקסואלי אפילו בהינתן סמנים לכאורה להטרנסקסואליות (למשל, מצב משפחתי, מפני שלסביות, הומואים וביסקסואלים עשויים להימצא בנישואים הטרנסקסואלים) (Glenn & Russell, 1986; Greene, ) (1994).

ביטוי אחר להטרנסקסיזם בפסיכותרפיה הינו גישה לטיפול מנקודת ראות "עיוורת-לנטיה-מינית". כמו מודלים של "עיוורון לצבע" (במובן: גזע), נקודת ראות זו שוללת את החוויות התרבותיות היחודיות של אוכלוסיה – במקרה זה אוכלוסיות לסביות, הומואיות וביסקסואליות – כאסטרטגיה להימנעות מעמדה של תיוג לחולי [pathologizing]. אולם, כאשר פסיכולוגים שוללים את החוויות הספציפיות לתרבות בחייהן/ם של לסביות, הומואים וביסקסואלים, הטיה הטרנסקסיסטית צפויה לחדור לעבודה באופן שאינו מועיל למטופלים (Garnets et al., 1991; Winegarten, Cassie, Markowski, Kozlowski, & Yoder, 1994). כאשר פסיכולוגים אינם בעלי ידע על הנושאים היחודיים ללסביות, הומואים וביסקסואלים, הם עלולים שלא להבין את השלכות התיוג על אנשים ועל מערכות יחסיהם האינטימיות.

מאחר שפסיכולוגים רבים לא קיבלו די מידע עכשווי לגבי מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים (Buhrke, 1989; Pilkington & Cantor, 1996) מומלץ בחום שפסיכולוגים יחפשו הכשרה, ניסיון וייעוץ ו/או הדרכה בשעת הצורך, בכדי להבטיח עשייה מתאימה עם אוכלוסיות אלה. נושאי מפתח לפרקטיקה כוללים הבנה של מיניות האדם; תהליכי "היציאה מהארון" וכיצד משתנים כמו גיל, מגדר, מוצא אתני, גזע, לקויות ודת יכולים להשפיע על תהליכים אלה; דינאמיקה של מערכות יחסים שוות-מגדר; יחסים עם משפחת המוצא; מאבקי השתייכות לקבוצות רוחניות ודתיות; נושאי הפליה בקריירה ובמקומות העבודה; ואסטרטגיות התמודדות המאפשרות תפקוד מוצלח.

על פי הקוד האתי, פסיכולוגים "ערים להבדלים תרבותיים, אישיים ותפקידיים, כולל אלו הקשורים ל... נטיה מינית... ומנסים להפחית את השפעתם של הטייות המבוססות על גורמים [כאלה] על עבודתם (APA, 1992, pp. 1599-1600). לפיכך, פסיכולוגים נקראים לעשות שימוש בשיטות של חקירה-עצמית וחינוך-עצמי (כמו, התייעצות, לימוד, והמשך הכשרה פורמלית) בכדי לזהות ולשנות הטייות ראשוניות לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות.

**קו מנחה 3. פסיכולוגים שואפים להבין את הדרכים בהן תיוג חברתי (כמו, דעות קדומות, הפלייה ואלימות) מעמיד סיכונים לבריאות הנפשית ואיכות החיים של מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים.**

לסביות, הומואים וביסקסואלים רבים נתקלים בתיוג חברתי, אלימות והפלייה (Herek, 1991). החיים בחברה הטרוסקסיסטית עלולים להוביל לדחק ניכר אצל לסביות, הומואים וביסקסואלים, רבים מהם זוכים לסובלנות רק כאשר הינם ב"ארון" (DiPlacido, 1998). הסטטוס של מיעוטים מיניים מגביר את הסיכון לדחק הקשור ל"מטרדים יומיומיים כרוניים (כמו, שמיעת בדיחות אנטי-הומוסקסואליות, היות תמיד על המשמר)", ול"אירועי חיים שליליים, במיוחד אירועים הקשורים להיות גיי (כמו, אובדן עבודה, בית, חזקה על הילדים, אלימות אנטי-גייז והפלייה בשל נטייה מינית)" רציניים יותר (DiPlacido, 1998, p. 140). Greene (1994b) ציין [ציינה?] שההשפעות המצטברות של הטרוסקסיות, סקסיות וגזענות עלולות להעמיד לסביות, הומואים וביסקסואלים בניהן מיעוטים גזעיים/אתניים בסיכון מיוחד לגורמי דחק חברתיים.

מחקרים הראו שגברים הומואים הינם בסיכון לבעיות נפשיות (Meyer, 1995), ומצוקה רגשית (Ross, 1990) כתוצר ישיר של הפלייה וחוויות שליליות בחברה. DiPlacido (1998) דיווחה שלמעשה לא קיים מחקר אודות גורמי דחק פסיכולוגיים של נשים לסביות וביסקסואליות. היא הציעה ש"נשים לסביות וביסקסואליות מסוימות עלולות להתמודד עם גורמי דחק הנובעים מריבוי השתייכות לקבוצות בנות סטטוס של מיעוט באופנים בלתי סתגלניים ובלתי בריאים (p. 141). גורמי דחק חברתיים המשפיעים על לסביות, הומואים וביסקסואלים מבוגרים יותר, כמו היעדר זכויות חוקיות והגנה במקרי חירום בריאותיים והיעדר הכרה במערכות יחסים זוגיות, במיוחד לאחר אובדן בן/ת זוג, קושרו עם תחושת חוסר ישע, דיכאון והפרעה לתהליכי אבל נורמטיביים (Berger & Kelly, 1996; Slater, 1995). גורמי דחק נבחנו אצל צעירות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים; עבורם פגיעות חברתית ובידוד זוהו כדאגות הבולטות. גורמי דחק חברתיים המשפיעים על צעירות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים, כמו התעללות מילולית ופיזית, דווחו כקשורים לבעיות לימודיות, בריחה מהבית, זנות, צריכת סמים והתאבדות (Savin-Williams, 1994, 1998). הטרדה מילולית ופיזית אנטי-הומוסקסואלית נמצאה כרווחת באופן מובהק יותר אצל מתבגרים הומוסקסואלים וביסקסואלים שניסו להתאבד בהשוואה לכאלה שלא (Rotheram-Borus, 1994). גורמי דחק אלה דווחו כקשורים גם להתנהגות מינית בעלת סיכון גבוה (Hunter, & Rosario, 1994). (Rotheram-Borus, Rosario, Van-Rossem, Reid, & Gillis, 1995).

לסביות, הומואים, וביסקסואלים החיים בקהילות כפריות עלולים לחוות לחצים הקשורים לסיכון שבחשיפה, מפני ששמירה על אנונימיות ביחס לנטייתם המינית יותר מסובכת. פחדים בנוגע לאובדן עבודה ובית עלולים להיות משמעותיים יותר מאחר שמגוון ההזדמנויות מוגבל בקהילה קטנה. פחות ניראות, ופחות ארגוני תמיכה של לסביות, הומואים וביסקסואלים עלולות להעצים את תחושת הבדידות החברתית. יתרה מזו, לסביות, הומואים, וביסקסואלים עלולים לחוש יותר חשופים לפעולות אלימות והטרדות מאחר שקהילות כפריות עשויות לספק פחות הגנה חוקית (D'Augelli & Garnets, 1995).

בהינתן הסכנות החברתיות והפיזיות המציאותיות והנתפסות אשר פוגשות/ים מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים רבים, ישנה חשיבות ראשונית במעלה לפיתוח של תחושת ביטחון. תיוג חברתי,

(Rothblum & Bond, 1996; Fassinger, 1995; Prince, 1995). ביטחון פיזי וחברתי ותמיכה רגשית זוהו כמרכזיים להפחתת דחק (Hershberger & D'Augelli, 1995; Levy, 1992) אצל לסביות, הומואים וביסקסואלים.

בנוסף ללחצים חיצוניים Gonsiorek (1993) תיאר [תיארה?] את התהליך באמצעותו לסביות, הומואים וביסקסואלים רבים מפנימים עמדות חברתיות שליליות. הפנמה זו עלולה להוביל לבעיות בדימוי העצמי הנעות בין היעדר ביטחון-עצמי ועד לשינאה עצמית גלויה (Gonsiorek, 1993), דיכאון (Meyer, 1995; Meyer and Dean, 1998) (Glaus, 1988). ו/או אלכוהוליזם וצריכת חומרים ממכרים אחרים (Glaus, 1988). הראו שגברים הומואים שקיבלו ציון גבוה במדד של הומופוביה מופנמת היו הרבה יותר צפויים לחוות פגיעה בתפקוד מיני, חוסר יציבות במערכות יחסים, להאשים עצמם בקורבנות של אנטי-הומוסקסואליות - מאשר הומואים פחות הומופובים.

פסיכולוגים העובדים עם לסביות, הומואים, וביסקסואלים נקראים לקבל הערכה של אירועים מהעבר בהם המטופל הפך לקורבן כתוצאה של הטרדות, הפלייה ואלומות. כך מתאפשר לפסיכולוג להבין את המידה שבה תמונת העולם של המטופל הושפעה מהתעללויות אלה ודאגות פוסט-טראומטיות אחרות שיש לטפל בהן. יתרה מזו, ההשלכות הפסיכולוגיות של עמדות שליליות מופנמות כלפי הומוסקסואליות וביסקסואליות לא תמיד ברורות מאליהן ומודעות (Shidlo, 1994). לכן, בתכנון וביצוע של טיפול, פסיכולוגים נקראים לשקול ביטויים עדינים יותר של השלכות אלה, כמו בושה, חרדה ו/או הערכה-עצמית נמוכה ולשקול את ההשלכות של האבחנה המבדלת של גורמי דחק אלה, גם בהקשר לעבר של המטופל וגם ביחס להקשר הפסיכוסוציאלי הנוכחי שלו.

#### (חזרה לתחילת המסמך)

**קו מנחה 4. פסיכולוגים שואפים להבין כיצד דעות קדומות בלתי מדויקות לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות עשויות להשפיע על האופן בו מציגה עצמו/ה מטופל/ת בטיפול או בתהליך הטיפולי.**

הטיות ומידע מוטעה לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות ממשיכים להיות נפוצים מאוד בחברה שלנו (APA, 1998; Haldeman, 1994). בשל התיוג של הומוסקסואליות וביסקסואליות, יש לצפות שלסביות, הומואים וביסקסואלים רבים יחוו בקונפליקט או תהיינה להם שאלות משמעותיות לגבי אספקטים או השלכות של הנטייה המינית שלהם (ראו קו מנחה 3). הפחד מפני אובדנים מרובים כולל משפחה, חברים, קריירה, קהילה רוחנית, כמו גם פגיעות להטרדות, הפלייה ואלומות, עלולים לגרום לאדם לפחד מפני הזדהות כלסבית, הומו, או ביסקסואלית. גורמים אלה נתפסו כמרכזיים ביצירה של חוסר נוחות אצל לסביות, הומואים, וביסקסואלים ביחס לנטייתם המינית (Davison, 1991; Haldeman, 1994). הרבה מטופלים המצויים בקונפליקט או ספקות לגבי ההשלכות של נטייתם המינית מחפשים פסיכותרפיה כדי לפתור דאגות אלה. פסיכולוג המחזיק בעמדות קדומות או במידע מוטעה לגבי נטייה מינית עלול להציע תגובות למטופל המצוי בספקות או בקונפליקט אשר תחרפנה את המצוקה שלו (ראו קו מנחה 2). עמדה בלתי ביקורתית כזו תתבטא בהסכמה של פסיכולוג לרעיון שהאסטרטגיה המועילה היחידה להתמודדות

המדיניות של ה-APA, "תגובות טיפוליות מתאימות לנטייה מינית" (1998), מציעה מסגרת התייחסות לפסיכולוגים העובדים עם מטופלים המוטרדים ביחס להשלכות של הנטייה המינית שלהם. המדיניות מדגישה את הפסקאות של הקוד האתי אשר יש ליישם לכל הפסיכולוגים העובדים עם מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים. פסקאות אלה כוללות איסור כנגד כל פרקטיקה מפלה (למשל, ביסוס של הטיפול על עמדה הרואה הומוסקסואליות או ביסקסואליות כמחלה); איסור על הצגה מטעה של נתונים מדעיים או קליניים (כמו, הטענה הבלתי מבוססת שנטייה מינית ניתנת לשינוי); ודרישה להסכמה מודעת [informed consent] (APA, 1992). בהתבסס על הקוד האתי, המדיניות של "תגובות טיפוליות מתאימות לנטייה מינית" קוראת לפסיכולוגים לדון על הטיפול, על הבסיס התיאורטי שלו, התוצאות הסבירות שלו, וגישות טיפוליות חלופיות. על ידי מתן מידע מדויק למטופל לגבי גורמי דחק חברתיים שעשויים להוביל לחוסר נוחות לגבי הנטייה המינית, הפסיכולוג יכול לעזור לנטרל את ההשלכות של הפלייה ולחסן את המטופל כנגד נזק עתידי. אם פסיכולוגים אינם יכולים לספק זאת או מידע אחר בשל היעדר ידע או הפרעה של האמנות אישיות, עליהם לקבל את המידע הדרוש או לדאוג להפנייה מתאימה [של המטופל] (ראו Section 1.08, Ethics Code). יתרה מזו, כאשר המטופל מציג חוסר נוחות ביחס לנטייה מינית, חשוב שפסיכולוגים יבצעו הערכה של ההקשר הפסיכולוגי והחברתי שבתוכו עולה חוסר נוחות זו. הערכה כזו יכולה לכלול לחצים פנימיים וחיצוניים על המטופל לשנות את הנטייה המינית, הימצאות או היעדרות של תמיכה חברתית ומודלים חיוביים של חיים לסביים, הומואיים או ביסקסואליים, והמידה שבה המטופל מקשר הומוסקסואליות או ביסקסואליות עם סטריאוטיפים וחוויות שליליות. מימדים אלה ואחרים של חוסר נוחות ביחס לנטייה מינית הינם חשובים לחקירה על ידי פסיכולוגים מאחר שהמשמעויות המקושרות עימם תמיד מורכבות. התפקיד של פסיכולוגים ללא קשר לגישה התיאורטית אינו לכפות את אמונותיהם על מטופלים אלא לבחון לעומק את חוויותיהם ומניעיהם של מטופלים. פסיכולוגים יכולים אף להוות מקור למידע אמין לגבי נטייה מינית (למשל, על ידי אספקת גישה למטופלים לנתונים אמפיריים ביחס לשאלות כמו התפתחותה של נטייה מינית או הקשר בין בריאות נפשית לנטייה מינית).

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

## מערכות יחסים ומשפחות

**קו מנחה 5. פסיכולוגים שואפים להשגת ידע אודות מערכות יחסים, לסביות, הומואיות וביסקסואליות, ולהכרה בחשיבות הקשרים הללו.**

זוגות לסביים, הומואים, ביסקסואלים הינם גם דומים וגם שונים מזוגות הטרוסקסואלים (Peplau, 1996; Veniegas, & Campbell, 1996). הם יוצרים קשרים מסיבות דומות (Klinger, 1996) ומבטאים שביעות רצון דומה ביחסיהם (Kurdek, 1995). השוני נובע מכמה גורמים, כולל תבניות שונות של התנהגות מינית, חיברות לתפקידי מגדר, ותיוג של יחסיהם (Garnets & Kimmel, 1993). לסביות, הומואים וביסקסואלים המצויים במערכות יחסים, עשויים לחפש טיפול מסיבות המקובלות אצל הרבה זוגות או מסיבות שהינן יחודיות למערכות יחסים שווי-מגדר (Cabaj & Klinger, 1996; Matteson, 1996; Murphy, 1994). בעיות נפוצות של מערכות יחסים כמו קשיי תקשורת, בעיות מיניות, נושאים של שתי קריירות, והחלטות

caregivers]; הבדלים בין בני/ות זוג בתהליך החשיפה; נושאים הנובעים מההשפעה של חיברות למיגדר ביחסים שווי-מיגדר; וסטטוס HIV (Cabaj & Klinger, 1996; Slater, 1995). נושאים חיצוניים כמו לחצים מצד משפחת המוצא ו/או בני/ות זוג הטרוסקסואליים נוכחיים או מהעבר עשויים אף הם לעלות. הורות עשויה להעלות נושאים יחודיים עבור לסביות, הומואים וביסקסואלים (למשל, סיכון אפשרי לחזקה על הילד מצד בני זוג קודמים או הורים; היעדר זכויות חוקיות לאחד ההורים). שינויים בבריאות הגופנית יכולים להעלות נושאים יחודיים, במיוחד אצל זוגות לסביים, הומואים וביסקסואלים מבוגרים (למשל, פרידה אפשרית והיעדר קשר בין בני/ות זוג במסגרות סיעודיות ומסגרות כוללניות אחרות).

פסיכולוגים נקראים להביא בחשבון את ההשלכות השליליות של דעות קדומות והפליה חברתית ביחס למערכות יחסים לסביות, הומואיות וביסקסואליות. חשוב שפסיכולוגים יבינו שבהיעדר אמצעי בקרה ותמיכה למערכות יחסים, לסביות, הומואים וביסקסואלים עשויים ליצור מודלים משלהם למערכות יחסים ולמערכות תמיכה. לכן, פסיכולוגים שואפים להיות מיועדים אודות הטבע המגוון של מערכות יחסים לסביות, הומואיות וביסקסואליות ולהעריך ולכבד את המשמעות של מערכות יחסים אלה.

#### (חזרה לתחילת המסמך)

### **קו מנחה 6. פסיכולוגים שואפים להבין את הנסיבות הייחודיות ואת האתגרים הניצבים בפני אמהות/הורים לסביות, הומואים וביסקסואלים.**

בהשוואה בין יכולותיהן/ם של לסביות, הומואים וביסקסואלים כהורים להורים הטרוסקסואלים, מחקרים לא הצביעו על הבדלים מובהקים (Allen & Burrell, 1996; Bigner & Bozett, 1990; Bozett, 1989; Cramer, 1986; Falk, 1989; Gibbs, 1988; Kweskin & Cook, 1982; Patterson, 1996a). עם זאת, אמהות/הורים לסביות, הומואים, וביסקסואלים ניצבים בפני אתגרים שאינם עומדים בפני רוב ההורים הטרוסקסואלים בשל הסטיגמה המקושרת עם הומוסקסואליות וביסקסואליות. דעות קדומות הובילו להפליה ממסדית על ידי מערכות החוק, החינוך והרווחה. במקרים מסויימים, לסביות, הומואים, וביסקסואלים איבדו את החזקה על ילדיהם, הוגבלו בביקור ילדיהם, נאסר עליהם לחיות עם בני זוגם, ו/או נמנע מהם לאמץ או להיות הורה אומן [foster], בשל נטייתם המינית (Editors of the Harvard Law Review, 1990; Falk, 1989; Patterson, 1996).

הקשיים הראשיים הניצבים בפני ילדים של לסביות, הומואים וביסקסואלים קשורים לתפיסות שגויות לגבי הוריהם המתקיימות בחברה הרחבה. שלושה איזורי חשש הועלו על ידי אנשים במערכת החוקית ומערכת הרווחה ביחס להשפעה שעשויה להיות לנטייה המינית של האם/הורה הלסבית, ההומו או הביסקסואל על ילדיהם. חששות אלה כוללים את ההשפעה של האם/הורה לסבית, הומו, או ביסקסואל על הזהות המיגדרית של ילדים, הקונפורמיות שלהם עם התפקיד המגדרי, והנטייה המינית שלהם. גוף המחקר לגבי אמהות לסביות הוא נרחב בהרבה מזה שלגבי אבות הומואים. מתוך סקירת ספרות נרחבת, Patterson (1996b) הסיקה שלא היו עדויות לקשיים בזהות מגדרית אצל ילדים של אמהות לסביות. היא דיווחה גם שמחקרים הצביעו על כך שהתנהגויות מגדריות אצל ילדים של אימהות לסביות היו בטווח הנורמלי. יתרה מזו, ילדים של לסביות, הומואים וביסקסואלים לא הראו הבדל מחבריהם שגודלו על ידי

פסיכולוגים מתבססים על ידע שהושג מדעית ומקצועית ונמנעים מהפלייה כאשר הם מבצעים הערכה של המסוגלות לקבלת חזקה על ילדים, אימוץ ו/או אומנה. פסיכולוגים מספקים מידע אמין ומתקנים מידע בלתי אמין בעבודתם עם הורים, ילדים, ארגונים קהילתיים ומוסדות (כמו, מערכות חינוך, חוק, ורווחה).

#### (חזרה לתחילת המסמך)

**קו מנחה 7. פסיכולוגים מכירים בכך שמשפחותיהן/ם של לסביות, הומואים וביסקסואלים עשויות לכלול אנשים שאינם קשורים זה לזה חוקית או ביולוגית.**

ההכרה בצורות משפחתיות מגוונות, כולל משפחות מורחבות ומעורבות [מורכבות: Blended], הינה מרכזית לפסיכותרפיה עם מטופלים בעלי רקע אתני ותרבותי מגוון (Ho, 1987; Thomas & Dansby, 1985). עבור לסביות, הומואים וביסקסואלים רבים, בן/בת הזוג העיקרי ו/או רשת של חברים קרובים מהווים מבנה משפחתי חלופי. בהיעדר הכרה חוקית או מוסדית, ואל מול הפלייה חברתית, תעסוקתית ומשפחתית, מבנים משפחתיים חלופיים אלה עשויים להיות משמעותיים יותר מאשר משפחת המקור של הפרט (Kurdek, 1988; Weston, 1992). החשיבות של מבני משפחה חלופיים למבוגרות/ים ונערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים לא תמיד מובנת. יתרה מזו, מערכות יחסים אלה זכו להערכה שלילית או הוכחו על ידי פסיכולוגים (Laird & Green, 1991; Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Laird & Green, 1996).

תמיכה חברתית היא מקור חשוב ביכולת של זוג הטרנסקסואלי להתמודד עם מצוקות במערכת היחסים (Sarason, Pierce, & Sarason, 1990). אנשים המצויים במערכות יחסים שוות-מגדר נוטים לקבל פחות תמיכה בבגרות ובגיל המבוגר ממשפחות המוצא שלהם מאשר הטרנסקסואלים מקבילים להם (Kurdek, 1991; Laird & Green, 1996). יחסים קרובים עם רשת תומכת של חברים נתפסת אף היא על ידי נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים כבעלת חשיבות עצומה. רשת חברתית חזקה נראתה כציר מרכזי בחקירה ובהתפתחות של זהות מינית (D'Augelli, 1991).

בהינתן חשיבותה של תמיכה חברתית לשביעות רצון כוללת ממערכות יחסים ולאריכות חיים, פסיכולוגים נקראים להביא בחשבון את החשיבות של יחסים משפחתיים חלופיים ללסביות, הומואים וביסקסואלים. פסיכולוגים מודעים גם לדחק שמטופלים חווים כאשר משפחות המוצא שלהם, מעסיקהם ואחרים לא מספקים הכרה למבנה המשפחה שלהם. לכן, כאשר מבצעים הערכה, פסיכולוגים נקראים לשאול מטופלים את מי הם מחשיבים כחלק ממשפחתם.

#### (חזרה לתחילת המסמך)

**קו מנחה 8. פסיכולוגים שואפים להבין כיצד הנטייה ההומוסקסואלית או הביסקסואלית של אדם עשויה להשפיע על משפחת המוצא שלו/ה ועל היחסים שלו/ה עם משפחת מוצא זו.**

משפחות המוצא עשויות שלא להיות בשלות לקבל ילד/ה לסבית, הומו, או ביסקסואל בשל נורמות משפחתיות, אתניות ותרבותיות ו/או אמונות דתיות או סטריאוטיפים שליליים (Chan, 1995; Greene, 1994a; Matteson, 1996). המודעות להומוסקסואליות או לביסקסואליות של בן משפחה עלולה לעורר

Griffin, Wirth, & Wirth, 1996; Savin-Williams & Dube,

1993; Strommen, 1998). אפילו כאשר התגובות הינן חיוביות יותר, עשויה להידרש הסתגלות בכדי להתרגל להבנה חדשה של חברת המשפחה הלסבית, ההומו או הביסקסואל (Laird, 1996). הרבה משפחות ניצבות בפני תהליך "היציאה מהארון" שלהן עצמן, כאשר חברת משפחה חושפת את ההומוסקסואליות או הביסקסואליות שלו/ה (Bass & Kaufman, 1996; Savin-Williams & Dube, 1998).

יש משפחות הנדרשות להסתגל לאובדן תקוות, תפיסות וציפיות הקשורות להנחה של הטרוסקסואליות (Savin-Williams, 1996). משפחות עשויות להזדקק לעזרה אף בפיתוח הבנה חדשה של נטייה מינית, בהתמודדות עם הדרכים שבהם עמדות חברתיות שליליות לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות נותנות ביטויין בתוך המשפחה ובנגיעה בקשיים הקשורים לתיוג חברתי. פסיכולוגים רגישים גם לשונות התרבותית בתגובות המשפחה ודרכי ההסתגלות שלה לחברת משפחה לסבית, הומו או ביסקסואל. משאבים מקומיים ומדיניים נגישים שיכולים לספק מידע, עזרה ותמיכה לחברי המשפחה (כמו, "הורים, משפחה, וחברים של לסביות והומואים" PFLAG [תהילה בישראל]; "ילדים של לסביות והומואים בכל מקום" - CLGE).

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

## נושאים של שונות

**קו מנחה 9. פסיכולוגים נקראים להכיר בנושאי חיים ואתגרים מסויימים העומדים בפני לסביות, הומואים וביסקסואלים המשתייכים למיעוטים (מבחינת גזע ומוצא), אשר נוגעים לריבוי מערכות של נורמות, ערכים ואמונות - שעלולות לסתור זו את זו לעתים קרובות.**

לסביות, הומואים וביסקסואלים ממיעוטים של גזע/מוצא אתני צריכים לשאת ולתת עם הנורמות, הערכים והאמונות ביחס להומוסקסואליות והטרוסקסואליות של התרבות המרכזית ותרבות המיעוט כאחת (Chan, 1992, 1995; Greene, 1994a; Manalansan, 1996; Rust, 1996). שונות תרבותית בנורמות, ערכים ואמונות אלה יכולה להוות מקור מרכזי לדחק פסיכולוגי. עלולה שלא להיות אף קבוצה או קהילה שבה הלסבית, הומו או הביסקסואל הבא ממיעוט גזע/מוצא אתני יכול/ה לעגן את זהותו/ה ולזכות בקבלה מלאה. בעיה זו עשויה להעמיד אתגר גבוה אף יותר לנערים/ות מקבוצת מיעוט של גזע/מוצא אתני המבררים את זהותם ונטייתם המינית.

בעת הצעת שירותים פסיכולוגיים לאוכלוסיות מגוונות גזע או מוצא אתני של לסביות, הומואים, וביסקסואלים, אין די בכך שפסיכולוגים פשוט יכירו את הרקע של הגזע או המוצא האתני של מטופליהם. סטטוס ריבוי-מיעוטים עלול לסבך ולהעצים קשיים שנחווים על ידי מטופלים אלה. המטופלים עשויים להיות מושפעים מהאופן בו תרבותם תופסת הומוסקסואליות וביסקסואליות (Gock, 1992; Greene, 1994c). ההשפעות של גזענות בתוך הקהילות הלסביות, הומואיות וביסקסואליות אף הן גורמים קריטיים שיש להביא בחשבון (Gock, 1992; Greene, 1994b; Morales, 1996; Rust, 1996). רגישות לדינאמיקות המורכבות הקשורות לגורמים כמו ערכים תרבותיים לגבי תפקידי מגדר, אמונות הנוגעות לדת ולהולדה [procreative], מידת האימוץ על ידי הפרט והמשפחה של התרבות הזרה, והעבר האישי והתרבותי של

(Chan, 1995; Greene, 1994b; Rust, 1996).

(חזרה לתחילת המסמך)

### **קו מנחה 10. פסיכולוגים נקראים להכיר בכך שביסקסואלים חווים אתגרים מיוחדים.**

מבוגרים ובני נוער ביסקסואלים עלולים לחוות מגוון גורמי דחק בנוסף לדעות הקדומות החברתיות בנוגע למשיכה שוות-מגדר. גורם דחק אחד כזה הוא שהקטוב של נטייה מינית לקטגוריות הטרנסקסואליות והומוסקסואליות יוצר חוסר תיקוף של הביסקסואליות (Elliason, 1997; Fox, 1996; Markowitz, 1995; Matteson, 1996; Ochs, 1996; Paul, 1996; Shuster, 1987). תפיסה זו השפיעה על התיאוריה והפרקטיקה הפסיכולוגיות כמו גם על עמדות חברתיות ומוסדיות. כתוצאה מכך, ביסקסואליות עלולה להתפס באופן שגוי כמצב חולף [מעברי?]. למרות שלא נמצאה כל עדות לבעיות הסתגלות או פסיכופתולוגיה, ביסקסואלים שאינם מאמצים זהות הטרנסקסואלית או הומוסקסואלית אקסלוסיבית עלולים למרות זאת להתפס כמקובעים התפתחותית או פגועים פסיכולוגית באופן אחר (Fox, 1996).

עמדות אישיות וחברתיות שליליות כלפי ביסקסואליות בקהילות הטרנסקסואליות והומוסקסואליות כאחת משפיעים באורח שלילי על ביסקסואלים (Fox, 1996; Ochs, 1996). עמדות כאלה יכולות לנבוע מהיעדר מידע או נגישות לקהילה נראית של ביסקסואלים אחרים (Hutchins, 1996). על פי Hutchins (1966) ו-Matteson (1966), מידע לגבי משאבים בקהילה יכול לעודד התפתחות ושימור של זהות ביסקסואלית חיובית.

פסיכותרפיה עם מטופלים ביסקסואלים מכבדת את השונות של חוויותיהם ומערכות יחסיהם (Fox, 1996; Klein, Sepekoff, & Wolf, 1985; Matteson, 1996). פסיכולוגים נקראים לאמץ הבנה מורכבת יותר של נטייה מינית מאשר מודל דיכוטומי בגישתם לטיפול (Matteson, 1996).

(חזרה לתחילת המסמך)

### **קו מנחה 11. פסיכולוגים שואפים להבין את הבעיות והסיכונים הספציפיים הניצבים בפני צעירות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים.**

חשוב שפסיכולוגים יבינו את הקשיים והסיכונים היחודיים הניצבים בפני נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים (D'Augelli, 1998). נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים עלולים לחוות התנכרות של הוריהם כאשר הם חושפים את הנטייה המינית שלהם (Cramer & Roach, 1988). כאשר נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים נדחים על ידי הוריהם, הם נמצאים בסיכון גבוה להפוך לחסרי-בית (Kruks, 1991), לפנות לזנות (Coleman, 1989), להידבק באיידס (Gold & Skinner, 1992) ולהימצא בלחץ (Hershberger & D'Augelli, 1995; Savin-Williams, 1994). נערות/ים שמזדהים כלסביות, הומואים או ביסקסואלים בגיל צעיר מצויים גם בסיכון מוגבר להפוך קורבנות לאלימות (Hunter, 1990), אפילו בתוך משפחותיהם (Harry, 1989), להשתמש בחומרים ממכרים (Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey, & DuRant, 1998), ולנסות להתאבד (Remafedi, French, Story, Resnick, & Blum, 1998).

קשיים אלה עלולים גם לסבך את המשימות ההתפתחותיות של גיל התבגרות (Gonsiorek, 1991). התיג החברתי המקושר לזהות לסבית, הומוסקסואלית וביסקסואלית עלול לסבך גם נושאים של בחירת ופיתוח קריירה (Prince, 1995). הקבלה הנחווית מצד הורים וחברים הינה בעלת משמעות חשובה להסתגלות של נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים (Savin-Williams, 1989). למרות שחברים ומחנכים יכולים להועיל בשיפור הסביבה הפסיכוסוציאלית של נערות/ים אלה (Anderson, 1994; Caywood, 1993; Lipkin, ) הם לא יכולים להועיל בהיעדר מידע וניסיון מתאימים. כאשר מקורות תמיכה פוטנציאליים אלה הינם הטרנסקסיסטים, הם עלולים לגרום לקונפליקט ומצוקה נוספים (Martin & Woog, 1995; 1992), הם לא יכולים להועיל בהיעדר מידע וניסיון מתאימים. כאשר מקורות תמיכה פוטנציאליים אלה הינם הטרנסקסיסטים, הם עלולים לגרום לקונפליקט ומצוקה נוספים (Martin & Woog, 1995; 1992). (Hetrick, 1988; Telljohann & Price, 1993).

אסטרטגיות טיפוליות מתאימות לעבודה עם נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים תוארו בספרות המקצועית (Browning, 1987; Coleman & Remafedi, 1989; Gonsiorek, 1988; Ryan & Futterman, 1998). פסיכולוגים שואפים ליצור סביבה טיפולית בטוחה לנערות/ים לבחינת נושאים של נטייה מינית. פסיכולוגים צריכים להיות ערים לדרכים בהן נושאים פסיכולוגיים, אתיים וחוקיים שמעורבים בעבודה עם קטינים הופכים את העבודה עם נערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים למורכבת עוד יותר.<sup>3</sup>

#### (חזרה לתחילת המסמך)

**קו מנחה 12. פסיכולוגים מביאים בחשבון הבדלים בין-דוריים בתוך האוכלוסיה הלסבית, ההומואית והביסקסואלית, ואת האתגרים היחודיים שעשויים להיות נחווים על ידי מבוגרות/ים לסביות, הומואים וביסקסואליים מהדור השלישי.**

פסיכולוגים נקראים להכיר בכך ש: (1) ללסביות, הומואים וביסקסואלים מדורות שונים עשויות להיות חוויות התפתחותיות שונות באורח משמעותי; ו-(2) לסביות, הומואים וביסקסואלים מהדור השלישי התבגרו עם קבוצת-שווים בעלת איפיונים שהופכים אותם לדור שונה (Kimmel, 1995). דוגמאות לגורמים המשפיעים על הבדלים בין-דוריים כוללות שינוי בעמדות חברתיות כלפי הומוסקסואליות, מגיפת האיידס ותנועות של נשים ושל זכויות הפרט. השפעות-דור כאלה עשויות להשפיע באופן מהותי על התפתחות הזהות ההומוסקסואלית, כמו גם על התפקוד הפסיכולוגי והחברתי (McDougal, 1993; Fassinger, 1997; ) (Frost, 1997).

פסיכולוגים נקראים להכיר במשימות המעבר והחיים היחודיות העומדות בפני לסביות, הומואים וביסקסואלים בני הדור השלישי, כמו שינויים נורמטיביים בבריאות, פרישה, כלכלה ותמיכה חברתית (Slater, 1995; Berger, 1994). במובנים רבים, אלה אותם נושאים הניצבים בפני מבוגרים הטרנסקסואלים בני הדור השלישי (Slater, 1995; Reid, 1995; Kirkpatrick, 1989; Kimmel, 1990). עם זאת, סטטוס ריבוי-מיעוטים של מטופלים עלול להקצין בעיות, והמיגדר עשוי להעלות בעיות שונות (ראו 9 Guideline ; Quam & Whitford, 1992; Turk-Charles, Rose, & Gatz, 1996). יתרה מזו, משימות תום החיים עשויות להיות סבוכות עבור לסביות, הומואים וביסקסואלים בני הדור השלישי ויכולות להתפתח למשברים בשל גורמי דחק פסיכוסוציאליים והטרנסקסיזם (Adelman, 1990; Berger & Kelly, 1996). זוגות מבוגרים של לסביות, הומואים וביסקסואלים מציבים נושאים פוטנציאליים [יחודיים], במיוחד מפני שהן חסרות זכויות חוקיות והגנה המסופקות לזוגות הטרנסקסואלים (ראו קו מנחה 5). פסיכולוגים נקראים: (1) להיות ערים לחוקי

מבוגרים בני הדור השלישי הינם קבוצה מגוונת, ושינויים נורמטיביים בזקנה יכולים להיות חיוביים כמו שליליים, ואינם בהכרח קשורים לפתולוגיה או לנטייה מינית של המטופל. ישנם כמה תיאורים של הסתגלות מיטיבה להזדקנות אצל לסביות, הומואים וביסקסואלים מהדור השלישי (Friend, 1990; Lee, 1987) שעשויים לסייע לפסיכולוגים המטפלים במטופלים אלה. ההתייחסות בעבר לנושאים של היות מיעוט מתוייג, עשויה להקל על גברים הומואים, לסביות וביסקסואלים להתייחס להזדקנות ולמעברים בעת הזקנה (Kimmel, 1995; Fassinger, 1997).

### (חזרה לתחילת המסמך)

## **קו מנחה 13. פסיכולוגים נקראים להכיר באתגרים הייחודיים הניצבים בפני לסביות, הומואים וביסקסואלים בעלי ליקויים פיזיים, סנסוריים ו/או קוגניטיביים/רגשיים.**

לסביות, הומואים וביסקסואלים בעלי ליקויים פיזיים ו/או סנסוריים עשויים לחוות טווח רחב של אתגרים הקשורים לתיוג חברתי הן כלפי ליקויים והן כלפי נטייה מינית (Saad, 1997). דאגה אחת היא המידה שבה הדימוי העצמי של הפרט מושפע מסטיגמות חברתיות, אשר בתורו יכול להשפיע על תחושת האוטונומיה והריבונות העצמית [personal agency], המיניות והביטחון העצמי (Shapiro, 1993). למשל, אנשים עם ליקויים יכולים להיות פגיעים במיוחד לנושא של "הופעאיזם" ["looksism"] (למשל, ביסוס ערך חברתי על הופעה חיצונית והוצאה לשוליים של אלה שאינם מותאמים לסטנדרטים מובנים-חברתית, בשל סיבות של גיל, יכולת, או הופעה). עוד מקור לדאגה נוגע לאופן שבו הליקוי הפיזי משפיע על יחסיו של אדם עם בני-זוג, משפחה, מטפלים ואנשי מקצוע מתחום הבריאות. בתוך יחסים זוגיים, יתכנו נושאים הנוגעים לתחזוקת חיי היום-יום, כולל תנועתיות [מוביליות], מיניות וקבלת החלטות רפואיות וחוקיות. תמיכה משפחתית עשויה להיות בלתי נגישה בשל תגובות שליליות לנטייה המינית של האדם (Rolland, 1994; McDaniel, 1995). יתכנו אף גורמי דחק הקשורים לצורך של הלסבית, הומו, ביסקסואל "לצאת מהארון" בפני מטפלים או אנשי מקצוע בתחום הבריאות (O'Toole & Bregante, 1992).

ללסביות, הומואים וביסקסואלים הסובלים מלקויות עלולה שלא להתאפשר גישה למידע, תמיכה ושירותים הנגישים ללסביות, הומואים וביסקסואלים שאינם בעלי לקויות (O'Toole & Bregante, 1992). העדר הכרה חברתית במערכות יחסים של לסביות, הומואים וביסקסואלים משפיעה על אלה בעלי דאגות רפואיות מתמידות כמו כיסוי ביטוחי רפואי לשותפים לחיים, מדיניות צוואה רפואית משפחתית, ביקורים בבתי חולים, קבלת החלטות על ידי בני זוג ונושאים שארות (Laird, 1993).

Saad (1997) ממליץ [ממליצה?] שפסיכולוגים יבררו את העבר המיני וההווה של התפקוד המיני ויספקו מידע ויעודדו פתרון-בעיות בתחום זה. מחקרים דיווחו שהרבה לסביות והומואים בעלי לקויות סבלו יחסי מין בכפייה (Swartz, 1995; Thompson, 1994). עשוי להיות חשוב לפסיכולוגים לקבל הערכה אודות המידה שבה אדם חווה עצמו כקורבן מיני או פיזי. לבסוף, בהינתן עמדות קדומות, הפלייה והיעדר תמיכה גם בתוך וגם מעבר לקהילות הלסביות, הומואיות וביסקסואליות, עשוי להיות חשוב שפסיכולוגים יכירו בכך שכאשר ישנן לקויות פיזיות/סנסוריות או קוגניטיביות/רגשיות, מחסומים חברתיים ועמדות שליליות עלולים להגביל את מידת אפשרויות הבחירה בחיים (Shapiro, 1993).

## חינוך

**קו מנחה 14. פסיכולוגים תומכים במתן חינוך מקצועי והכשרה לגבי נושאים הנוגעים לסביבות, הומוסקסואליות וביסקסואליות.**

נותר פער בין מדיניות ופרקטיקה בטיפול הפסיכותרפויטי במטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים (Dworkin, 1992; Fox, 1996; Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Greene, 1994a; ) (Iasenza, 1989; Markowitz, 1991, 1995; Nystrom, 1997). למרות התוספת לאחרונה של הכשרה לשונות במהלך החינוך לתואר וההתמחות, מחקרים הראו שסטודנטים בוגרי תואר בפסיכולוגיה מדווחים לעתים קרובות על חינוך והכשרה לא הולמים בנושאים הנוגעים לסביות, הומואים וביסקסואלים (Buhrke, ) (Allison, Crawford, ) (1989; Glenn & Russell, 1986; Pilkington & Cantor, 1996). לא מוכנים לעבודה מועילה עם מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים (Echemendia, Robinson, & Knepp, 1994; Buhrke, 1989; Graham, Rawlings, Halpern, & Hermes, 1984). ניתן לטפל בפער בין המדיניות לפרקטיקה על ידי הכללת מידע לגבי אוכלוסיות אלה בכל תוכניות ההכשרה.

פקולטות, מדריכים ויועצים נקראים לכלול מידע עדכני לגבי נושאים הנוגעים לסביות, הומואים וביסקסואלים בתוך מכלול ההכשרה לעבודה של אנשי מקצוע. ישנם משאבים נגישים שיכולים לעזור לפקולטות לכלול תכנים הנוגעים לסביות, הומואים וביסקסואלים בתוכנית הלימודים (למשל, APA, 1995; Buhrke & Douce, 1991; Cabaj & Stein, 1996; Croteau & Bieschke, 1996; Greene & Croom, in press; Hancock, 1995; Pope, 1995; Savin-Williams & Cohen, 1996). פסיכולוגים המתמחים בפסיכולוגיה של לסביות, הומואיות וביסקסואליות יכולים לספק על בסיס משרה חלקית או מלאה הכשרה וייעוץ לפקולטות כמו גם קורסים והדרכה קלינית לסטודנטים. ניתן לעודד פקולטות ומדריכים לחפש קורסים של הכשרה משלימה בנושאים הנוגעים לסביות, הומואיות וביסקסואליות.

**קו מנחה 15. פסיכולוגים נקראים להגביר את ידיעותיהם והבנתם לגבי הומוסקסואליות וביסקסואליות באמצעות חינוך משלים, הכשרה, הדרכה והתייעצות.**

הקוד האתי דוגל בכך שעל פסיכולוגים "לשמור על רמה סבירה של מודעות למידע מדעי ומקצועי עכשווי... ולעשות מאמץ מתמשך לשמר קומפטינטיות לגבי היכולות בהן הם עושים שימוש" (APA, 1992, p. 1600). למרבה הצער, החינוך, ההכשרה, ההתנסויות הפרקטיות, הייעוץ ו/או ההדרכה שפסיכולוגים קיבלו בנוגע לנושאים הנוגעים לסביות, הומואים וביסקסואלים הינו לעתים קרובות בלתי הולם, לא מעודכן או לא נגיש (Buhrke, 1989; Glenn & Russell, 1986; Graham, Rawlings, Halpern, & Hermes, 1984; ) (Pilkington & Cantor, 1996). מחקרים חשפו עמדות קדומות של פסיכולוגים וחוסר רגישות בעבודתם עם לסביות, הומואים וביסקסואלים (Liddle, ) (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Liddle, ) (1996; Nystrom, 1997, Winegarten, Cassie, Markowski, Kozlowski, & Yoder, 1994).

הכנה לקראת מתן פסיכותרפיה למטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים כוללת חינוך משלים, הכשרה, התנסות, התייעצות או הדרכה בתחומים כמו (א) מיניות האדם; (ב) התפתחות זהות לסבית, הומואית וביסקסואלית; (ג) ההשלכות של תיוג על לסביות, הומואים וביסקסואלים כיחידים, זוגות ומשפחות; (ד) גורמים אתניים ותרבותיים המשפיעים על זהות; ו-(ה) נושאים של התפתחות קריירה ומקום העבודה יחודיים ללסביות, הומואים וביסקסואלים.

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

**קו מנחה 16. פסיכולוגים מבצעים מאמץ סביר ליצור היכרות עם משאבים מתחום בריאות הנפש, החינוך והקהילה, שהינם רלבנטיים ללסביות, הומואים וביסקסואלים.**

הכרות עם משאבים קהילתיים נמצאה כגורם הנשקל על ידי מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים כשהם בוחרים מטפלים (Liddle, 1997; Matteson, 1996). הנגישות של משאבים קהילתיים של לסביות, הומואים וביסקסואליים משתנה באופן דרמטי בתלות במיקום; לכן מועיל לפסיכולוגים לדעת שמקורות מידע ותמיכה יכולים להימצא ברמות מקומיות, איזוריות ולאומיות. כמה מחברים הציעו דיון וסקירה של קהילות לסביות, הומואיות וביסקסואליות (D'Augelli & Garnets, 1995; Esterberg, 1996; Hutchins, 1996).

מועיל לפסיכולוגים להיות ערים לאופי ולנגישות של משאבים קהילתיים של לסביות, הומואים וביסקסואלים עבור מטופליהם ומשפחותיהם. במיוחד מועילים ארגונים המספקים תמיכה להורים, ילדים צעירים ובוגרים, וחברים של מטופלים לסביות, הומואים וביסקסואלים (למשל, PFLAG; ו-CLGE [בישראל, תהילה]); תוכניות שמספקות תשומת לב מיוחדת לקורבנות של פשעי שנאה; תוכניות לנערות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים; וקבוצות שמתמקדות בנושאים של הורות, מערכות יחסים או "יציאה מהארון". ישנם גם ארגונים מקצועיים וקבוצות עבור לסביות, הומואים וביסקסואלים שחורים, קבוצות לאנשים העסוקים באידס, קבוצות חברתיות ורשתות עסקיות, וקבוצות שיכולות לספק סיוע רוחני. מקורות אלקטרוניים כמו קבוצות של חדשות, רשימות כתובות, ודפי מידע ברשת יכולים להיות שמישים הן למטופלים והן לפסיכולוגים כמקורות בעלי ערך של מידע ותמיכה. בנוסף, ישנם בתי עסק המציעים אירוח לקהל יעד לסבי, הומואי וביסקסואלי. פסיכולוגים שאינם מכירים את המשאבים המקומיים של לסביות, הומואים וביסקסואלים יכולים לקבל ייעוץ או הפניות מסוכנויות מקומיות, איגודים מדיניים וה-APA.

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

## תודות

These guidelines were developed by the Division 44 / Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients (JTF). They were adopted by the Council of Representatives on February 26, 2000. The JTF co-chairs were Kristin Hancock, PhD (John F. Kennedy University, Orinda, California) and Armand Cernbone, PhD

(independent practice, Chicago, Illinois). The JTF members included Christine Browning, PhD (University of California, Irvine); Douglas Haldeman, PhD (independent practice, Seattle, Washington); Ronald Fox, PhD (independent practice, San Francisco, California); Terry Gock, PhD (Asian Pacific Family Center, Rosemead, California); Steven James, PhD (Goddard College, Plainfield, Vermont); Scott Pytluk, PhD (private practice, Chicago, Illinois); Ariel Shidlo, PhD (Columbia University, New York). The JTF wishes to acknowledge Alan Malyon, PhD for his foresight regarding the need for guidelines and for initiating their careful development. In addition, the JTF is grateful to Catherine Acuff, PhD (Board of Directors) for her vision, support, and skillful guidance; to Ron Rozensky, PhD (BPA), Lisa Grossman, PhD/JD (COPPS), and Dan Abrahamson, PhD (BPA) for their thorough and thoughtful review and editorial suggestions; to Kate Hays, PhD, Harriette Kaley, PhD, and Bianca Murphy, PhD (BAPPI) for their assistance in providing important feedback on several earlier drafts of the guidelines; to Ruth Paige, PhD (Board of Directors), Jean Carter, PhD (CAPP), and the many other APA colleagues for the consultation and assistance they gave to this project; to Board for the Advancement of Psychology in the Public Interest, the Board of Professional Affairs, the Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns, and especially Division 44 for their kind support; to Clinton Anderson (CLGBC Staff Officer) for all the hard work, patience, and counsel he provided to the JTF throughout this project; and to CLGBC's Task Force on Bias whose work (published in the September, 1991 issue of the American Psychologist) formed the basis for the development of these guidelines.

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

## מקורות

Adelman, M. (1990). Stigma, gay lifestyles, and adjustment to aging: A study of later-life gay men and lesbians. Journal of Homosexuality, 20(3-4), 7-32.

Allen, M., & Burrell, N. (1996). Comparing the impact of homosexual and heterosexual parents on children: Meta-analysis of existing research. Journal of Homosexuality, 32(2), 19-35.

Allison, K., Crawford, I., Echemendia, R., Robinson, L., Knepp, D. (1994). Human diversity and professional competence: Training in clinical and counseling psychology revisited. American Psychologist, 49, 792-796.

American Association for Marriage and Family Therapy. (1991). AAMFT code of ethics. Washington, DC: AAMFT.

American Counseling Association. (1996). ACA code of ethics and standards of practice. In B. Herlihy & G. Corey (Eds.), ACA ethical standards casebook (pp. 26-59). (5th ed). Alexandria, VA: American Counseling Association.

American Psychiatric Association. (1974). Position statement on homosexuality and civil rights. American Journal of Psychiatry, 131, 497.

American Psychological Association. (1998). Appropriate therapeutic responses to sexual orientation in the proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the legislative year 1997. American Psychologist, 53(8), 882-939.

American Psychological Association. (1995). Lesbian and gay parenting: A resource for psychologists. Washington, D.C.: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles and code of conduct. American Psychologist, 48(12), 1597-1611.

American Psychological Association. (1990). Graduate training in psychology and associated fields. Washington, DC: Author.

Anderson, J. (1994). School climate for gay and lesbian students and staff members. Phi Delta Kappan, 76(2), 151-154.

Anderson, S. (1996). Addressing heterosexist bias in the treatment of lesbian couples with chemical dependency. In J. Laird & R. Green (Eds.), Lesbians and gays in couples and families (pp. 316-340). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bailey, J., Bobrow, D., Wolfe, M., & Mikach, S. (1995). Sexual orientation of adult sons of gay fathers. Special Issue: Sexual orientation and human development. Developmental Psychology, 31(1), 124-129.

Bass, E., & Kaufman, K. (1996). Free your mind: The book for gay, lesbian, and bisexual youth and their allies. New York: Harper Collins.

Berger, R. (1984). Gay and gray: The older homosexual man. Boston: Alyson Press.

Berger, R., & Kelly, J. (1996). Gay men and lesbians grown older. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), Textbook of homosexuality and mental health (pp. 305-316). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Bersoff, D., & Ogden, D. (1991). APA *Amicus curiae* briefs: Furthering lesbian and gay male civil rights. American Psychologist, *46*, 950-956.

Bigner, J., & Bozett, F. (1990). Parenting by gay fathers. In F. Bozett & M. Sussman (Eds.), Homosexuality and family relations (pp. 155-176). New York: Harrington Park Press.

Bozett, F. (1989). Gay fathers: A review of the literature. In F. Bozett (Ed.), Homosexuality and the family (pp. 137-162). New York: Harrington Park Press.

Brown, L. (1989). Lesbians, gay men, and their families: Common clinical issues. Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, *1*(1), 65-77.

Browning, C. (1987). Therapeutic issues and intervention strategies with young adult lesbian clients: A developmental approach. Journal of Homosexuality, *14*(1/2), 45-52.

Buhrke, R. (1989). Female student perspectives on training in lesbian and gay issues. Counseling Psychologist, *17*, 629-636.

Cabaj, R., & Klinger, R. (1996). Psychotherapeutic interventions with lesbian and gay couples. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), Textbook of homosexuality and mental health (pp. 485-502). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Canadian Psychological Association. (1995). Canadian code of ethics for psychologists. [On-line]. Available: <http://www.cycor.ca/Psych/ethics/html>

Caywood, C. (1993). Reaching out to gay teens. School Library Journal, *39*(4), 50.

Chan, C. (1995). Issues of sexual identity in an ethnic minority: The case of Chinese American lesbians, gay men, and bisexual people. In A. DiAugelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span (pp. 87-101). New York: Oxford University Press.

Chan, C. (1992). Asian-American lesbians and gay men. In S. Dworkin and F. Gutierrez (Eds.), Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow (pp. 115-124). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Coleman, E. (1989). The development of male prostitution activity among gay and bisexual adolescents. In G. Herdt (Ed.), Gay and lesbian youth (pp. 131-149). New York: Haworth Press.

Coleman, E., & Remafedi, G. (1989). Gay, lesbian, and bisexual adolescents: A critical challenge to counselors. Journal of Homosexuality, 18(3/4), 70-81.

Conger, J. (1975). Proceedings of the American Psychological Association for the year 1974: Minutes of the annual meeting of the council of representatives. American Psychologist, 30, 620-651.

Corey, G., Schneider-Corey, M., & Callanan, P. (1993). Issues and ethics in the helping professions. (4th ed.) Belmont, CA: Brooks/Cole.

Coyle, A. (1993). A study of psychological well-being among gay men using the GHQ-30. British Journal of Clinical Psychology, 32(2), 218-220.

Cramer, D. (1986). Gay parents and their children: A review of research and practical implications. Journal of Counseling and Development, 64, 504-507.

Cramer, D., & Roach, A. (1988). Coming out to mom and dad: A study of gay males and their relationships with their parents. Journal of Homosexuality, 15, 79-91.

Croteau, J., & Bieschke, K. (1996). Beyond pioneering: An introduction to the special issue on the vocational issues of lesbian women and gay men. Journal of Vocational Behavior, 48, 119-124.

D'Augelli, A. (1998). Developmental implications of victimization of lesbian, gay, and bisexual youth. In G. Herek (Ed.), Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation (pp. 187-210). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

D'Augelli, A. (1991). Gay men in college: Identity processes and adaptations. Journal of College Student Development, *32*(2), 140-146.

D'Augelli, A., & Garnets, L. (1995). Lesbian, gay, and bisexual communities. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives (pp. 293-320). New York: Oxford University Press.

Davison, G. (1991). Constructionism and morality in therapy for homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), Homosexuality: Research implications for public policy (pp. 137-148). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In G. Herek (Ed.), Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals (pp. 138-159). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Dworkin, S. (1992). Some ethical considerations when counseling gay, lesbian, and bisexual clients. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow (pp. 325-334). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Editors of the Harvard Law Review. (1990). Sexual orientation and the law. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Eliason, M. (1997). The prevalence and nature of biphobia in heterosexual undergraduate students. Archives of Sexual Behavior, *26*(3), 317-325.

Esterberg, K. (1996). Gay cultures, gay communities: The social organization of lesbians, gay men, and bisexuals. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), The lives of

lesbians, gay, and bisexual: Children to adults (pp. 337-392). New York: Oxford University Press.

Falk, P. (1989). Lesbian mothers: Psychosocial assumptions in family law. American Psychologist 44, 941-947.

Fassinger, R. (1997). Issues in group work with older lesbians, Group, 21(2), 191-210.

Fassinger, R. (1995). From invisibility to integration: Lesbian identity in the workplace. Career Development Quarterly, 14, 148-167.

Firestein, B. (1996). Bisexuality as a paradigm shift: Transforming our disciplines. In B. Firestein (Ed.), Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority (pp. 263-291). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Fox, R. (1996). Bisexuality in perspective: A review of theory and research. In B. Firestein (Ed.), Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority (pp. 3-50). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Friend, R. (1990). Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. Journal of Homosexuality, 20, 99-118.

Frost, J. (1997). Group psychotherapy with the gay male: Treatment of choice. Group, 21(3), 267-285.

Garnets, L., Hancock, K., Cochran, S., Goodchilds, J., & Peplau, L. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: A survey of psychologists. American Psychologist, 46(9), 964-972.

Garnets, L., & Kimmel, D. (1993). Lesbian and gay male dimensions in the psychological study of human diversity. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences (pp. 1-51). New York: Columbia University Press.

Garofalo, R., Wolf, R., Kessel, S., Palfrey, S., & DuRant, (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. Pediatrics, 101(5), 895-902.

Gibbs, E. (1988). Psychosocial development of children raised by lesbian mothers: A review of research. Women and Therapy, 8, 65-75.

Glaus, O. (1988). Alcoholism, chemical dependency, and the lesbian client. Women and Therapy, 8, 131-144.

Glenn, A., & Russell, R. (1986). Heterosexual bias among counselor trainees. Counselor Education and Supervision, 25(3), 222-229.

Gock, T. (1992). The challenges of being gay, Asian, and proud. In B. Berzon (Ed.), Positively gay. Millbrae, CA: Celestial Arts.

Gold, R., & Skinner, M. (1992). Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in young gay men. AIDS, 6(9), 1021-1030.

Golombok, S., & Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. Developmental Psychology, 32(1), 3-11.

Golombok, S., & Tasker, F. (1994). Children in lesbian and gay families: Theories and evidence. Annual Review of Sex Research, 5, 73-100.

Gonsiorek, J. (1993). Mental health issues of gay and lesbian adolescents. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences (pp. 469-485). New York: Columbia University Press.

Gonsiorek, J. (1991). The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), Homosexuality: Research implications for public policy (pp. 115-136). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Gonsiorek, J. (1988). Mental health issues of gay and lesbian adolescents. Journal of Adolescent Health Care, 9(2), 114-121.

Gonsiorek, J. & Rudolph, J. (1991). Homosexual identity: Coming out and other developmental events. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), Homosexuality: Research implications for public policy (pp. 161-176). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Graham, D., Rawlings, E., Halpern, H., & Hermes, J. (1984). Therapists' needs for training in counseling lesbians and gay men. Professional Psychology: Research and Practice, 15(4), 482-496.

Greene, B. (1994a). Lesbian and gay sexual orientations: Implications for clinical training, practice, and research. In B. Greene & G. Herek (Eds.), Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications (pp. 1-24). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Greene, B. (1994b). Ethnic minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(2), 243-251.

Greene, B. (1994c). Lesbian women of color: Triple jeopardy. In L. Comas-Diaz & B. Greene (Eds.), Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy (pp. 389-427). New York: Guilford.

Greene, B., & Croom, G. (Eds.), (in press). Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 5. Education, research and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Griffin, C., Wirth, M., & Wirth, A. (1996). Beyond acceptance: Parents of lesbians and gays talk about their experiences. New York: St. Martin's Press.

Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(2), 221-227.

Harry, J. (1989). Parental physical abuse and sexual orientation in males. Archives of Sexual Behavior, 18(3), 251-261.

Herek, G. (1995). Psychological heterosexism in the United States. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives. New York: Oxford University Press.

Herek, G. (1991). Stigma, prejudice and violence against lesbians and gay men. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), Homosexuality: Research implications for public policy (pp. 60-80). Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Herek, G. (1990). Gay people and government security clearance: A social perspective. American Psychologist, 45, 1035-1042.
- Hershberger, S., & D'Augelli, A. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay and bisexual youths. Developmental Psychology, 31, 65-74.
- Ho, M. (1987). Family therapy with ethnic minorities. Newbury Park, CA: Sage.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male over homosexual. Journal of Projective Techniques, 21, 18-31.
- Hunter, J. (1990). Violence against lesbian and gay male youths. Journal of Interpersonal Violence, 5, 295-300.
- Hutchins, L. (1996). Bisexuality: Politics and community. In B. Firestein (Ed.), Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority (pp. 240-259). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Iasenza, S. (1989). Some challenges of integrating sexual orientations into counselor training and research. [Special Issue: Gay, lesbian, and bisexual issues in counseling]. Journal of Counseling and Development, 68(1), 73-76.
- Kimmel, D. (1995). Lesbians and gay men also grow old. In L. Bond, S. Cutler, & A. Grams (Eds.), Promoting successful and productive aging (pp. 289-303). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. Journal of Homosexuality, 11(1/2), 35-49.
- Klinger, R. (1996). Lesbian couples. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), Textbook of homosexuality and mental health (pp. 339-352). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kruks, G. (1991). Gay and lesbian homeless/street youth: Special issues and concerns. Journal of Adolescent Health, 12, 515-518.

Kurdek, L. (1995). Lesbian and gay couples. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, gay, and bisexual lives over the lifespan (pp. 243-261). New York: Oxford University Press.

Kurdek, L. (1991). Correlates of relationship satisfaction in cohabiting gay and lesbian couples: Integration of contextual, investment, and problem-solving models. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 910-922.

Kurdek, L. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabiting relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 504-509.

Kweskin, S., & Cook, A. (1982). Heterosexual and homosexual mothers self-described sex-role behavior and ideal sex-role behavior in children. Sex Roles, 8, 967-975.

Laird, J. (1996). Invisible ties: Lesbians and their families of origin. In J. Laird & R. Green (Eds.), Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists (pp. 89-122). San Francisco: Jossey-Bass.

Laird, J. (1993). Lesbian and gay families. In Walsh, F. (Ed.), Normal family practices. (2nd ed.). N. Y.: W. W. Norton.

Laird, J., & Green, R. J. (1996). Lesbians and gays in couples and families: Central issues. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), Lesbians and gays in couples and families (pp. 1-12). San Francisco: Jossey Bass.

Lee, J. (1987). What can homosexual aging studies contribute to theories of aging? Journal of Homosexuality, 13(4), 43-71.

Levy, E. (1992). Strengthening the coping resources of lesbian families. Families in Society, 73, 23-31.

Liddle, B. (1997). Gay and lesbian client's selection of therapists and utilization of therapy. Psychotherapy, 34(1), 11-18.

Liddle, B. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. Journal of Counseling Psychology, 43(4), 394-401.

- Lipkin, A. (1992). Project 10: Gay and lesbian students find acceptance in their school community. Teaching Tolerance, 1(2), 25-27.
- Manalansan, M. (1996). Double minorities: Latino, Black, and Asian men who have sex with men. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults (pp. 393-415). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- Markowitz, L. (1995, July). Bisexuality: Challenging our either/or thinking. In the Family, 1, 6-11, 23.
- Markowitz, L. (1991, January/February). Homosexuality: Are we still in the dark? The Family Therapy Networker, 26-29, & 31-35.
- Martin, A., & Hetrick, E. (1988). The stigmatization of the gay and lesbian adolescent. Journal of Homosexuality, 15(1/2), 163-183.
- Matteson, D. (1996). Counseling and psychotherapy with bisexual and exploring clients. In B. Firestein (Ed.), Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority (pp.185-213). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- McDaniel, J. (1995). The lesbian couples' guide: Finding the right woman and creating a life together. New York: Harper Collins.
- McDougal, G. (1993). Therapeutic issues with gay and lesbian elders. Clinical Gerontologist, 14, 45-57.
- Morales, E. (1996). Gender roles among Latino gay and bisexual men: Implications for family and couple relationships. In J. Laird & R. Green (Eds.), Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists (pp. 272-297). San Francisco: Jossey Bass.
- Murphy, B. (1994). Difference and diversity: Gay and lesbian couples. Journal of Gay and Lesbian Social Services, 1(2), 5-31.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health and Social Behavior, 7, 9-25.

Meyer, I., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. Herek (Ed.), Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals (pp. 160-186). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Morin, S. (1977). Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. American Psychologist, *32*, 629-637.

National Association of Social Workers. (1996). Code of ethics of the National Association of Social Workers. [On-line] Available: <http://www.ss.msu.edu/~sw/nasweth.html> (4/19/97).

Nystrom, N. (1997, February). Mental health experiences of gay men and lesbians. Paper presented at the American Association for the Advancement of Science, Houston, Texas.

Ochs, R. (1996). Biphobia: It goes more than two ways. In B. Firestein (Ed.), Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority (pp. 185-213). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

O'Toole, C. J. & Bregante, J. (1992). Lesbians with disabilities. Sexuality and Disability, *10*(3), 163-172.

Paul, J. (1996). Bisexuality: Exploring/exploding the boundaries. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults (pp. 436-461). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Patterson, C. (1996a). Lesbian and gay parenthood. In M. Bornstein (Ed.), Handbook of parenting (pp. 255-274). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Patterson, C. (1996b). Lesbian and gay parents and their children. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults (pp.274-304). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Peplau, L., Veniegas, R., & Campbell, S. (1996). Gay and lesbian relationships. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults (pp. 250-273). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Phillips, J., & Fischer, A. (1998). Graduate students; training experiences with lesbian, gay, and bisexual issues. The Counseling Psychologist, 26(5), 712-734.

Pilkington, N., & Cantor, J. (1996). Perceptions of heterosexual bias in professional psychology programs: A survey of graduate students. Professional Psychology: Research and Practice, 27(6), 604-612.

Pillard, R. (1988). Sexual orientation and mental disorder. Psychiatric Annals, 18(1), 51-56.

Pope, K., Tabachnik, B. & Keith-Speigel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. American Psychologist, 42(11), 993-1006.

Pope, M. (1995). Career interventions for gay and lesbian clients: A synopsis of practice, knowledge and research needs. Career Development Quarterly, 44, 191-203.

Prince, J. (1995). Influences on the career development of gay men. Career Development Quarterly, 44, 168-177.

Quam, J., & Whitford, G. (1992). Adaptation and age-related expectations of older gay and lesbian adults. The Gerontologist, 32(3), 367-374.

Reid, J. (1995). Development in late life: Older lesbian and gay lives. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives (pp. 215-240). New York: Oxford University.

Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M., Michael, D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: Results of a population-based study. American Journal of Public Health 88(1), 57-60.

Rolland, J. (1994). In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. Journal of Marital and Family Therapy, 20(4), 327-347.

Ross, M. (1990). The relationship between life events and mental health in homosexual men. Journal of Clinical Psychology, 46, 402-411.

Rothblum, E., & Bond, L. (Eds.), (1996). Preventing heterosexism and homophobia. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rothblum, E. (1994). "I only read about myself on bathroom walls": The need for research on the mental health of lesbians and gay men. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(2), 213-220.

Rotheram-Borus, M., Hunter, J., & Rosario, M. (1994). Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. Journal of Adolescent Research, 9, 498-508.

Rotheram-Borus, M., Rosario, M., Van-Rossem, R., Reid, H., & Gillis, R. (1995). Prevalence, course, and predictors of multiple problem behaviors among gay and bisexual male adolescents. Developmental Psychology, 31, 75-85.

Rust, P. (1996). Managing multiple identities: Diversity among bisexual women and men. In B. Firestein (Ed.), Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority (pp. 53-83). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ryan, C., & Futterman, D. (1998). Counseling gay and lesbian youth. New York: Columbia University Press.

Saad, C. (1997). Disability and the lesbian, gay man, or bisexual individual. In M. Sipski & C. Alexander (Eds.), Sexual function in people with disability and chronic illness: A health professionals guide. Gaithersburg, MD: Aspen Publications.

Sarason, I., Pierce, G., & Sarason, B. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. Journal of Social and Personal Relationships, 7, 495-506.

Savin-Williams, R. (1998). "...and then I became gay: Young men's stories. New York: Routledge.

Savin-Williams, R. (1996). Self-labeling and disclosure among lesbian, gay, and bisexual youths. In J. Laird & R. Green (Eds.), Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists (pp. 153-182). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Savin-Williams, R. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *62*, 261-269.

Savin-Williams, R. (1990). Gay and lesbian youth: Expressions of identity. New York: Hemisphere.

Savin-Williams, R. (1989). Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: A reflected appraisals model. In G. Herdt (Ed.), Gay and lesbian youth (pp. 93-109). New York: Haworth Press.

Savin-Williams, R., & Dube, E. (1998). Parental reactions to their child's disclosure of gay/lesbian identity. Family Relations, *47*, 1-7.

Shapiro, J.P. (1993). No pity. N.Y.: Times Books.

Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene & G. Herek (Eds.), Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications (pp. 176-205). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Shuster, R. (1987). Sexuality as a continuum: The bisexual identity. In Boston Lesbian Psychologies Collective (Eds.), Lesbian psychologies: Explorations and challenges (pp. 56-71). Urbana, IL: University of Illinois Press.

Slater, S. (1995). The lesbian family life cycle. New York: Free Press.

Strommen, E. (1993). "You're a what": Family member reactions to the disclosure of homosexuality. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences (pp. 248-266). New York: Columbia University Press.

Swartz, D. B. (1995). Cultural implications of audiological deficits on the homosexual male. Sexuality and Disability, 13(2), 159-181.

Task Force on Sex Bias and Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practices. (1978). Guidelines for therapy with women. American Psychologist, 33(12), 1122-1123.

Telljohann, S., & Price, J. (1993). A qualitative examination of adolescent homosexuals' life experiences: Ramifications for secondary school personnel. Journal of Homosexuality, 26(1), 41-56.

Thomas, M., & Dansby, P. (1985). Black clients: Family structures, therapeutic issues, and strengths. Psychotherapy, 22(2), 398-407.

Thompson, D. (1994). The sexual experiences of men with learning disabilities having sex with men: Issues for HIV prevention. Sexuality and Disabilities, 12(3), 221-242.

Turk-Charles, S., Rose, T., & Gatz, M. (1996). The significance of gender in the treatment of older adults. In L. Carstensen, B. Adelstein, & L. Dornbrand (Eds.), The handbook of clinical gerontology (pp. 107-128). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Tuttle, G., & Pillard, R. (1991). Sexual orientation and cognitive abilities. Archives of Sexual Behavior, 20(3), 307-318.

Weston, K. (1992). Families we choose. New York: Columbia University Press.

Winegarten, B., Cassie, N., Markowski, K., Kozlowski, J., & Yoder, J. (1994, August). Aversive heterosexism: Exploring unconscious bias toward lesbian psychotherapy clients. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, California.

Woog, D. (1995). School's out: The impact of gay and lesbian issues on America's schools. Boston, MA: Alyson Publications.

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)

[הערות](#)

---

<sup>1</sup> לאורך המסמך, המושג "מטופל" מתייחס לאנשים לאורך החיים. הוא כולל מטופלות/ים לסביות, הומואים וביסקסואלים נוער, מבוגרים ובני הדור השלישי. יתכנו נושאים שהינם ספציפיים לטווח גילאים מסויים, וכאשר יהא צורך המסמך יזהה קבוצות אלה.

<sup>2</sup> מכאן ואילך המסמך הנ"ל יזוהה כקוד האתי.

<sup>3</sup> פסיכולוגים צריכים להיות ערים לחוקי ונוהלי המדינה ולסטנדרטים האתיים הנוגעים לסוגיות טיפוליות אלה, כמו חיסיון והסכמה מודעת.

[\(חזרה לתחילת המסמך\)](#)