

# מיקרואגרסיה בטיפול בנפגעי אונס הומוסקסואליים

## רני לוי<sup>1</sup>

במאמר זה משולב ידע מתחום הטיפול בגברים נפגעי תקיפה מינית עם ידע בתחום הטיפול בלהט"בים, ובו אציג שני מושגים מרכזיים: מיקרואגרסיה והארון המשולש. זאת במטרה להציג אופנים שבהם יכולה להתפתח העברה שלילית בטיפול בגבר נפגע, המקיים יחסי מין עם גברים אחרים. המונח 'מיקרואגרסיה' נטבע בהקשרים גזעניים, שבהם אנשים מן המעמד החברתי, האתני והמגדרי השולט, מעורבים פחות בפגיעה ישירה במיעוטים מגדריים ואתניים, אך עדיין נוהגים כלפיהם באופן מנמיך, מבטל, מצמצם ופוגעני, שאינו מודע, אלא אגבי או ספק מודע. המונח 'ארון משולש' מבטא את הקושי של מטופלים אלה בהתייחסותם לשלושה מרכיבים בזהותם: נטייתם המינית, התייחסותם לפגיעה שעברו וזהותם הגברית. מחקרים קובעים כי אחד משישה בנים עובר תקיפה מינית בילדותו, וכי להט"בים סובלים במיוחד מטרומות על רקע אלימות, ואלימות מינית בפרט – ולכן מצער כי עדיין אין מחקר רב וכתובה רבה בנושאים אלה. בהתאם, במאמר אתאר את סוגי פגיעות בלהט"בים; ואדגים מיקרואגרסיות מצד המטפל בכל הקשור לפגיעה המינית, לנטייה המינית ולזהות המגדרית הגברית. אציע כמה דגשים טיפוליים הנדרשים ממטפלים באוכלוסייה זו, ואדגים זאת באמצעות הצגת מקרה.

וזאת עד לגיל 16 (1, 2). בנוסף, נמצא כי להטב"קים סובלים במיוחד מטרומות על רקע אלימות, ואלימות מינית בפרט (2); וכי להטב"קים חשופים יותר לפגיעה מינית בתוך המשפחה מהטרומות סובלים, וכן לפגיעה מינית כילדים (3). כך למשל, במדגם של 943 גברים הטרומות סובלים והומוסקסואליים נמצא כי 46% מגברים הומוסקסואליים דיווחו על פגיעה מינית שעברו בילדות, לעומת 7% מגברים הטרומות סובלים (4, 5). במדגם אחר, של 2,881 גברים הומוסקסואליים, חמישית מהם דיווחו על פגיעה מינית שעברו כילדים (5). גברים הנוהגים לקיים יחסי מין לא מוגנים ותכופים דיווחו על יותר אירועים של פגיעה מינית בילדות לעומת גברים שאינם מקיימים יחסי מין לא מוגנים ותכופים (6, 7).

מעבר לסיכויי הפגיעה המוגברים, ועקב מחסור בייצוגים חיוביים של להטב"קים, בני נוער להטב"קים מפנימים ייצוג שלילי וגישת סטריאוטיפית שלילית כלפי הנטייה המינית שלהם, כמו גם כלפי הפגיעה המינית שעברו (8, 9). אתאר בהמשך כיצד יחס זה משוכלל ומועצם בטיפול כאשר המטפל נוהג במיקרואגרסיות כלפי המטופל.

המיעוט הלהטב"קי חי בחברה להטב"קופית המצמצמת זכויות אדם; המונעת שירותי רווחה ושירותי רפואה ייעודיים לאוכלוסייה זו; והאלימה כלפי השונה והאחר שבתוכה. כמו מיעוטים אחרים, גם כלפי להטב"קים מכוונת אלימות, ומבוצעים פשעי שנאה (10). עקב מצב חברתי זה, להטב"קים חשופים יותר לסיכונים נפשיים, כגון דיכאון וחרדה, וכן מועדים

במאמר זה אתייחס לגברים המקיימים יחסי מין עם גברים\*, אשר עברו פגיעה מינית.

פגיעה מינית בגברים היא קטגוריה גדולה ומורכבת, הכוללת כמה תת-קטגוריות, שאחת מהן היא פגיעה ב.ג.ג. גברים אלה הגיעו לטיפול כאשר כבר ידעו משהו על שונותם מן החברה הטרומות סובלים, אך לא תמיד הגדירו עצמם כהומוסקסואלים. בתוך קבוצת ה.ג.ג. אעסוק בטיפול בגברים שנפגעו מינית בילדותם ובנערותם: בביה"ס היסודי, בתיכון, בצבא, בישיבה דתית או בפנימייה; או שנפגעו מינית בגיל מאוחר יותר: בקשרים זוגיים בעלי מאפיינים נצלניים או באונס במהלך פגישות שלא הוגדרו כיחסים מתמשכים, ואף בפגישה ראשונה. מחקרים\*\*\* קובעים כי בממוצע, אחד משישה בנים עובר תקיפה מינית בילדות על-ידי מבוגר או על-ידי נער מבוגר יותר,

1 התוכנית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית, אונ' בראילן; תוכנית ללימודי המשך אונ' תל-אביב, הזרם העצמאי בפסיכואנליזה – פורצי דרך.

levyrany@gmail.com

מילות מפתח: טראומה, פגיעה מינית בגברים, טיפול בגברים הומוסקסואליים, גבריות, מיקרואגרסיה.

\* [מאנגלית: Men who have Sex with Men או: Males who have Sex with Males, בראשי תיבות: M.S.M. (או ג.ג.ג. בעברית)].

\*\* המונח הטרומות סובלים מתייחס לנומנות חברתיות, הגורסות כי אנשים מתחלקים לשתי קטגוריות מגדריות משלימות, נורמות אלו מגדירות את ההטרומות סובלים כנטייה המינית הנורמלית.

\*\*\* מכיוון שהמונח ג.ג.ג. או M.S.M. חדש יחסית, אשתמש במושג זה כאשר אכתוב על ג.ג.ג. באופן כללי. אשתמש במושגים הומוסקסואליות או להטב"קיות כאשר אתאר מחקרים העוסקים באוכלוסייה זאת.

רבות הנפגע חש אשמה על כך ש"הרס את המפגש, קלקל את האווירה, ולא התנהל כפי שנדרש ממנו". הוא יציין שלא התנהג על פי קוד ההתנהגות ההומוסקסואלי, שבעצם קובע כי עליו ליהנות מהחוויה המינית ולשתף איתה פעולה.

תת־קטגוריה של קבוצה זאת היא מקרי אונס במקום בילוי, במועדון, בדרך כלל תחת השפעת סמים או אלכוהול. לדוגמה, מטופל שנפגש במועדון עם בחור אחר. הבחור, כך הובן בדיעבד, הוסיף סם אונס למשקה של הנפגע, לקח אותו לביתו ואנס אותו. כאן נמצא גם קטגוריה של פגיעות מיניות בשעת אורגיות, תוך כדי שימוש בסמים (chamsex).

2. **אונס על־ידי בן משפחה, בדרך כלל בילדות:** מדובר במקרים שבהם הנפגע הכיר את הפוגע – בדרך כלל בן משפחה קרוב שאיתו היה בקשר כזה או אחר במשך הזמן. כך למשל, הופנה אליי לטיפול אדם שדודו, אחיה של אמו, פגע בו בילדותו. במהלך הפגיעה החל הנפגע לפגוע מינית בילדיו של הדוד, שהיו מעט צעירים ממנו.

3. **אונס בין בני זוג:** במקרים של מערכת יחסים פוגענית בין בני הזוג, פעמים רבות כאשר יש הפרשי גיל ובעיקר הבדלים של כוח בין בעל ניסיון לחסר ניסיון, או כאשר אחד מבני הזוג כופה את עצמו על השני מבלי שהשני מרגיש שהוא יכול לצאת מהקשר האלים שבו הוא נמצא. מקרים אלה מתרחשים גם כאשר מתקיימת תלות כלכלית בין הפוגע לנפגע, והנפגע 'משלם' כביכול על כך באמצעות מין.

4. **אונס בתוך מוסד:** לעתים קרובות הפוגע יודע למצוא את הנער המתלבט, ולכן החלש יותר, בפנימייה, במוסד חינוך דתי או חילוני, בצבא, או במקום עבודה, ולפגוע דווקא בו. הרבה פעמים הפגיעה נעשית תחת עילה של התעניינות בנפגע ו'הערכה' כלפיו, ונעשית במצבים שאותם הפוגע יוזם, ושבהם קל לו יותר לפגוע. מקרים אלה מלווים לפעמים באיום לחשוף את ההומוסקסואליות של הנפגע, או באיום אחר המסכן את הנפגע והמאלץ אותו להיכנע לפוגע. כך לדוגמה, מטופל שנפגע בצבא, סיפר שמפקדו איים עליו שלא ייתן לו לצאת הביתה בסוף השבוע אם המטופל לא יקיים איתו יחסי מין אוראליים. המפקד ידע כי המטופל הוא הומוסקסואל, ואיים עליו שאם לא ייעתר לו, לא רק שלא יאפשר לו לצאת לחופשה, אלא גם יחשוף את ההומוסקסואליות שלו מול חיילים אחרים, ויהפוך את המטופל למושא ללעג ולהתעללות מצד שאר החיילים.

## הארון המשולש:

### נטייה מינית, פגיעה מינית וזהות גברית

קיים קשר הדוק בין החוויה העצמית של הנפגע לבין הדרך שבה הוא ממשיג לעצמו את הפגיעה שעבר ואת השפעתה עליו. הצייר המרכזי שאליו אתייחס כאן הוא ציר הדחייה/קבלה; וזאת בשלושה היבטים עיקריים: נטייה מינית, פגיעה מינית וזהות גברית.

ניתן לטעון כי המטופל נע על רצף שלושה צירים אלה, כאשר כל אחד מהצירים נע בין בושה ודחייה בקצה האחד ועד

להתנהגויות מסוכנות, כגון בידוד חברתי ושימוש בסמים, וכן למחלות בעלות רקע פסיכוסומטי. בנוסף, מחקרים קובעים כי השילוב בין תסמינים מהתעללות מינית ופיזית בילדות, לבין האפשרות ליחסי מין תכופים, לסקס לא מוגן ולשימוש באלכוהול וסמים – מגביר את סכנת ההידבקות במחלות מין ואידס בקרב להטב"קים (7).

ואם לא די באלה, גברים הומוסקסואליים מתקשים יותר מאחרים להגיע לטיפול נפשי סביב הפגיעה המינית שעברו (11); וחקר הטראומה אצל להטב"קים עדיין מצומצם, ומתפתח כנושא ייחודי רק בעשור האחרון (10, 11).

גרטר מונה תסמינים נפשיים המאפיינים גברים שעברו תקיפה מינית. הוא מדווח כי אלה יסבלו, בדומה לנשים, מתסמינים פוסט־טראומטיים הכוללים פלאשבקים, ביעותי לילה ובידוד בין־אישי. בנוסף, הן אצל גברים והן אצל נשים נפגעי תקיפה מינית עולות לרוב סוגיות משמעותיות הנוגעות לאמון, וכן נטיות לדיכאון, למזוכיזם, לדיסוציאציה, לפריצת גבולות, להתמכרויות ולהתנהגות כפייתית (12). עוד נמצא כי גברים הומוסקסואליים נפגעי תקיפה מינית מרגישים בדידות כתוצאה מהאשמה עצמית, רגשי נחיתות, בלבול, ייאוש, ערך עצמי נמוך, הכחשה של הפגיעה המינית, ובושה כתוצאה מאי הלימה עם הציפיות המגדריות הקיימות מגברים (13). כמו כן נמצאו תופעות כגון, תגובת חרדה בשעת קיום יחסי מין, סומטיזציה, התמכרויות ומיניות קומפולסיבית. בנוסף, הבושה וההומופוביה המופנמת יקשו על מטופלים אלה לקבל סיוע, ויגרמו להחמרת הדיכאון בקרב גברים נפגעי אונס (14).

בין שאר ההגנות הנפשיות שנמצא אצל נפגעים גברים, ניתן למנות כמרכזיות את ההדחקה, ההכחשה והנורמליזציה של הפגיעה המינית (15). משתתפים בקבוצה של נפגעי תקיפה מינית הומוסקסואליים תרצו את הפגיעה באופנים שונים: "זה מה שקורה כאשר לוקחים סיכונים", או ש"זה חלק ממה שקורה לכולם כשמתחילים להיות הומואים בעיר הגדולה", או ש"כאשר מקיימים כל כך הרבה יחסי מין, יש לפעמים תאונות" (16).

פעמים רבות יתארו קטינים שנפגעו מינית בקשר עם מבוגר את אירוע הפגיעה כחניכה מינית. הם משוכנעים ומשכנעים את עצמם כי הם אלה שיזמו את המפגש המיני עם המבוגר, וזאת כדרך להרגיש שליטה על הניצול (17, 18).

## סוגי פגיעות ב־ג.י.ג.

קיימים כמה סוגים של פגיעות מיניות אופייניות כלפי

ג.י.ג.ים:

1. **אונס בפגישה חד־פעמית:** הנפגע והפוגע קובעים להיפגש לקיום יחסי מין או להיכרות המתגלגלת למפגש מיני. תוך כדי האירוע המיני עובר אחד את הגבול שאותו קבע האחר – ואונס אותו. במקרים אלה, כאשר הנפגע ישחזר את הפגיעה, הוא יראה בה תוצאה של מפגש מיני מתוכנן ש'השתבש' כביכול. במקרים אלה יגדיר הנפגע את הפגיעה ככזאת בדיעבד. פעמים

לקבלה ואינטגרציה של המרכיב עם שאר חלקי הנפש בקצה השני.

במונח 'ארון משולש' אתייחס לפיכך לקושי של המטופל בהתייחסותו לשלושה צירים – או ארונות – אלה בזהותו: נטייתו המינית, התייחסותו לפגיעה שעבר וזהותו הגברית. היחס של הנפגע אל כל אחד ממרכיבי זהות אלה משפיע על יחסו גם למרכיבים האחרים מבין השלושה. כך לדוגמה, ככל שהנפגע שלם פחות עם היותו הומוסקסואל, הבושה והאשמה על הפגיעה המינית עשויות להתעצם, ולהקשות על האינטגרציה של היבט זה באישיותו וזהותו. פעמים רבות נמצא בטיפול כי המטופל מחבר בין הבושה על הרגשות והתשוקות שלו כלפי בני המגדר שלו לבין הבושה שהוא חש עקב הפגיעה המינית שעבר (19)\*. כך מתאר זאת לורנצו, אחד ממטופליו של גרטנר (22): יום אחד קלטתי שאני נמצא במכון כושר, מביט סביב, מעריך את גופם של גברים בלי להתחיל איתם, אבל אני חש משיכה וברזומנית בושה גדולה בתשוקה שלי... הגברים שהתעללו בי לא חשו בושה בקשר למה שהם עשו. הם הזמינו אותי לבוא ולמצוץ להם כשהייתי רק בן שמונה או תשע, ואז הייתי רואה אותם כנסייה עם רעיוניהם, או ברחוב כשהם ניגוחים לגמרי, עמודי התווך של הקהילה. לפעמים נדמה לי שהם כמעט אינם יודעים מי אני. אז אני לקחתי על עצמי את הבושה שלהם! אני לקחתי אותה לתוכי. הם לא יכלו להכיר בה, אז אני עשיתי את זה – ואני עדיין עושה את זה... מרגיש את הבושה שהם היו צריכים להרגיש אבל לא הרגישו מעולם (22, עמ' 135).

ילד שמגלה את ההומוסקסואליות שלו בחברה שלנו חווה בדרך כלל מאבקים פסיכולוגיים וחברתיים כואבים שעה שהוא מתוודע לנטייתו המינית (הציר או הארון הראשון). כאשר מתווספת לכך פגיעה מינית, הנפגע בוחן פעמים רבות את הנטייה המינית שלו על רקע הפגיעה ואת הפגיעה – על רקע הנטייה המינית (הציר או הארון השני).

ילד או נער שעבר התעללות, עשוי לשאול את עצמו שאלות מורכבות: האם הזמנתי את זה? האם ההתעניינות שלי בגברים כה ברורה? האם באמת רציתי בזה? אם זה עורר אותי, זה אומר שזאת לא היתה התעללות? ולבסוף: האם זה הפך אותי להומו?

כל המטופלים שאיתם עבדתי בקליניקה שלי ובקבוצות טיפוליות עסקו בשאלת הקשר בין הפגיעה להיותם ג.ג., ואיך הפגיעה משפיעה על הנטייה המינית שלהם. חוקרים שבחנו זאת (19, 20, 21) מדווחים על הבלבול המיני וההומופוביה בקרב נערים שגברים התעללו בהם, כמו גם על מורכבות הזיקה בין התעללות מינית בילדות לבין נטייה מינית. הם מסיקים כי הנטייה המינית נקבעת כמעט תמיד מסיבות שאינן קשורות לפעילות מינית מוקדמת, וכי אין כל סיבה להאמין שההתעללות המינית לבדה משנה או מעצבת באופן יסודי את הנטייה

\* כמובן שאם הנפגע אינו עוסק בהגדרה המינית והמגדרית שלו וחי בשלום עם גבריותו ועם היותו ג.ג., הוא לא ימצא את עצמו בארון משולש זה. אדם נפגע יכול לחיות גם מחוץ לארונות אלה, או להיות בתוך חלק מהם. עם זאת, בדברים שאכתוב כאן אתייחס לאלה הסובלים מקושי בשלושת הצירים הללו.

המינית. ילדים ונערים שעוברים תקיפה מינית אינם הופכים להיות הומוסקסואלים בעקבות הפגיעה שעברו. באותו אופן גם הפוגעים אינם הומוסקסואלים בהכרח.

'הארון הכפול', אם כן, הוא תוצאה של החזקת סוד בתוך סוד: המשיכה לגברים והפגיעה המינית. המטופל מחזיק בתוכו סודות אלה המחזיקים אותו כלוא בארון.

הדלת השלישית של הארון – דלת הזהות המגדרית, דלת הגבריות – פועלת במקביל לשתי האחרות, ויוצרת ארון משולש. הפגיעה המינית גורמת לערעור תחושת הגבריות (הציר או הארון השלישי). הזיהוי בין נטייה מינית לזהות מגדרית משבש את תפיסת הגבריות של הנפגע, שכן גברים אמיתיים אינם שוכבים עם גברים, וכך מרגיש הנפגע שהוא גם 'לא גבר', בנוסף על היותו גבר השוכב עם גברים אחרים, ונפגע מינית.

נפגעים סטרייטים יכולים לחוש את עצמם מגעילים כתוצאה מהפגיעה שעברו, אך לא ירגישו שהם 'מלוכלכים' בשל היותם סטרייטים. נפגע הומוסקסואל התופס קשר סיבתי בין ההתעללות לבין הנטייה המינית שלו, סביר כי יחוה גם את ההומוסקסואליות כמגעילה, והוא אף עלול לשנוא את עצמו על כך שהוא הומוסקסואל. אנו נפגוש גברים אלה פעמים רבות אחרי שהתחתנו וניסו להקים משפחה הטרו-נורמטיבית. הניסיון להקים משפחה 'רגילה' הוא גם ניסיון לנצח את העולם הרגשי הדוחה, הקשור לפגיעה המינית וההומוסקסואליות (23).

### העברה והעברה-נגדית בנפגעי פגיעה מינית

מצבים של ביטויים בפעולה בהעברה ובהעברה-הנגדית בטיפול בנפגעות ובנפגעים על רקע מיני יכולים להביא את המטפל לכדי בלבול, תסכול ואי-הבנה. הקשר הטיפולי נמצא בסכנה מתמדת, עקב תחושתו של המטופל כי המטפל מאיים עליו – דבר הגורם לו לחוש חלש, מפוחד וחסר אונים (22).

גרטנר (22) מאמץ את דפוסי ההעברה וההעברה-הנגדית שתוארו בדיוס ופראולי בעבודתו עם נפגעות תקיפה מינית, ומראה כיצד הם מתקיימים בין נפגע גבר למטפל גבר. אתמקד בדפוס מרכזי אחד שאותו מתאר גרטנר, זה שבו המטופל חוזר על יחסי הקורבן עם המטפל, והמטפל מגלם מחדש את תפקידו של התוקף, בדרך כלל (אם כי לא תמיד) בדרך סמלית כלשהי (22, עמ' 149). כחלק מהקשר תוקף-קורבן, אתאר כיצד המטפל יכול לתקוף את המטופל תקיפה מיקרו-אגרסיבית; תקיפה זו פוגעת במטופל, מצד אחד, וגם מחזקת ואף יוצרת את ההעברה שבה המטופל רואה את המטפל כדמות מאיימת, מצד שני. הפגיעה במטופל יכולה להפוך למכשול בטיפול ולסכנו, כפי שאראה בהמשך. מיקרו-אגרסיות הן חלק מעולם ההעברה-הנגדית של המטפל כלפי המטופל, אלה ביטויים לא-מודעים של המטפל. הנושאים שבהם אתמקד וכלפיהם מתקיימת ההעברה-הנגדית הם הפגיעה המינית, הנטייה המינית והזהות המיגדרית. המיקרו-אגרסיות הן תוצאה של ההעברה-הנגדית של המטפל כלפי נושאים אלה כפי שמציג אותם המטופל (24, 25).

במקצוע המזוהה כגברי, או לציין בפני אשה המגיעה למקום עבודה חדש שיש באזור חנויות קוסמטיקה, ובכך לרדד את קיומה לחובבת טיפוח וכן מתוקף היותה אשה. עוד דוגמה נפוצה היא בשיבות מנהלים, כאשר יש מנהלת אחת בתוך קבוצה של מנהלים גברים, אשר נוטים שלא להקשיב לה ולקיים את השיחה בלעדיה.

כיום התרחב המושג והוא מוכל גם על נשים (34, 35), על אמהות חד-הוריות (36), על אנשים בעלי נכויות (37), ועל אנשים בני דתות שונות (34). אנשים בעלי זהויות הכוללות קבוצות כפולות (Intersectionality; שוליות מרובה), כגון אפרו-אמריקאית לסבית, או גבר מזרחי הומוסקסואל, חווים מיקרואגרסיה כפולה, הן לגבי זהותם המגדרית והן לגבי המוצא האתני שלהם (38).

גם גברים עלולים לסבול ממיקרואגרסיות. כך למשל, לומר על גברים שהם אינם רגישים, או שאינם מסוגלים להיות בקשר זוגי, או להתייחס אליהם באופן שמייחס להם חוסר יכולת לשמור על ניקיונם או על אני עצמי, כגבר שהשתתף בדיונים פמיניסטיים רבים עם נשים, נחשפתי פעמים רבות לפגיעות מסוג זה, כאשר יוחס לי מעמד של פוגע מינית פוטנציאלי או של אדם המנצל את גבריותו בכדי להיות דומיננטי על חשבון נשים, או כזה שיש להיזהר מפניו במרחב הציבורי, ושתמיד חייב להוכיח שהוא אינו תוקפן – תכונה שיוחסה לי מעצם היותי גבר. אפשר לסכם ולומר כי מיקרואגרסיה היא ביטוי של כל סוג צמצום של הסובייקטיביות לכדי תכונה כוללת של קבוצה חברתית כלשהי. כל רדוקציה של האדם לכדי תכונה 'אופיינית', היא בעלת פוטנציאל מיקרואגרסיבי. כיום כבר קיים גוף מחקרי הולך ומתפתח, הבודק בעזרת שאלונים את אופניות ואת התדירות של מיקרואגרסיות בקרב אוכלוסיות שונות, כגון מורים ומטפלים, במטרה לזהותן ולטפל בהן בעזרת הסברה וחינוך (34).

עם זאת המונח זכה גם לביקורת רבה. אחת הטענות למשל היא שמעמד מגדרי או אתני חלש מקבל כוח רב כאשר הוא מגדיר תגובה רגילה, שאינה מכוונת להרע, כאגרסיבית. לפי אותה טענה, כוח זה סותם בעצם פיות לקבוצה אחרת, ויוצר אשמה שאינה במקומה.

ואולם, למרות הביקורת כלפי המושג מיקרואגרסיות, לדעתי, מושג זה, שנוי במחלוקת ככול שיהיה, מתאר באופן מדויק התנהגויות פוגעניות מסוימות בחדר הטיפול, ולכן יש לו מקום וחשיבות רבה.

### השפעת פגיעה מקרואגרסיבית על ההעברה כלפי המטפל

עם השנים, ומתוך הנחה כי המטפלים העובדים עם מטופלים בני מיעוטים אתניים ומגדריים הם חלק מהחברה וככאלה – מושפעים ממנה, החלו להתפרסם מאמרים גם על השפעת ההעברה-הנגדית המיקרואגרסיבית של מטפלים בחדר הטיפול

כחלק מהניסיון לשמור על מטופלים להטב"קים מפני העברה-שלילית מצד המטפל, חוקרים ניסחו דרכי עבודה וכללים אתניים המותאמים לטיפול בלהטב"קים (28). כדי למנוע פגיעות בלהטב"קים בחדר הטיפול החוקרים הדגישו את חשיבותן של ההכרה ושל התמיכה בנטייה המינית של המטופל, לצד שיקוף האופן הרגשי שבו מתייחס המטופל לעצמו על נטייתו המינית; מודעות לגורמי דחק הקשורים בנטייה המינית של המטופל; וחיבור לארגונים חברתיים תומכים (29). החוקרים מציעים גם, כי כאשר מדובר בבני נוער ובמתגברים המחפשים דמויות הוזהות לצורך בניית זהותם המינית והמגדרית, יש מקום לשקול שהמטפל יהיה חבר בקהילה הלהטב"קית (26, 27, 28, 29).

המונח מיקרואגרסיות (Microaggression) תואר לראשונה בסוף שנות ה-70 על-ידי פירס ואח' (30), כדי לתאר תצורות מילוליות ולא-מילוליות של אלימות מינורית, אך נוכחת, כלפי קבוצות אתניות מסוימות בארה"ב, בעיקר מצד לבנים כלפי אפרו-אמריקאים ואחרים, כפי שהן באות לידי ביטוי בחברה ובתקשורת. לאחר מכן הוצג המונח על-ידי סו ואח' (31), והורחב גם לפגיעות בלהטב"קים.

סו ואח' טוענים כי כעת אנשים מן המעמד החברתי, האתני והמגדרי השולט, כבר פחות מעורבים בפגיעה ישירה במיעוטים מגדריים ואתניים, אך מעורבים בהתנהגות מנמיכה, מבטלת, מצמצמת ופוגענית שאינה מודעת, אלא אגבית או ספק מודעת (32).

הכוונה היא למסרים סמויים המופיעים באינטראקציות בין-אישיות וחברתיות, ונכללים בהם מבעים וביטויים שגורים ויום-יומיים, אשר לכאורה לא מכוונים לפגוע או להפלות (33). הערות אלו מאיימות על הסובייקטיביות ועל ההגדרה העצמית של האדם, ומכחישות את המציאות החברתית שלו או שלה. הדוגמאות המובאות על-ידי סו (30, 31) מתייחסות למוצא האתני של האדם בדרך עקיפה ופוגעת. כך למשל, יכול אדם לומר לאדם ממוצא אתני שונה כי הוא 'דווקא' מדבר אנגלית/ עברית טובה, ובכך להעביר מסר פטרוני לגבי התקבלותו של האחר לקבוצת הרוב; או לציין כי האדם 'התקדם יפה יחסית', והכוונה היא ביחס למוצאו האתני.

דוגמאות מן המציאות היום-יומית הישראלית יש בשפע, כמו למשל, התייחסות לאנשים ממוצא אתיופי כ'נחמדים', ואז לשפוט אותם על כך שהם מוחים על מצבם; או לאנשים ממוצא רוסי כקרי מזג וחסרי רגשות ואז לומר לאיש מקצוע אחר מתחום בריאות הנפש, שהמטפל דווקא מדבר על רגשותיו יחסית לרוסי. כך גם בדיחות עדתיות הנשענות על סטריאוטיפים קלישאתיים, כגון לומר על עדה מסוימת שחבריה הם קמצנים או על אחרת שהם אלימים – כל אלו הן פגיעות מיקרואגרסיביות.

דוגמאות נוספות הן על רקע מגדרי, כמו למשל, לתאר בייסקסואליים כ'מבולבלים', ובכך ליחס לעמדתם בעייתיות נפשית, או להחמיא או לציין לטובה מטופל הומוסקסואל העובד



## א. ארון הנטייה המינית

בעקבות מיקרואגרסיות מצד המטפל, המטופל מייחס למטפל דמות הורית שלא מכירה בתחושות וברגשות הקשורים לנטייה המינית שלו.

ברוב המקרים, ילד המתחיל לפתח את נטייתו ההומוסקסואלית לא זוכה לשיקוף מאדיר או להכרה ברגשות אלה. היבטים אלה בנפשו, שאינם זוכים להכרה אמפתית, נשארים לא מוארים ולא מפותחים. למצב זה קראו סטולורו ואטווד טראומה התייחסותית (26, 27). מדובר בטראומה 'קלה' כביכול, שכן היא איננה קשורה לאירוע מסכן חיים, הנגרמת כאשר ההורה מתקשה להכיל, לשקף או להכיר בחלק כלשהו בנפש הילד, בין אם מדובר בהתנהגות, במחשבה, ברגש, או במשיכה מינית. הילד מבין כי אם ימשיך להביע רגשות, נטיות או מחשבות אלה, הוא יפסיק להיות אהוב ורצוי. הוא מזדהה עם ההורה שלא מקבל את משיכתו לבני מינו ומנתק את החלק ההומוסקסואלי בנפשו. התוצאות הרגשיות של ניתוק זה יהיו כאב נפשי, בוז ושנאה עצמית, וכן בושע וזעם כלפי העצמי. מדובר בטראומה סמויה, שכן אין מדובר בפגיעה פיזית מינית או אחרת, אלא בסימון לגבי המותר והאסור בתקשורת.

קראוודר (24, 25) כותב כי מניסיונו הקליני, העיסוק בטראומה המינית חייב לבוא לאחר שהושגה יציבות בסיסית כלפי הנטייה המינית של המטופל. בראדי (3) כותב כי אחת המשימות הראשונות בטיפול בגברים הומוסקסואלים נפגעי אונס היא גיבוש הזהות המגדרית והנטייה המינית שהתערערו, או שטרם גובשו, עקב הפגיעה המינית. מניסיוני, קשה מאוד להפריד בין העיסוק בנטייה המינית לבין עיבוד הטראומה, והניסיון להפריד או לקבוע סדר קדימויות בין שני נושאים אלה נדון לכישלון. אסוציאציות הקשורות למיניות בהווה מתקשרות לפגיעות המיניות בעבר, וכך גם שאלות לגבי הנטייה המינית. פגיעות מיקרואגרסיות מצד המטפל ייחוו כשחזור היחס של ההורה הדוחה את הנטייה המינית של המטופל ומבטל אותה, ויהיו שחזור הקשר עם הוריו.

פינקלמן ופרדס (51, 52), בעקבות שלטון (53), מפרטים כמה מופעים מיקרואגרסיביים מצד המטפל באשר לזהות הלהטב"קית של המטופל:

1. הנחה של המטפל שהנטייה המינית של המטופל היא מקור בלעדי למיגוון רחב של סוגיות ונושאים בטיפול. במקרה זה, הטיפול מתמקד יתר על המידה בנטייה המינית, על חשבון תכנים נוספים.
2. או במקרה ההפוך: הימנעות של המטפל מלעסוק בתכנים הקשורים להומוסקסואליות.
3. ניסיונות של המטפל להזדהות-יתר עם מטופלים להטב"קים. סוג כזה של מיקרואגרסיות מתייחס למטופלים, המתאמצים באופן מוגזם להזדהות עם אורח החיים הלהטב"קי של מטופליהם ועם תחושותיהם. במקרים כאלה המאמץ

(39). מחקרים אלה מציעים כי אפשר לראות במיקרואגרסיה דוגמה ייחודית של כשל אמפתי מצד המטפל. כמו בכל דיאלוג בין אנשים השונים זה מזה, גם מטופלים ייכשלו בכשלים אמפטיים וינהגו באופן מיקרואגרסיבי במטופליהם. עם זאת ניתן לצמצם פגיעות אלו, ובעיקר חשוב ללמוד להתייחס אליהן בטיפול כאשר הן קורות (43).

כך למשל, במחקר שנערך בקרב סטודנטים אפרו-אמריקאים שהיו בטיפול אצל מטופלים לבנים, נמצא קשר בין פגיעות מיקרואגרסיביות מצד המטופלים לבין חוזק הברית הטיפולית ושיעור הנשירה מהטיפול (40). במחקר שנערך בקרב 127 נשים שטופלו במרכז אוניברסיטאי בחוף המערבי בארה"ב, נמצא קשר בין הערות של מטופלים, שנחוו כסקסיסטיות ומיקרואגרסיביות, לבין שביעות הרצון מתוצאות הטיפול (41). במחקר נוסף שערכו אוון ואח', דיווחו יותר ממחצית מהמטופלים על מיקרואגרסיות אתניות וגזעיות מצד מטפליהם (41, 42).

מכיוון שמטופלים נוטים להיות עיוורים להתנהגויות מיקרואגרסיביות מצדם ומשום כך, עיוורים גם לתוצאות הפגיעה שלהם, המטופלים הנפגעים ייטו לנסות לא לציין פגיעות אלו, מתוך חשש להיות לא מובנים, ואף לחוות פגיעה חוזרת (44, 45). פעמים רבות תגובת המטופל תהיה: האם זה באמת קרה? המטופל לא בטוח שהוא אכן שמע את שנאמר. הדבר יכול להביא לנסיגת המטופל לתחושת עלבון – ולפגיעה בקשר הטיפולי, וכן לעזיבת הטיפול (46). הערה מיקרואגרסיביות יכולה אף להביא להפעלה מחדש של אירוע טראומתי מעברו של המטופל, וסידרת אירועים מיקרואגרסיביים יכולה לגרום לירידה בערך העצמי ובביטחון העצמי של המטופל (47).

מטופל ג.י.ג. נפגע תקיפה מינית בעברו, נוטה להיות רגיש מאוד לתגובותיו ולהערותיו של המטפל, ויכול לפרש גם הערות נייטרליות כפוגעניות (48, 49). הוא עשוי אף לחוות מיקרואגרסיה באופן לא מידתי, ולהביע פגיעה זאת בדרך סוערת ומוחצנת או בדרך מופנמת שתהיה חשאית וסמויה מעיני המטפל (50).

לדוגמה, אם המטופל מאחר לפגישה בגלל שתיקו נבדק בכניסה לבניין שבו נמצאת הקליניקה של המטפל, והמטפל מתייחס לאיחור רק בהקשר ההעברה ולא מביא בחשבון שהמטופל, אתיופי או ערבי, או כל בן מיעוט אחר, הנתקל ביחס עויין וחשדני על בסיס קבוע, אזי המטפל פוגע במטופל פגיעה מיקרואגרסיבית, שכן הוא לא מתייחס, או אף מבטל, את חוויתו של המטופל על רקע מוצאו. כך גם יעשה אם יפרש את התוקפנות כלפי הבודק בכניסה כהשלכתית בלבד, וינתק אותה מהקשרה החברתי.

## סוגי מיקרואגרסיות

### של מטופלים כלפי מטופלים ג.י.גיים

המטפל יכול להפוך לאלים ומאיים כלפי המטופל סביב כל אחד משלושת הארונות: 1. ארון הנטייה המינית – ההומוסקסואליות; 2. ארון הפגיעה המינית לפגיעה המינית; 3. ארון הזהות המגדרית.

4. הימנעות מעיסוק בפגיעה המינית. שיתוף פעולה של המטפל עם הכחשת המטופל בכל הקשור לפגיעה המינית שעבר והשאר אתה כ'פיל בחדר'; אם מתוך חרדה של המטפל מעיסוק בנושא או סלידה מהנושא המעורר גועל ודחייה או פחד לאבד את המטופל. המיקרואגרסיה של המטפל היא בהכחשת הפגיעה, והעברת מסר שמה שקרה אינו בר טיפול ואינו ראוי להתייחסות.

5. האשמת הנפגע בפגיעה שעבר. המטפל משתף פעולה עם החלק במטופל המנסה לארגן את הטראומה באמצעות לקיחת אחריות ואשמה על שהתרחשה, ומאשים גם הוא את המטופל במה שקרה. זהו תהליך מיקרואגרסיבי של האשמת הקורבן. המטופל יכול לחוש בדיעבד כי המטפל הסכים איתו כאשר הטיח בעצמו אמירות קשות לגבי עצמו ותפקודו בשעת הפגיעה.

### ג. ארון הזהות המגדרית

בעקבות מיקרואגרסיות מצד המטפל, המטופל מתייחס למטפל כנציג של חברה דכאנית ומגדרית, הדורשת ממנו לפעול על פי דפוסי גבריות מסוימים, והשופטת אותו אם אינו מצליח לפעול לפי דפוסים אלה.

אפי זיו כותבת על טראומה עיקשת אצל גברים: זהות גברית מתפתחת מתוך תביעה תרבותית לפרידה מכל מה שהוא נשי. תביעה זאת באה לידי ביטוי דרך אלימות סמלית המופעלת באופן ממוסד וסמוי, כל אימת ש'נשיות' מתערבבת עם 'גבריות'... האלימות הסמלית פועלת ומאמצת מנגנונים המייצרים אצל העצמי חווית בושה, נחיתות או אי-התאמה ('אני לא גבר') כל אימת שהוא או היא סוטים מתקינות מגדרית (54, עמ' 27).

במקרים אלה המטופל נדרש להיות גבר: חזק, שולט, יודע, מתמודד, יכול. טראומה עיקשת היא חוויתו של הגבר שנאלץ לצמצם את עצמו למגדר מסוים, מתוך הלחץ המופעל עליו מהחברה. הגבריות מוגדרת כהיעדר נשיות, ודרך תכונות, כגון, חוזק פיזי ונפשי, שליטה פנימית וחיצונית, כול-יכולות ויכולת התמודדות בכל סיטואציה. כמו כן מצופה מהגבר שלא להביע רגשות מלבד זעם ותשוקה מינית, ולא לתת לעולם הרגשי לשלוט בו ולהיות חלק מעולמו.

אלו הן דוגמאות למיקרואגרסיות מצד המטפל, הקשורות לגבריות של מטופל ג.ג., שגם עבר פגיעה מינית:

1. הנחת המטפל כי הנפגע ההומוסקסואל אינו 'גבר' במובן הסטריאוטיפי: המטפל משתף פעולה עם התפיסה החברתית שגברים אינם נפגעים, ואם המטופל נפגע – הוא אינו גבר, ולכן הוא חלש, פגיע וחסר אונים. מתוך כך המטפל עשוי להשוות בין הפגיעה של המטופל לפגיעה באשה, כאשר בבסיס ההשוואה הוא מניח כי הנפגעים והנפגעות חלשים. ההנחה כי לגבר אמיתי זה לא היה קורה באה להגן על המטופל מחרדה שהוא או הקרובים לו ייפגעו. זהו מקרה של האשמת הקורבן.

2. הנחת המטפל כי כשם שלא ניתן 'להחלים' מהומוסקסואליות, אי אפשר להחלים מפגיעה בגבריות, וכן

מושתת לא פעם על מצע של מבוכה, אי נוחות וחסר הבנה של המטפלים, ונחוזה על-ידי המטפלים באופן לא נעים, מנוכר ומרחיק.

4. מטפל המוטה באמצעות הנחות סטריאוטיפיות לגבי להטב"קים. מדובר בהכללת-יתר ובהנחות כלליות ולא אישיות כלפי הקהילה הלהטב"קית. חוסר הידע של המטפל הופך להיות ידע כללי ותבנית, שאינו קשוב לסובייקטיביות של המטופל. 5. ביטויים של הטיות הטרור-נורמטיביות. קבוצה זו של מבעים מיקרואגרסיביים מייחסת ציפיות הטרור-נורמטיביות של מטפלים כלפי מטופלים להטב"קים. במקרים אלה, הרצון של המטפל הוא לעזור למטופל להיות 'נורמלי' או 'כמו כולם'. 6. פתולוגיזציה של הנטייה המינית וההנחה כי היא גורם הדורש טיפול. הדבר יכול להביא לניסיון מצד המטפל 'להמיר' את המטופל להטרנסקסואליות, תוך הזדהות עם הצד במטופל שלא מקבל את הנטייה המינית של עצמו. גרטנר מתאר מטופל בשם אוון, שהיה בטיפול אנליטי קלאסי שנים רבות לפני הטיפול איתו, ושכמהלכו ניסה המטפל לפרש את הנטייה המינית של אוון כשנאה לא-מודעת כלפי נשים, שאם תהיה מעובדת בטיפול, אוון יוכל 'להמיר' את ההומוסקסואליות שלו (22).

### ב. ארון הפגיעה המינית

בעקבות מיקרואגרסיות מצד המטפל, המטופל מתייחס אליו כדמות גבר בעל פוטנציאל לפגוע מינית. מטופלים שעברו טראומה מינית רגישים מאוד לתגובות המטפל, ומפרשים אותן פעמים רבות כאקט פוגעני. איחור קל של המטפל, אמירה בטון לא מותאם, ניסוח שיכול להישמע כהאשמה (נו, בטח שתרגיש רע, הלכת שוב לאדם שמתעלל בך, איך ציפית שתרגיש?), גביית תשלום עבור פגישות שבוטלו – כל אלה יכולים לגרום למטופל להרגיש מותקף ופגוע, ובכך לעורר את החיבור האסוציאטיבי בין המטפל לפוגע.

אלו הן מיקרואגרסיות אפשריות בציר הפגיעה המינית:

1. הנחה של המטפל כי הפגיעה המינית עיצבה את הנטייה המינית של המטופל. זאת הנחה מוטעית הנובעת מתוך הצורך של המטופל, וכן של המטפל, למצוא הסבר לנטייה המינית, וכן חוברת לתקווה לשנותה, ובעצם מביעה חוסר קבלה שלה. 2. הנחה של המטפל כי הנפגע נפגע כי הוא ההומוסקסואל. הנחה זאת אינה נכונה, אלא אם כן מדובר בפשע שנאה. מטרתה להציב איזה סדר בכאוס ולמצוא הסבר לשאלה למה דווקא אני? הנחה זאת היא האשמת הקורבן.

3. הנחת המטפל כי כל הרעות התוקפות את המטופל נובעות מכך שהוא נפגע מינית. המטפל יפרש התנהלות חיצונית כמו גם נפשית מתוך התייחסות לפגיעה המינית בלבד, ובכך יצמצם את המטופל מאדם בעל אישיות והיסטוריה מגוונות, לשורר מפגיעה מינית ותו לא. התקיפה אומנם עיצבה ותרמה לגיבוש דברים מסוימים באישיות הנפגע, אך היא לא ההסבר לכל מצוקותיו.

כדי לצמצם אירועים מיקרואגרסיביים אלה על המטפל להיות ער ומודע לייחודיות העבודה עם להטב"קים נפגעי תקיפה מינית. מודעות והכשרה הן האמצעים הבסיסיים לעזור למטפל בלהטב"קים (56, 57, 58). עם זאת, יש מקום להכשרה נוספת, הקשורה גם לטיפול בנפגעי תקיפה מינית, להשלמת הידע הנדרש.

אחד הדברים המסייעים במניעת מיקרואגרסיות בטיפול הוא הודאה בדבר חוסר ידע חברתי מספיק לגבי הנורמות של הקהילה שאליה משתייך המטופל (55). אפשר לצבור ידע אינטלקטואלי רב על קבוצות שונות באוכלוסייה, אך ידע זה אינו יכול להחליף ידע חוויתי, הנרכש מתוך ניסיון עבודה עם קבוצות אוכלוסייה השונות מאיתנו, כמו נפגעים הומוסקסואליים. רק השהות במחיצתם והפנמת מצבם יעזרו לנו לפגוע פחות פגיעות מיקרואגרסיביות. רק השהות יחד והאמון שנוצר ביחסים הטיפולים, יאפשרו למטופל לציין כאשר נפגע על-ידינו, ויאפשרו לנו להכיר בפגיעה ולדון בהשפעתה על המטופל.

ההכרה באירועים מיקרואגרסיביים היא חשובה. כאשר הם מתרחשים, הפעולה הנדרשת היא לקיחת אחריות על הפגיעה, ועזרה למטופל להבין את תוצאותיה. לקיחת האחריות מאשרת את תחושת המטופל כי אכן נפגע, ועוזרת לו להכיר בכאבו. לא הוא שצריך להרגיש אשם, אלא הפוגע. לא הסתרה היא הדרך להתמודד עם פגיעות, אלא חוסן נפשי הנבנה על בסיס ההכרה בכאב שבפגיעה.

יתרה מכך: כאשר מכירים בהן ומעבדים אותן יחד, לפגיעות אלו יש מקום חשוב בתהליך הצמיחה וההתפתחות של המטופל. כאשר המטפל מכיר ולוקח אחריות על הפגיעה, המטופל יכול להסיר מעליו חלק מהאשמה שהוא חש בשל הפגיעה המינית, ולקבל בכל פעם מעט יותר את נטייתו המינית.

#### דוגמה קלינית: תומר

העבודה עם תומר (השם והפרטים שונו בכדי לשמור על פרטיות המטופל) לימדה אותי רבות על הקושי האישי שלי במפגש הטיפולי עם להטב"קים נפגעים. אפשר לומר שבעזרתו, ואף בזכותו, הבנתי את ההשלכות של הפגיעות המיקרואגרסיביות על התהליך ועל הקשר הטיפולי. התחושה שהביאה אותי להתעניין בסוג פגיעה מיוחדת זאת היתה תחושת אשמה כרונית ולא ברורה שהתלוותה לקשר הטיפולי עם תומר. תחושה שלא היתה קיימת באופן דומה עם מטופלים אחרים. היא הביאה אותי לחקור את המעמד הפריווילגי המובנה שלי מולו, את הכוח שיש לי מתוקף היותי גבר ומטפל שאינו חלק ממיעוט חברתי כלשהו. אביא נקודות מספר שהיו פגיעות מיקרואגרסיביות שלי בתומר ואחר כך, אתאר את השפעת העבודה סביב פגיעות אלו על התקדמות התהליך הטיפולי.

תומר דיבר רבות על תיאוריות חברתיות פוסט-מודרניות, אך באופן שהיה בתחילת הטיפול מנותק מההקשר האישי שלו וכן מן הקשר. בהיותו עיוור למשמעות ההבדלים הסוציולוגיים בינינו בקשר הטיפולי, לקח לי זמן לחבר תיאוריות אלו למה שקורה ביני לבינו בהקשר לטיפול. לאחר שהבנתי זאת, הפכו תיאוריות אלו גם לחלק מחזק ומחבר לאישיותו של תומר, חלק שיכול היה להיעזר בו כדי להסביר את פגיעותו – לעצמו ולי.

שהמטופל לא יכול ליצור בטיפול גבריות אחרת, כזאת שתיווצר לאחר הפגיעה ובעקבות הטיפול. במקרה כזה המטפל יזדהה עם משאלת המטופל להיות 'גבר כמו כולם', ולא ינסה לעזור לו למצוא את גבריותו ואת עצמו, כפי שהוא לאחר הפגיעה. הוא ידרבן אותו לחזור להיות גבר סטריאוטיפי, למשל למצוא עבודה גברית, לקיים יחסי מין מרובים עם נשים, להיות חזק ובשליטה.

3. ביקורת סמויה על גבריות המטופל. שיפוטיות וקושי להתמודד עם גבריות המטופל, שאינה כפי שהמטפל מצפה שתהיה. המטופל יכול ליצור גבריות 'מאצ'ואיסטית' מפצה ומגינה, וזאת יכולה להיות מבוקרת על-ידי המטפל, שלא יבין כי מדובר באמצעי הגנה מפני מפגש עם חולשה ובושה בחלק הגברי הפצוע בעקבות הפגיעה המינית.

4. הזדהות-יתר עם גבריות המטופל. מתוך ניסיון להתקרב למטופל נמצא ניסיונות למצוא שפה משותפת תחת נושאים הקשורים בגבריות. חוויות מהצבא, כדורגל, יחס שיפוטי וסקסיסטי כלפי נשים, יכולים להפוך למצע משותף מדומיין שבו המטפל מנסה להתחבר עם המטופל, אך מבטל בכך את העדפותיו ואת ייחודו של המטופל, שאולי נושאים אלה זרים לו.

### לקחת אחריות על הפגיעה: התמודדות עם מיקרואגרסיה בטיפול

כמטפלים, אנו פועלים מתוך מניעים לא-מודעים היוצרים התנהגויות מסוימות. עקב כך אנו נידונים לטעות ולהתערב באופן מיקרואגרסיבי. כך למשל, במהלך כתיבת מאמר זה נזכרתי בעבודתי בתחנה לבריאות הנפש עם נשים מוסלמיות. כולן עד האחרונה עזבו את הטיפול מעט לאחר שהתחיל. אז תליתי את האשם בחוסר הניסיון שלי. היום, מתוך לימוד והתוודעות לקהילה המוסלמית, אני יודע שהסיכוי שאשה מוסלמית תפתח את ליבה לגבר יהודי ישראלי הוא קטן מאוד. חוסר הניסיון והידע שלי הביאו אותי לשאול שאלות, שגם אם ניתן להצדיקן בהקשר הטיפולי, היו פגיעה מיקרואגרסיבית במטופלות. שאלות אישיות ואינטימיות בקשר לזוגיות, למשפחה ולילדים, היו, כך אני יודע היום, לא במקום. בהכשרה שלי לא היה לימוד כלשהו לגבי האופן שבו עלי לפנות לאוכלוסייה זאת.

העבודה עם מטופלים הומוסקסואלים נפגעים מינית, מאלצת אותנו לבדוק את גבולות הידע שלנו, הן על מצבו הנפשי של המטופל והן על מצבו החברתי. אנו מניחים הנחות לגבי השפעת המגדר, הנטייה המינית והפגיעה המינית שעבר המטופל. הנחות אלו משפיעות ויוצרות לפעמים את דפוסי ההעברה וההעברה-הנגדית בטיפול.

אלה מצבים בלתי נמנעים: הם מופיעים בטיפול, כפי שיופיעו בהורות, במקומות עבודה או בין חברים. באוכלוסייה הנידונה, המטופל מגיע רגיש ולמוד פגיעות, ולכן מוטלת על המטפל האחריות להרחיב את יכולת קבלת התוכן הרגשי הקשור לפגיעה המינית ולנטייה המינית של המטופל, יחד עם הרחבת יכולתו לשאת באשמה ובאחריות כאשר היה לא קשוב ופוגעני כלפי המטופל.

זה בכלל לא נצלני, הוא אומר לי, הוא יודע שכן זוגו שוכב עם אחרים וזה בסדר מבחינתו. כל הזוגות ככה, הוא אומר.

אני מרגיש מיוסר, נקרע בין הניסיון להבין נורמות זוגיות אחרות ולקבל אותן, לבין התחושה שיש כאן משהו שהוא מעבר לכך, ושתומר מכחיש את הניצול שהוא עובר. אני משתף אותו בדילמה שלי, דבר המשחרר מעט את המתח בחדר. אני מבין שבניסיון שלי לעמת אותו עם מה שאני מפרש כנצלני, לא נתתי מספיק את הדעת לגבי משהו מקובל יותר באורח החיים ההומוסקסואלי, השונה מזה שאני מכיר ושאותו אני מושיב כטוב יותר. וגם: נהפכתי שיפוטי, מאשים ופוגע בעיניו. גם כאן, כמו בדוגמה הקודמת, הפעולה המיקראגרסיבית באה מתוך כוונה טובה, אך כוונה זאת באה מתוך עולמי ולא הביאה בחשבון את עולמו הייחודי של תומר.

3. תומר מנסה להסביר לי מדוע נפגע: זה בגלל שאני הומו, זאת הסיבה. אני לא רציתי את זה, אבל בעצם אולי כן? אני דפוק, את קין. הם ידעו להריח את החולשה שלי, כמו שכרישים יודעים להריח דם. מצאתי את עצמי מסביר באריכות על שיחזור של פגיעה מינית, ועל כך שאז הוא הרגיש חלש, אך כיום אולי הוא כבר אינו מרגיש כך. אבל הרגשתי מנותק, ושהסברים שלי רחוקים ממנו ומהחווייה שלו. בתוך תוכי הרגשתי שאכן כך הדבר: שהוא חלש, והומו, ולא גבר – ולכן הוא נפגע. הבחנתי כיצד השיפוטיות שלי כלפי חולשה, שאני לא מקבל בעצמי, באה לידי ביטוי כלפיו.

4. בתחילת הטיפול ראיתי את הקושי שלו כהימנעות מהתמסרות ומאינטימיות עקב חרדת התמזגות עם אחר משמעותי. בפעמים שתומר דיבר על הקושי החברתי שלו: הקושי להכיר חברים ולהשתתף באירועים חברתיים, פירשתי קשיים אלו כקשורים לפגיעות שעבר, או לקושי להיות הומוסקסואל בחברה הטרנס-נורמטיבית, או לעניינים הקשורים לקשר שלו עם אָמו. אבל הפירושים שלי לא הביאו להקלה.

השינוי התרחש כאשר התחלתי לשים לב לתגובותיו לפירושים אלה. פרושים אלו הביאו אותו לתחושה שאני דוחה אותו, ששפטי אותו או שלא הבנתי אותו. הכחשת הפערים בינינו, או הפיכת הפער לפער ערכי שלפיו צד אחד, של המטפל, הוא הנכון והנורמלי, לעומת הצד השני שאינו כזה, ואז כתוצאה מכך, הפיכת אופן ההתנהלות של המטופל לפתולוגי וחולה – הן דוגמאות נפוצות של תגובות מיקראגרסיביות בחדר הטיפול.

5. מידי פעם תומר היה מספר על מסיבות סמים ואורגיות שבהן השתתף. כאשר אני שואל אותו על כך, אני חש עצמי כמציץ. לאחר שביירתי תחושות אלו עם עצמי, הבנתי כמה אני דואג לו, ושמותוך דאגה זאת אני מזהיר אותו מפני מחלות מין ומפני פגיעה חוזרת היכולה להתרחש בנסיבות שבהן המודעות מטושטשת והגבולות עשויים להיחפף ללא ברורים.

אני שואל את עצמי האם אני מפחית ביכולתו לשמור על עצמו, או אולי אני רואה דווקא באופן מציאותי את מצבי הסיכון שבהם הוא מציב את עצמו. אני מחליט לפתוח מולו את הקונפליקט שלי והוא אומר לי כי עליי לסמוך עליו, ושהבערות שלי אני מקטין ומבטל אותו ואת היכולת שלו להיות אחראי על עצמו.

6. כאשר תומר תיאר התעללויות של ילדים מהכיתה, מצאתי עצמי פעמים רבות מזדהה עם התוקפים. משפטים כמו טוב, מה רצית שיקרה? אתה הזמנת את זה, או אתה כל הזמן חוזר למקום קורבני, עולים בי. תחושת חוסר סבלנות מציפה אותי.

תומר שם לב לכך, ובאחת הפעמים הוא אומר כי נראה לו שאני לא מאמין לו.

בעוד שתכנים הקשורים לתקיפה מינית מוכרים לי, הצירוף בין העובדה שתומר נאנס כמה פעמים בעברו, בפעם הראשונה בידי נער הגדול ממנו בכמה שנים בבית ספרו, ולאחר מכן על-ידי בוגרים שניצלו את הצורך שלו בדמויות הוריות מיטיבות, לבין התנהלותו בעולם ההומוסקסואלי, הקשה עליי להתקרב אליו, ופגעה בו לא מעט, לפחות בשלבים הראשוניים של הטיפול.

תומר, בן 35, רווק, איש הייטק במקצועו, ממרכז הארץ, אח בכור מבין שלושה אחים. כאשר היה כבן 13, עבר התעללויות פיזיות וחרם מצד בני כיתתו בחטיבת הביניים. מסיבות הקשורות ליחסים סבוכים בין הוריו, שהיו עסוקים בענייניהם ולא היו פנויים אליו, פנה תומר לנערים גדולים בבי"ס בבקשה שיגנו עליו מהילדים בני כיתתו. אחד הנערים שאליהם פנה פגע בו מינית לאורך תקופה. הפוגע שמר עליו מפני הנערים שהציקו לו, אך באותו זמן גם פיתה אותו כמה פעמים אליו לדירה, שם צפו בחומר פורנוגרפי, ופגע בו מינית כשהוא מאלץ את תומר לקיים איתו יחסי מין אורליים, וכן כאשר נגע באיבר מינו של תומר והביאו לשפיכה. הפגיעות הפסיקו כאשר תומר עבר לבי"ס תיכון אחר, שם, בעזרת יכולת לימודית גבוהה וכישרון ספורטיבי, הצליח להתבלט לטובה. כתוצאה מסביבה סובלנית יותר בביה"ס החדש, הוא שוב לא היה מושא להתעללות. עם זאת הוא הסתיר את שעבר מהוריו, וגם על הנטייה המינית שלו לא התנהלה אף פעם שיחה. נראה שההורים היו משותקים מול התנהלותו, החריגה בעיניהם, ולא יכלו לשוחח איתו על כך, וגם הוא לא הרגיש שיכול לשוחח איתם על כך. כהומוסקסואל צעיר, תומר מצא את עצמו במצבים מסוכנים כמה פעמים, אך למרות זאת לא נפגע פעמים נוספות לטענתו.

תומר רגיש ביותר למבט של האחר על תנועתו בחלל. הוא מרגיש מושא ללעג על אופן תנועתו. משתדל להסוות את הליכתו ואת האופן שבו הוא יושב ומתנועע בכיסא בטיפול:

1. באחת הפגישות, לאחר אמירה כלשהי שלי, הוא שותק ואז אומר: אתה עשית חיקוי שלי עכשיו! אני מופתע ולא מבין.

הוא ממשיך: התנועה שלך עם היד – יצאה לך תנועה של הומו, כמו שלי.

אני מופתע ורוצה להתגונן. אינני יודע אם הוא ממציא, או שהוא צודק. כאשר אני אומר שאם כך הוא חווה את מה שעשיתי הוא כנראה צודק, הוא מגיב בכעס: לא חוויתי! זה קרה! זה לא שככה 'הרגשתי' אותך, ככה עשיתי!

כשאמרתי לו שהוא צודק ושאיני מצטער, הביאו דבריי לגל סיפורים העוסקים בפגיעות ובזלזול שעבר, ולאחריהם הגיעה שתיקה נוספת. "אבא שלי הסתכל עליי כמו על חיזור, הוא שנה אותי, את מי שהייתי, חלש כזה, הומו", אומר תומר, מגיב על הפגיעה שלי בו.

מי יודע כמה פעמים קודם לכן שם לב לכך ולא עשה דבר, מתוך חשש לערער את הקשר הטיפולי, ולהסתכן בכך שאני אנהג בדיוק כמו אביו. לאחר שהעיר לי על כך, הבחנתי שאכן אני עושה באופן אוטומטי תנועה כלשהי עם היד. הבנתי שרציתי לעשות אותה כדי להיות ברור יותר, או קרוב יותר אליו, כמוהו, כאילו שנינו אחד, הומואים נשיים כאלה. סוג של מחווה אמפתית כמעט לא־מודעת. אולי חשבתי שבכך דבריי יהיו אמינים יותר. ברור שהוא חש מושפל מהחיקוי, שהעליב אותו.

2. תומר מספר כי הוא בקשר זוגי שנראה לי נצלני. בן הזוג שלו בוגד בו. אני מנסה לשקף לו משהו מהמקום הקורבני שהוא נכנס אליו שוב, אבל הוא שומע אותי שופט אותו. הניסיון שלי לעמת אותו עם מצבו בזוגיות נחוזה אצלו כמיקראגרסייה:



שונה אך את התצורות השונות של פגיעות מיניות ב־ג.י.ג, אך כולן מחברות את המטופל עם רגשות אשמה, בושה, גועל, חוסר אונים ורגשי נחיתות, איתן יתמודד בטיפול.

גברים נפגעים אלה מוצאים עצמם בתוך 'ארון משולש', ארון נטייה מינית, ארון הפגיעה המינית וארון הגבריות הפגועה. הם נמצאים בארון עקב בושה וחרדה. בבושה ממרכיבים שנוצרו באישיות, או נמצאים בה, הנחווים בעיניהם כפגמים, ושהעיוות עמם מעורר בהם חרדה, הן מול עצמם והן מול סביבתם.

במאמר מודגשים אופני ההתייחסות הפוגענית של המטפל בטיפול בגיגים נפגע פגיעה מינית, התייחסות שהיא חלק מהעברה-הנגדית שלו כלפיהם, העברה הקשורה ליחסו כלפי נפגעים גברים שהם גם גיגים, במיוחד סביב גבריות, נטייה מינית ופגיעה מינית. כמובן שהעברה זאת נמצאת לצד רגשי העברה-נגדית אחרים הקשורים בצדדים נוספים באישיות המטופל.

פגיעות אלו הן לא-מודעות ולא מכוונות, אך שכיחות. הצגתי כמה דרכי התייחסות לפוטנציאל הפוגעני שלהן בטיפול בגברים ג.י.ג. נפגעי תקיפה מינית והדגשתי את הפוטנציאל המצמיח והמלמד עבור המטפל והמטופל הגלום בהם.

גברים אינם ממהרים להגיע לטיפול, וגברים נפגעי תקיפה מינית נמנעים מטיפול אף יותר. גברים הומוסקסואלים שעברו פגיעה מינית נמנעים מטיפול אף יותר. הידע הטיפולי והמחקרי המצטבר בתחום הטיפול בגברים נפגעי תקיפה מינית מתפתח בשנים האחרונות, אך הוא עדיין מצומצם, ויש מקום רב למחקר בנושא, במטרה לתת מענה טיפולי מותאם יותר למטופלים אלה.

## ספרות:

1. Corbett A., Psychotherapy with male survivors of sexual abuse. London, Routledge, 2016.
2. Richardson H.B., Armstrong J.L., Hines D.A. et al., Sexual violence and help-seeking among LGBQ and heterosexual college students. Partner Abuse, 6(1): 29-46, 2015.
3. Brady S., The impact of sexual abuse on sexual identity formation in gay men. J. Child Sex. Abuse, 17(3-4): 359-376, 2008.
4. Kotler D., Tomeo M.E., Templer D.I. et al., Comparative data of childhood and adolescence molestation in heterosexual and homosexual persons. Arch. Sex. Behav., 30(5): 535-541, 2001.
5. Paul J.P., Catania J., Pollack L. et al., Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: the urban men's health study. Child Abuse & Neglect, 25(4): 557-584, 2001.
6. Jinich S., Paul J.P., Stall R. et al., Childhood sexual abuse and HIV risk-taking behavior among gay and bisexual men. AIDS & Behav., 2(1): 41-51, 1998.
7. Diao X.Y., Albert M., Forstein M., The association between HIV/AIDS and childhood sexual abuse: an exploratory case study. J. Gay & Lesbian Men. Health, 23(4): 427-434, 2019.

אמרתי לו שזה נכון ושאינו מיוחד מחולשה. הוספתי כי החולשה הזו פוגשת את החרדות שלי מפני היעדר הגבריות שלי, מפני האימפוטנטיות שלי, ומפני חולשה שיש בכלנו. הרגשתי שהוא מבין ושנחנו קרובים יותר. לאחר מכן, משהו בדרך שבה הוא סיפר ובדרך שבה אני הקשבתי השתנה. הרגשתי אמפתי יותר לסבלו ומסוגל יותר לחשוב יחד איתו.

## סיכום לדוגמה הקלינית

הטיפול בתומר עדיין נמשך. הדוגמאות לפגיעות כבר לא מגיעות מחדר הטיפול, אלא מהסביבה החברתית שלו. ככול שתומר מתקדם ונחשף לאוכלוסיות שונות, שאינן מהמעגל הקרוב של חבריו ומשפחתו, כך הוא מתמודד עם פגיעות נוספות וחדשות. לשמחתנו, הוא יודע לזהות אותן ולעבדן בטיפול.

לעתים אנו נזכרים יחד בפעמים שבהם אמרתי דברים שבשעתו פגעו בו. היום אנו יכולים לציין דברים אלה כפגיעות שעובדו, למשל האמירה שלי כי הוא עובר דברים מאוד נפוצים בקהילה, או שהוא גבר בדרכו שלו, או ניסיונות כושלים שלי להראות בקיאות ב'חיי הומוסקסואלים', כאילו יש דבר כזה בכלל 'חיי הומוסקסואלים'.

בשלב הראשון של הטיפול פגיעות אלו, המיקרואגרסיביות, היו חסרות שם ולא זכו להתייחסות כלל. הן אני כמטפל והן תומר, לא ידענו לקרוא להן בשם ולדבר עליהן.

בשלב השני היה זה תומר שהפנה את תשומת ליבי שאני פוגע בו. משהבנתי זאת, התחלתי לבדוק יותר את עצמי ואת תגובתי בטיפול. התחלתי לקחת אחריות על הפגיעות ואף לזהותן מבעוד מועד ולעצור בעצמי לפני שאבטא אותן. בשלב זה הקושי הגדול היה קשור בהתמודדות עם רגשות האשמה שחשתי, שהביאו לרצוני להכחיש את הפגיעות שפגעתי ולבטלן. מן הסתם היו פגיעות שבכל זאת יצאו החוצה ופגעו ולחלקן התייחסנו ולחלקן לא.

השלב הבא היה שתומר ידע לזהות פגיעות מחוץ לחדר ואף ללמוד להגיב עליהן. התגובה האסרטיבית שלו חיזקה אותו ושיפרה את תחושותיו לגבי עצמו. הוא חש עצמו חזק יותר ובעל נוכחות יציבה יותר במרחב הפנימי והחברתי שלו. כמו כן החל לשם לב כי הוא-עצמו פוגע פגיעות מיקרואגרסיביות ולתקן גם אותן.

## סיכום

במאמר זה משתלבות תיאוריות חברתיות בדבר מיקרואגרסיה עם תיאוריות פסיכואנליטיות העוסקות בפגיעות בקליניקה של המטפל במטופל.

המטופל, גבר הומוסקסואל, שעבר פגיעה מינית, מגיע אל הקליניקה כשחווית הפגיעה נוכחת מאוד בחייו. הוא מגיע חרד ומאיים ורגיש מאוד לניואנסים בהתנהגותו המודעת והלא-מודעת של המטפל. הוא צפה בו ובחן אותו, שאל את עצמו האם יוכל לסמוך על אדם זה? היכולת להיות מודעים ורגישים לפוטנציאל האלים שלנו כמטופלים מול מטופלים אלה, הגברת הרגישות והמודעות, וכן היכולת לשאת באשמה הקשורה בפגיעה במטופלים, הן המאפשרות למטופל לקבל אותנו ולתת בנו אמון.

מתוך העיסוק באוכלוסייה מושתקת שלא מקבלת ייצוג בחברה בכלל ובשיח הטיפולי בפרט, חשוב למפות את אופני הפגיעות המיניות שמהם סובלת קבוצה זאת. לכל אחת השפעה

8. Martin A.D., Hetrick E.S., The stigmatization of the gay and lesbian adolescent. *J. Homosexual.*, 15(1-2): 163-183, 1988
9. Calton J.M., Cattaneo L.B., Gebhard K.T., Barriers to help seeking for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer survivors of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5): 585-600, 2016.
10. Brown L.S., Pantalone D., Lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in trauma psychology: a topic comes out of the closet. *Traumatology*, 17(2): 1-3, 2011.
11. Mereish E.H., Poteat V.P., A relational model of sexual minority mental and physical health: the negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J. Counsel. Psychology*, 62(3): 425, 2015.
12. Gartner R., Considerations in the psychoanalytic treatment of men who were sexually abused as children. *Psychoanal.-Psychology*, 14(1): 13-41, 1997.
13. Hammack P.L., Frost D.M., Meyer I.H. et al., Gay men's health and identity: social change and the life course. *Arch. Sex. Behav.*, 47(1): 59-74, 2018.
14. Jordan J.V., (). Shame and humiliation: from isolation to relational transformation. In: J.V. Jordan, M. Walker, L.M. Hartling (Eds.), *The complexity of connection*. pp 103-128. New York, Guilford Press, 2004.
15. Rosario M., Schrimshaw E.W., Hunter J. et al., Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: consistency and change over time. *J. Sex. Res.*, 43(1): 46-58, 2006.
16. Frost D.M., Lehavot K., Meyer I.H., Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J. Behav. Med.*, 38(1): 1-8, 2015.
17. Parmenter J.G., Crowell K.A., Galliher R.V., Subjective importance of masculinity as a factor in understanding risky sexual attitudes and behaviors among sexual minority men. *Sex Roles*, 82(7): 463-472, 2020.
18. Plummer D., *One of the boys: masculinity, homophobia, and modern manhood*. London & New York, Routledge, 2016.
19. Gartner R.B., Sexual victimization of boys by men: meanings and consequences. *J. Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(2): 1-33, 2000.
20. Gagnier C., Collin-Vézina D., The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *J. Child Sex. Abuse*, 25(2): 221-241, 2016.
21. Romano E., De Luca R.V., Male sexual abuse: a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression & Violent Behav.*, 6(1): 55-78, 2001.
22. גרטנר ר.ב., השלכות בין-אישיות של פגיעה מינית של גברים בוגרים שנוצלו מינית בילדותם. מתוך: זליגמן צ., סלומון ז. (עורכות). הסוד ושברו: גילוי עריות, מאפיינים, השפעות ודרכי טיפול. עמ' 125-163, תל-אביב, הקיבוץ המאוחד, 2004.
23. לוי ר., השפעותיה של פגיעה מינית על הזהות המגדרית והנטייה המינית של נפגעים גברים – השלכות טיפוליות. שיחות, כ"ה(2): 173-183, 2011.
24. Crowder A., *Opening the door: a treatment model for therapy with male survivors of sexual abuse*. London & New York, Routledge, 2014.
25. Dillon J.R., *Internalized homophobia, attributions of blame, and psychological distress among lesbian, gay, and bisexual trauma victims*. Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning, 2001.
26. Stolorow R.D., A phenomenological-contextual, existential, and ethical perspective on emotional trauma. *The Psychoanal. Rev.*, 102(1): 123-138, 2015.
27. Frankel J., Identification with the aggressor and the 'normal traumas': clinical implications. *Int. Forum Psychoanal.*, 13: 78-83, 2004.
28. Am. Psychological Assoc., Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *The Am. Psychologist*, 67(1): 10, 2012.
29. Ranade K., Chakravarty S., 'Coming out' of the comfort zone: challenging heteronormativity through affirmative counselling practice with lesbian and gay clients. In: *Ethical Issues in Counsel and Psychotherapy Practice*, 141-154, 2016.
30. Pierce C., Carew J., Pierce-Gonzalez D. et al., An experiment in racism: TV commercials. In: C. Pierce (Ed.), *Television and education*. pp 62-88. Beverly Hills, CA, Sage, 1978.
31. Sue D.W., Capodilupo C.M., Torino G.C. et al., Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *Am. Psychologist*, 62: 271-286, 2007.
32. Sue D.W., *Microaggressions in everyday life: race, gender, and sexual orientation*. Hoboken, NJ, Wiley, 2010.
33. Nadal K.L., A decade of microaggression research and LGBTQ communities: an introduction to the special issue. *J. Homosexuality*, 66(10): 1309-1316, 2019.
34. Nadal K.L., Rivera D.P., Corpus M.J.H., Sexual orientation and transgender microaggressions in everyday life: experiences of lesbians, gays, bisexuals, and transgender individuals. In: D.W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: manifestation, dynamics, and impact*. pp 217-240. New York, Wiley & Sons, 2010.
35. Ross-Sheriff F., Microaggression, women, and social work. *Affilia: J. Women and Social Work*, 27(3): 233-236, 2012.
36. Liegghio M., Caragata L., Why are you talking to me like I'm stupid? The microaggressions committed within the social welfare system against lone mothers. *Affilia: J. Women & Social Work*, 31(1): 7-23, 2016.
37. Keller R.M., Galgay C.E., Microaggressions experienced by people with disabilities in US society. In: D.W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: manifestation, dynamics, and impact*. pp 241-268. New York, Wiley & Sons, 2010.
38. Balsam K.F., Molina Y., Beadnell B. et al., Measuring multiple minority stress: The LGBT people of color microaggressions scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2): 163-174, 2011.
39. Wong G., Derthick A.O., David E.J.R. et al., The what, why, and how: a review of micro-aggressions work in psychotherapy. *Race and Social Problems*, 6: 181-200, 2014.
40. Constantine M.G., Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *J. Counsel. Psychology*, 54(1): 1-16, 2007.

41. Owen J., Tao K., Rodolfa E., Microaggressions and women in short-term psychotherapy: initial evidence. *The Counsel. Psychologist*, 38(7): 923-946, 2010.
42. Owen J., Tao K.W., Imel Z.E. et al., Addressing racial and ethnic microaggressions in therapy. *Professional Psychology: Res. and Practice*, 45(4): 283-290, 2014.
43. Horvath A.O., The alliance in context: accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Res., Practice, Training*, 43(3): 258-263, 2006.
44. Nadal K.L., Issa M-A., Griffin K. et al., Religious microaggressions in the United States: mental health implications for religious minority groups. In: D.W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: manifestation, dynamics, and impact*. pp 287-310. New York, Wiley & Sons, 2010.
45. Greene M.P., Blitz L.V., The elephant is not pink: talking about white, black, and brown to achieve excellence in clinical practice. *Clin. Social Work J.*, 40(2): 203-212, 2012.
46. Chang D.F., Berk A., Making cross-racial therapy work: a phenomenological study of clients' experiences of cross-racial therapy. *J. Counsel. Psychology*, 56: 521-536, 2009.
47. Les Marvin F., Ego psychological contributions to understanding microaggressions in clinical social work practice. *Psychoanal. Social Work*, 24(1): 1-17, 2017.
48. Comas-Diaz L., Jacobsen F., Ethnocultural allodynia. *The J. Psychotherapy Practice and Res.*, 10: 246-252, 2001.
49. Moody A.T., Lewis J.A., Gendered racial microaggressions and traumatic stress symptoms among black women. *Psychology of Women Q.*, 43(2): 201-214, 2019.
50. Rasmussen B., Making sense of Walt: a psychoanalytic understanding of racism. *Psychoanal. Soc. Work*, 20(1): 50-61, 2013.
51. פינקלמן ח., פסיכואנליזה והומוסקסואליות: חוויותיהם של גברים הומואים מטיפולים פסיכודינמיים. עבודת מוסמך בפסיכולוגיה, המכללה האקדמית ת"א-יפו, 2012.
52. Pardess E., Pride and prejudice in the helping encounter with gay and lesbian individuals – a narrative lens. In: C. Rabin (Ed.), *Understanding gender and culture in the helping process*. pp 191-216. New York, Brooke Cole Pub., 2004.
53. Shelton K., Delgado-Romero E.A., Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *J. Counsel. Psychology*, 58(2): 210-221, 2011.
54. זיו א., גבריות תחת מתקפה: מבט מחודש על טראומה מינית בגברים. שיחות. כ"ז(1): 23-32, 2012.
55. Galgut C., Lesbians and therapists – the need for explicitness. *CPJ: Counsel. & Psychotherapy J.*, 16(4): 8-11, 2005.
56. Dietz C., Working with lesbian, gay, bisexual and transgendered abuse survivors. *J. Progressive Human Services*, 12(2): 27-49, 2002.
57. Lyons H.Z., Bieschke K.J., Dendy A.K. et al., Psychologists' competence to treat lesbian, gay and bisexual clients: state of the field and strategies for improvement. *Professional Psychology: Res. & Practice*, 41(5): 424, 2010.
58. Rutter P.A., Estrada D., Ferguson L.K. et al., Sexual orientation and counselor competency: the impact of training on enhancing awareness, knowledge and skills. *J. LGBT Issues in Counsel.*, 2: 109-125, 2008.