

אוניברסיטת תל אביב
ביה"ס לעבודה סוציאלית
ע"ש בוב שאפל

מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול :
הקשר בין מיקרואגרסיות בטיפול, הומופוביה מופנמת, חויית מועילות הטיפול והברית
הטיפולית בקרב מטופלים ומטופלות לסביות, הומואים וביסקסואלים/יות

חיבור זה הוגש כעבודת גמר
לקראת התואר "מוסמך אוניברסיטה בעבודה סוציאלית"
באוניברסיטת תל אביב

על ידי
ליגל סלומון אליאב
העבודה הוכנה בהדרכת
ד"ר גיא שילה

דצמבר, 2020

תוכן עניינים :

4.....	תודות.....
5-6.....	תקציר.....
7.....	הקדמה.....
7.....	סקירת ספרות
7-9.....	נטייה מינית בראי הפסיכולוגיה.....
9-10.....	מאפיינים ייחודיים בטיפול עם להט"ב.....
10.....	שירותי ייעוץ וטיפול נפשי ייחודיים ללהט"ב בישראל.....
10-11.....	סטיגמה כלפי לסביות, הומואים וביסקסואליים.....
11.....	מודל לחץ המיעוטים.....
12.....	הומופוביה מופנמת.....
12-14.....	מיקרו אגרסיות.....
14-16.....	מיקרו אגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול.....
16.....	השפעת מיקרו אגרסיות על תוצרי טיפול.....
17.....	השערות מחקר.....
18.....	שיטת המחקר
18-19.....	מדגם ומאפייניו.....
20-23.....	כלי המחקר.....
23-24.....	הליך המחקר.....
24.....	היבטים אתיים.....
25.....	ממצאים
25-27.....	סטטיסטיקה תיאורית.....
27-29.....	קשרים בין משתני המחקר.....
30-32.....	השערות המחקר.....
33-37.....	דיון
37-39.....	תרומת המחקר והשלכות יישומיות.....
39.....	מגבלות המחקר ומחקרי המשך.....
40.....	סיכום.....

41-51.....	מקורות המידע
52.....	נספחים
52-57.....	נספח 1- מיקרו אגרסיות על רקע נטייה מינית.....
57-63.....	נספח 2- כלי המחקר.....
64-66.....	Abstract

לוחות

19-20.....	לוח 1- התפלגות המדגם לי המשתנים הדמוגרפיים.....
24.....	לוח 2- משתני המחקר, השאלונים ומקדמי המהימנות במחקר הנוכחי.....
25.....	לוח 3- מאפייני הטיפול בו לקחו חלק המשתתפים במדגם.....
26.....	לוח 4- סטטיסטיקה תיאורית.....
28.....	לוח 5- קשרים בין המשתנים הדמוגרפיים למשתני המחקר.....
29.....	לוח 6- קשרים בין מאפייני הטיפול למשתני המחקר.....
31.....	לוח 7- רגרסיה בצעדים עבור מודל התיווך לניבוי הברית הטיפולית.....
32.....	לוח 8- רגרסיה בצעדים עבור מודל התיווך לניבוי מועילות הטיפול.....

תרשימים

17.....	תרשים 1- מודל המחקר.....
27.....	תרשים 2- התפלגות המיקרו אגרסיות בטיפול בקרב המשתתפים במחקר.....
31.....	תרשים 3- הקשר בין מיקרו אגרסיות לברית הטיפולית בתיווך הומופוביה מופנמת.....

תודות

אני מודה בכל ליבי לד"ר גיא שילה, על היותו מודל לחיקוי ולהשראה עבורי, כאדם וכעו"ס. על ליווי מסור, מכיל ומקצועי לאורך כל הדרך.

תודה להוריי האהובים - אבי ואמי ז"ל, שעודדו אותי לרכוש השכלה ועבדו קשה כדי לאפשר זאת.

תודה לבן זוגי היקר על התמיכה הרבה בתהליך.

תודה מיוחדת למשתתפות ומשתתפי המחקר. מי ייתן וממצאי מחקר זה יובילו למחקרים נוספים בתחום, ויאפשרו מתן מענים מקצועיים, הולמים, ונטולי מיקרו-אגרסיות ללהט"ב – בעבודה סוציאלית ובכל מקצועות הטיפול.

תקציר

כמוצג במודל "לחץ מיעוטים" (Minority Stress) אשר הגה אילן מאייר (Meyer, 2015), אנשים ונשים המגדירים עצמם כלהט"ב חווים לחצים שמקורם בחברה, מעצם השתייכותם לקבוצת מיעוט – לדוגמה סטיגמה, דעות קדומות ואפליה. מיקרו-אגרסיות הומשגו בשנים האחרונות כגורם לחץ אשר התווסף למודל לחץ מיעוטים. מיקרו-אגרסיות הינן צורות מעודנות יותר של אפליה המתבטאות בהשפלות קצרות, נפוצות ויומיומיות הנעשות בין אם במכוון או בשוגג דרך ביטויים מילוליים, התנהגותיים או סביבתיים. מיקרו-אגרסיות מעבירות מסרים עוינים של העלבה והשפלה כלפי אנשים המשתייכים לקבוצת מיעוט.

הוכח כי ללחצים המומשגים במודל לחץ מיעוטים, השפעה ממשית על רווחתם הנפשית של להט"ב. ואכן, מחקרים מראים כי הקהילה הלהט"בית פונה לטיפול נפשי בשיעורים גבוהים משמעותית מהקהילה ההטרוסקסואלית. באופן כללי, ניתן לומר כי תחום הטיפול חותר ליצירת מרחב הטיפול נטול אפליה ושיפוטיות, על מנת לשפר את רווחתם הנפשית של מטופלים ומטופלות באשר הם.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבדוק האם קיימות מיקרו-אגרסיות כלפי לסביות, הומואים וביסקסואלים (לה"ב) בטיפול, וכיצד קיומן משפיע על מועילות נתפסת של הטיפול בעיני המטופלים, ועל הברית הטיפולית בין המטפל למטופל. נוסף על כך, נבחנה ההשפעה המתווכת של הומופוביה מופנמת, או הפנמה של עמדות ורגשות אנטי הומוסקסואליים כלפי העצמי, בין קיומן של מיקרו-אגרסיות ובין מועילות נתפסת של הטיפול והברית הטיפולית.

במחקר השתתפו 389 גברים ונשים המגדירים את עצמם הומואים, לסביות או ביסקסואליים ולקחו חלק בטיפול נפשי מסוג כלשהו במהלך חייהם. המשתתפים אותרו באמצעות הפצת שאלוני המחקר ברשת דרך רשימות תפוצה, קבוצות פייסבוק ואתרי אינטרנט ייעודיים יחד עם בקשה מהמשתתפים להעביר את השאלון גם למכרים שלהם מהקהילה.

השאלון נכתב במשותף עבור קבוצת מחקרי תזה וכלל את שאלוני כל המחקרים יחדיו. עבור המחקר הנוכחי, השאלונים הרלוונטיים היו שאלון מיקרו-אגרסיות, שאלון הומופוביה מופנמת, שאלון מועילות הטיפול ושאלון הברית הטיפולית. לאחר איסוף הנתונים, בוצעו ניתוחים סטטיסטיים באמצעות תוכנת SPSS.

ממצאי המחקר העיקריים הראו שמיקרו-אגרסיות הנפוצות ביותר בהקשר הטיפולי היו דיבור בצורה שלילית על אורך החיים הלהט"בי, חוסר אמונה שהמטופל חווה אפליה על רקע נטייתו המינית ואמירות כמו "אתה לא כמו כל הלהט"בים". בנוסף, בקרב ביסקסואלים נמצאה הומופוביה מופנמת ברמה גבוהה יותר מאשר בקרב הומואים ולסביות. בהתאם להשערות המחקר, מיקרו-אגרסיות בטיפול נמצאו קשורות באופן שלילי לברית הטיפולית, למועילות הטיפול ולהומופוביה מופנמת. זאת ועוד, הקשר בין

מיקרו האגרסיות בטיפול לבין הברית הטיפולית נמצא כמתווך על ידי ההומופוביה המופנמת, אך בניגוד להשערת המחקר הראשונית, הקשר בין מיקרו אגרסיות למועילות הטיפול לא תוּך על ידי ההומופוביה מופנמת.

דיון בממצאי המחקר נעשה תחת ההבנה שמחקר זה הוא ראשון מסוגו בתחום מיקרו-האגרסיות בטיפול נפשי והקשר שלו לקהילה הלהט"בית. יחד עם זאת, אישוש השערות המחקר יכול להיות מובן ברמה הפשטנית וההגיונית ביותר, לפיה תחושות של אפליה והדרה בטיפול, גם אם אינן מכוונות, מובילות לירידה באיכות הברית הטיפולית, והן לתפיסת מועילות הטיפול באופן פחות. נוסף על כך, סביר שמטופלים בעלי נטייה להפנים את מיקרו-האגרסיות יחוּ עלבון משמעותי יותר, מה שיוביל לפגיעה רבה יותר בקשר הטיפולי. כתוצאה מכך, ממצאי המחקר מדגישים את חשיבותן של הכשרות ייעודיות למטפלים בלהט"ב; את הצורך המשמעותי בבחינת עמדות סטריאוטיפיות והנחות יסוד שגויות שלנו כמטפלים. זאת על מנת למנוע ביטויים מיקרו-אגרסיביים בטיפול בלהט"ב, וכדי לאפשר ללקוחותינו טיפול מקצועי המקדם את רווחתם הנפשית.

מבוא

התפיסה החברתית והתרבותית של נטייה מינית הייתה מקובעת לאורך שנים רבות. בעבר הלא רחוק, הומוסקסואליות הוגדרה כהפרעה נפשית. על אף שיפור מסוים ביחס להומוסקסואליות, ניתן לומר שעדיין ישנה אפליה וחשיבה סטראוטיפית בחברתנו בכל הקשור לנטייה מינית. חשיבה זו נקראת גם מיקרו-אגרסיות. מיקרו-אגרסיות בשיפוט האדם בהתאם לנטייתו המינית באות לידי ביטוי גם בסיטואציה טיפולית, בין המטפל למטופל. המחקר הנוכחי יבחן את ההשפעה של אותן מיקרו-אגרסיות על הקשר הטיפולי ומועילות הטיפול. בנוסף, תיבחן ההשפעה של הומופוביה מופנמת, שהיא הפנמה של עמדות שליליות כלפי העצמי, על הקשרים בין מיקרו-אגרסיות למאפייני הטיפול. עולם המחקר האקדמי העוסק בקהילה הלהט"בית מצביע על הבדלים בין חוויותיהם של אנשים הנכללים תחת המטריה הטרנסג'נדרית, ובין חוויותיהם של הומואים, לסביות וביסקסואלים. מחד, שתי קבוצות אלו מוגדרות כאוכלוסיית מיעוט, ולכן, שתיהן סובלות מस्टיגמה ואפליה בחברה (Meyer, 2015). מאידך, קיימים הבדלים משמעותיים משום שבקרב טרנסג'נדרים, המוקד הוא הזהות המגדרית, כאשר בקרב הומואים, לסביות וביסקסואלים המוקד הוא הנטייה המינית. מחקרים רבים עוסקים בלחץ מיעוטים, אפליה, ומיקרו-אגרסיות הייחודיים לחוויותיהם של אנשים טרנסג'נדרים ונשים טרנסג'נדריות - ראו לדוגמה (Chang & Chung, 2015; Marshall, 2004; Nadal, 2013). המחקר הנוכחי יתמקד אך ורק בחוויותיהם של לקוחות לסביות, הומואים וביסקסואלים ויעסוק במיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול. לאורך המחקר אשתמש בקיצור לה"ב, כאשר הכוונה היא ללסביות, הומואים, ביסקסואלים וביסקסואליות.

סקירת ספרות

נטייה מינית בראי הפסיכולוגיה

רקע היסטורי

כיום, בשנת 2020, קיימת הבנה בבריאות הנפש לפיה רמות גבוהות של מצוקה פסיכולוגית בקרב לה"ב נקשרת למעמדם כקבוצת מיעוט ולאפליה, אך מצב זה לא היה כך לאורך ההיסטוריה. למעשה, עד אמצע שנות המאה העשרים, פסיכיאטרים ופסיכולוגים ראו נטייה מינית הומוסקסואלית כפתולוגיה, וניסו "לרפא" ולשנות אותה (Drescher, 2015).

הומוסקסואליות הוגדרה כהפרעה נפשית בספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי (DSM-I) (American Psychological Association, 1952). רק בשנת 1973, בעקבות אקטיביזם מצד פעילים לה"בים וכן, בעזרת מאמצי סנגור של אנשי מקצוע מתוך האגודה האמריקאית לפסיכולוגיה, הוסרה האבחנה, אך הוחלפה ב"הפרעת נטייה מינית" (Drescher, 2015). אבחנה זו שונתה עם הוצאתו לאור של

ה-DSM-III ל"הומוסקסואליות אגו-דיסטונית" (American Psychological Association, 1980).
לבסוף, הוסרה גם אבחנה זו באופן סופי מה-DSM-III-R בשנת 1987 (American Psychological Association, 1987; Drescher, 2015).

לעומת זאת, רק בשנת 1992 ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) הפסיק

להגדיר הומוסקסואליות כמחלה נפשית בסיווג המחלות הבינלאומי, ה-ICD-10 (World Health Organization, 1992). סיווג זה הכיל אבחנה הדומה ל"הומוסקסואליות אגו-דיסטונית", אך הדבר השתנה בשנת 2019, עם פרסום ה-ICD-11, אז הוסרה גם היא (World Health Organization, 2019).
הסרת אבחנות הקשורות לנטייה מינית הומוסקסואלית מה-DSM הובילה לשינויים בדעות כלפי

הומוסקסואליות בתרבות הרחבה ובחברה, ואפשרה את המסע לקראת שוויון, אשר נמשך עד ימינו (Drescher, 2012; Drescher, 2015). זאת ועוד, בעשור האחרון מושם דגש בבריאות הנפש על קידום רווחתם של לה"ב. דגש זה בא לידי ביטוי בספרות מחקרית רבה אודות פסיכותרפיה אפירמטיבית - חיובית עם לקוחות לה"ב (Alderson, 2004; Alessi, 2013; Alessi, 2014; Alessi, Dillon, & Kim, 2016; Glassgold & Drescher, 2007; Pachankis & Goldfried, 2013; Rubinstein, 2003; Smith, Shin, & Officer, 2012). בתוך כך, גופים עיקריים בתחום פרסמו קווים מנחים לטיפול בלה"ב, כמו לדוגמה האגודה האמריקאית לפסיכולוגיה (American Psychological Association, 2012), איגוד הפסיכיאטרים העולמי (Bhugra, Eckstrand, Levounis, Kar, & Javate, 2016) ואיגוד העובדים הסוציאליים העולמי (National Association of Social Workers, 2015).

עמדות כלפי הומוסקסואליות בקרב סטודנטים למקצועות המסייעים ובקרב מטפלים

בשני העשורים האחרונים נעשו ברחבי העולם מספר מחקרים אשר בדקו את עמדותיהם של מטפלים, או של סטודנטים במקצועות המסייעים, בנוגע להומוסקסואליות (Camilleri & Ryan, 2006; Gato & Fontaine, 2017; Papadaki, Plotnikof, Gioumidou, Zisimou, & Papadaki, 2015; Rauchfleisch, 2003; Swank & Raiz, 2010). במחקרים נמצא כי עמדות כלפי הומוסקסואליות בקרב סטודנטים לעבודה סוציאלית, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים הן חיוביות בעיקרן. בנוסף, המחקרים מצביעים על כך שמאפיינים דמוגרפיים של משתתפי המחקר – לדוגמה מידת ההיכרות עם הומואים ולסביות, מידת הדתיות ומגדר – משפיעים על עמדותיהם כלפי הומוסקסואליות. בתוך כך, במחקרים נמצא כי נשים, חילוניים ומשתתפים שהייתה להם היכרות קרובה עם הומואים ולסביות היו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי הומוסקסואליות בהשוואה לגברים, אנשים דתיים וכאלו שאינם מכירים היכרות אישית לה"ב (Camilleri & Ryan, 2006; Gato & Fontaine, 2017; Papadaki et al., 2015; Rauchfleisch, 2003; Swank & Raiz, 2010).

בישראל בוצע בעשור האחרון מחקר יחידי אשר בחן את עמדותיהם של סטודנטים לעבודה סוציאלית כלפי הומוסקסואליות (שילה, 2009). מממצאי המחקר עולה כי קיימות עמדות חיוביות כלפי הומוסקסואליות בקרב סטודנטים לעבודה סוציאלית בישראל. בדומה לממצאים מן העולם, בישראל המשתנים הדמוגרפיים מגדר, מידת דתיות, גיל, שנת לימוד, היכרות עם הומואים ולסביות והקניית ידע אודות לה"ב ניבאו עמדות כלפי הומוסקסואליות. מחקר זה חידש בכך שעולה ממנו כי עמדות הנבדקים משפיעות על התנהגותם בהתערבויות טיפוליות עם פונים הומואים ופונות לסביות (שילה, 2009).

לצד ההתפתחויות המשמעותיות שתוארו להלן, ולצד עדויות אודות תהליך שינוי בעמדות חיוביות כלפי הומוסקסואליות בישראל ובעולם, ראיות מחקריות מעידות כי יש מקום לשיפור: בישראל לא פורסמו קווים מנחים מקצועיים לטיפול בלה"ב ע"י ארגונים מובילים בתחום, כדוגמת איגוד העובדים הסוציאליים, או הסתדרות הפסיכולוגים בישראל.

בנוסף, עדיין קיימות פרקטיקות בלתי הולמות בטיפול בלה"ב, ובתוכן מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית, אשר יידונו בהרחבה בהמשך (Davis et al., 2016; MacDonald, 2013; Nadal, Whitman,)

Davis, Erazo, & Davidoff, 2016; Shelton & Delgado-Romero, 2013; Spengler, Miller, & Spengler, 2016).

מאפיינים ייחודיים בטיפול עם לסביות, הומואים וביסקסואלים

ממחקרים עולה כי לסביות הומואים וביסקסואלים פונים לטיפול בשיעורים גבוהים משמעותית מלקוחות הטרוסקסואלים (Spengler & Egisdottir, 2015), כאשר נשים לסביות וביסקסואליות נטו יותר מגברים (הומואים וביסקסואלים) לפנות לקבלת עזרה מקצועית בבריאות הנפש (Dickinson & Adams, 2014). לה"ב פנו לסיוע מקצועי בעיקר עקב דיכאון, חרדה, בעיות במערכות יחסים, שימוש בחומרים ממכרים, התעללות שקרתה בעבר, קשיים כלכליים וענייני תעסוקה, אובדניים, נושאים משפחתיים ונושאים הקשורים לנטייה המינית (Berg, Mimiaga, & Safren, 2008; Dickinson & Adams, 2014;)

(Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008).

ממחקרים שונים עולה כי לקוחות לה"ב מעדיפים מטפל הומו, מטפלת לסבית או מטפל גיי-פרינדלי (Liddle, 1996; Kelley, 2015; Bieschke, Paul, & Blasko, 2007). חשוב לציין שבבחינת מועילות הטיפול, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מטפלים לה"ב ובין מטפלים הטרוסקסואלים (Kelley, 2015). יחד עם זאת, נמצאו הבדלים בין אנשי מקצוע שונים, כאשר פסיכולוגים ועובדים סוציאליים נטו לסייע ללקוחות לה"בים, לעומת פסיכיאטרים ואנשי מקצוע במהלך הכשרה מקצועית, אשר נטו לפרקטיקות בלתי מסייעות בקשר עם לקוחות לה"בים, כגון יחס חסר כבוד ומנוכר, שימוש בהתערבויות בלתי מועילות וגם מטפלים אשר כפו את הערכים שלהם ואת ההחלטות שלהם על לקוחותיהם (Israel et al., 2008). הנתונים המובאים מציבים לקוחות לה"ב בסיכון לחשיפה מוגברת לטיפולים מזיקים או לא

מועילים, לא רק כקבוצה פגיעה, אלא כלקוחות אשר צורכים שירותי ייעוץ וטיפול נפשי בתדירות גבוהה (Moleiro & Pinto, 2015).

שירותי ייעוץ וטיפול נפשי ייחודיים ללה"ב בישראל

בישראל, ארגוני קהילת הלהט"ב המרכזיים מעניקים שירותי ייעוץ וטיפול נפשי ללהט"בים. נכון לכתבת שורות אלו, קיימים מענים שונים וביניהם: הבית הפתוח בירושלים, המציע שירותי ייעוץ, חונכות וטיפולים פסיכולוגיים מסובסדים לקהילה הלהט"בית בירושלים (www.joh.org.il/blank-5); עמותת תה"ה, המספקת תמיכה להורים של להט"ב, הכוללת קבוצות תמיכה להורים ובני משפחה של להט"ב, קו קשב 24/7, מפגשי הורי תה"ה עם צעירים להט"בים שיצאו מהארון וכן, מתנדבים המלווים קבוצות של ארגון הנוער הגאה (www.tehila.org.il); 'בית דרור', אשר נותן מענה זמני לבני נוער מכל רחבי הארץ שנפלטו מבתייהם בשל נטייתם המינית ו/או המגדרית (www.bethdror.org); הקליניקה הלהט"בית, מטעם האגודה למען הלהט"ב, מספקת שירותי טיפול פסיכולוגי ובהם פסיכותרפיה, ייעוץ, תמיכה וכתובת חוות דעת מקצועיות לציבור הלהט"ב. הטיפול ניתן בחיפה, בבאר שבע ובתל אביב, על ידי צוות מטפלים בעלי ניסיון וידע ייחודי לטיפול בלהט"בים (www.lgbt.org.il/clinic); היחידה לייעוץ ולטיפול של המרכז הגאה בתל אביב מציעה טיפול פרטני, זוגי ומשפחתי, הניתן על ידי צוות רב מקצועי של מטפלים מוסמכים, המתמחים בטיפול באוכלוסייה הגאה ובני משפחותיהם; יש עם מי לדבר', קו הקשב של האגודה, מציע אוזן קשבת, מידע ותמיכה ללהט"ב (www.lgbtqcenter.org.il/?page_id=17). בנוסף, לאחרונה משרד העבודה והרווחה הרחיב את שירותיו לנוער ולצעירים להט"ב, ויותר שירותים ייעודיים מוקמים על ידי רשויות מקומיות, משרד העבודה והרווחה והמוסד לביטוח לאומי, מספקים שירות ללהט"ב (שילה, 2019) – לדוגמה: 'הגג הוורוד', מסגרת אשר מספקת הלנת חירום לצעירים וצעירות להט"ב (www.facebook.com/hagag.havarod); הוסטל 'אבני דרך' לצעירים וצעירות להט"ב (www.ruachtova.org.il/organizations/32479).

על אף המודעות ההולכת וגוברת, ומגוון המענים ההולך וגדל, מחקרים מצביעים על כך שישנם עובדים סוציאליים האוחזים בעמדות שליליות כלפי להט"ב, חשים אי נוחות לטפל בפונים להט"ב, ובעיקר - חסרי ידע על המאפיינים של להט"ב ועל דרכי הסיוע להם (שילה, 2009; Shiloh, Gavriel-; 2019). (Fried & Cohen, 2016).

סטיגמה כלפי לסביות, הומואים וביסקסואלים

הטרנסקסוזים היא מערכת אמונות חברתיות שמבוססת על הנחת עליונותן של זהויות ומערכות יחסים הטרנסקסואליות, ועל נחיתותן של זהויות ומערכות יחסים להט"ביות (Goldberg, 2016). סטיגמה מינית נובעת מהטרנסקסוזים, והיא למעשה התייחסות שלילית בחברה לכל התנהגות, זהות, מערכת יחסים או קהילה אשר אינן הטרנסקסואליות (Herek, 2004, 2008). סטיגמה מינית מבוטאת באופן רשמי

- לדוגמה על ידי קיומם של חוקים מפלים ומדיניות מפלה, וגם באופן לא רשמי, על ידי מסורות דתיות וכן, במהלך אינטראקציות עם פרטים בחברה – אשר נעות מנידוי ועד אלימות כלפי אנשים הנתפסים כלה"ב (Herek, 2009; Meyer, 2013). ביטויי הסטיגמה עשויים להיות ישירים או עקיפים, והם מהווים גורמי לחץ משמעותיים בקרב הומואים, לסביות וביסקסואלים (Herek, 2009).

לפי הצנבולר (Hatzenbuehler, 2009), הקשר בין לחץ שמקורו בסטיגמה ובין פסיכופתולוגיה נעוץ בכך שלה"ב מתמודדים עם חשיפה ללחץ מוגבר, הנובע מסטיגמה. לחץ זה מגביר חוסר יציבות רגשית, בעיות במערכות יחסים ומחשבות של חוסר תקווה ופסימיות. השפעות שליליות אלו ברמה הרגשית, הבין אישית והקוגניטיבית, מגבירות את הסיכון לקיומן של פסיכופתולוגיות (Hatzenbuehler, 2009). בהקשר זה, במחקרים רבים מתואר הקשר בין גורמי לחץ חברתיים ובין פגיעה במצבם הנפשי של לה"ב (Lehavot & Simoni, 2011; Meyer, 2013; Meyer, 2015; Sattler, Wagner, & Christiansen, 2013; Velez, Moradi, & Brewster, 2013; Shilo & Mor, 2014; King et al., 2008; Meyer, 2013). מודל לחץ המיעוטים, עליו אפרט בחלק הבא, מציע מסגרת מושגית דרכה מוסבר הקשר בין לחץ שמקורו בחברה ובין פגיעה בבריאותם הנפשית של לה"ב.

מודל לחץ מיעוטים

מחקר זה נשען על מודל לחץ מיעוטים, אותו המשיג אילן מאייר (Meyer, 2003; 2007; 2013). מודל זה מתבסס על תיאוריות חברתיות מתחום הפסיכולוגיה והסוציולוגיה, ומציע מסגרת מושגית אשר לפיה סטיגמה, דעות קדומות ואפליה יוצרות סביבה חברתית מלחיצה, הפוגעת במצבם הנפשי של אלה השייכים לקבוצות מיעוט (Meyer, 2013). לפי מאייר (Meyer, 2007), לחץ על מיעוטים מוגדר על ידי שלושה מאפיינים ייחודיים. ראשית, הוא ייחודי, משום שהוא מתווסף ללחצים כלליים שחווים כל האנשים, ועל כן לחץ זה דורש מאמצי הסתגלות מעבר לאלו הנדרשים מאחרים שאינם חשופים לסטיגמה. לחץ על מיעוטים הוא גם לחץ כרוני, כלומר, הוא יציב ומבוסס על מבנה חברתי ותרבותי. לבסוף, מקורו של לחץ זה הוא בחברה - הוא נובע בעיקרו מתהליכים, מבנים ומוסדות חברתיים ולא רק מאירועים או מצבים אישיים.

המודל מורכב מגורמי לחץ חיצוניים: אלימות ואפליה; ומגורמי לחץ פנימיים: הומופוביה מופנמת, חשש מדחייה והסתרת הנטייה המינית לעומת יציאה מהארון (Meyer, 2007). במחקר הנוכחי, הקשור לחוויות בטיפול, אתמקד בגורם הלחץ החיצוני מיקרואגרסיות, ובגורם הלחץ הפנימי הומופוביה מופנמת – כמשפיעים על תוצרי הטיפול (ברית טיפולית עם המטפלת, מועילות הטיפול).

הומופוביה מופנמת

השלכה עיקרית של החיים בחברה שממקמת הטרו-נורמטיביות מעל נטיות מיניות אחרות היא החשיפה לעמדות שליליות כלפי משיכה, התנהגות וזהות הומוסקסואלית (Goldberg, 2016). הומופוביה מופנמת מתרחשת כאשר הומואים, לסביות וביסקסואלים מפנימים את אותן עמדות ורגשות אנטי-הומוסקסואליות שמקורן בחברה, כלפי עצמם (Meyer, 1995; Frost & Meyer, 2009). הומופוביה מופנמת שכיחה בשלבי גיבוש זהות הנטייה המינית, והיא בדרך כלל פוחתת לאחר גיבוש הזהות המינית, בין היתר עקב אינטראקציות רבות יותר של לה"ב עם קהילת הלהט"ב והתמיכה והמשאבים שקשר זה מספק. תהליך ההתגברות על הומופוביה מופנמת עשוי בסופו של דבר לתרום להתפתחות דימוי עצמי בריא. יחד עם זאת, ההשפעה החזקה והמתמשכת לסטיגמה כלפי לה"ב בחברה, כבר בשלבי חיים מוקדמים, עשויות לגרום למידה מסוימת של הומופוביה מופנמת גם לאחר גיבוש זהות נטייה מינית חיובית (Goldberg, 2016).

ממחקרים עולה כי הומופוביה מופנמת נקשרת להערכה עצמית נמוכה, תסמיני לחץ, שימוש באלכוהול, תסמינים סומטיים ודה-מורליזציה (Pardess-Israel, 2004; רובינשטיין, 2011); וכן לבושה, אשמה, דיכאון, חרדה, הפרעות אכילה ודימוי גוף שלילי (Berg, Munthe-Kaas, & Ross, 2016; Newcomb & Mustanski, 2010). בנוסף, הומופוביה מופנמת נמצאה כמשפיעה לרעה על איכות מערכות יחסים בחייהם של לה"ב: זוגיות, חברויות, מערכות יחסים במשפחה ומערכות יחסים אחרות (Berg et al., 2016; Frost & Meyer, 2009). זאת ועוד, הומופוביה מופנמת נמצאה כמשפיעה על ההחלטה האם לחשוף או להסתיר את הנטייה המינית בפני חברים, עמיתים ומשפחה מורחבת. ככל שרמת ההומופוביה המופנמת גבוהה יותר, כך סביר פחות שאדם יצא מהארון בפני חבריו ועמיתיו (Weber-Gilmore, Rose, & Rubinstein, 2011). בהמשך לכך, הומופוביה מופנמת נמצאה כמשתנה המתווך בין חוויות של אפליה על רקע נטייה מינית ובין בעיות בבריאות הנפשית ופגיעה ברווחה הנפשית (Balsam, Molina, Beadnell, Simoni, & Walters, 2011; Feinstein, Goldfried, & Davila, 2012).

מיקרו-אגרסיות

הפסיכיאטר צ'סטר פירס הציג לראשונה את המושג מיקרו-אגרסיות בשנות ה-70 למאה העשרים, בהתייחסו לאפליה על רקע גזע ואתניות. הוא תיאר אותן ככלי העיקרי של התנהגויות גזעניות, והגדיר אותן כחילופי דברים מרומזים, מציפים, לעיתים קרובות אוטומטיים ובלתי מילוליים, אשר גורמים לדיכוי (Pierce, Carew, Pierce-Gonzalez, & Wills, 1977). כ-30 שנה מאוחר יותר החל המושג להפוך יותר רווח, כאשר מאז התרחב השימוש בו וכיום הוא כולל בעיקר הקשרים של מגדר, נטייה מינית, מעמד, דת ומוגבלות הגוף (Sue, 2010; צאלח, 2016).

דרלד סו וחבריו (Sue et al., 2007) הרחיבו את המושג ותיארו מיקרו-אגרסיות כהשפלות קצרות, יומיומיות, מילוליות, התנהגותיות וסביבתיות; אשר נעשות במתכוון או בשוגג; ומעבירות מסרים של עלבונות משפילים או שליליים, שלהם השפעה פוטנציאלית מזיקה או לא נעימה פסיכולוגית, לאדם או לקבוצה שאליהם מסרים אלו מופנים (Sue et al., 2007). במילים אחרות, מיקרו-אגרסיות הן חילופי דברים יומיומיים השולחים מסרים מפלים ומשמיצים לאנשים, רק משום שהם משתייכים לקבוצת מיעוט (Sue et al., 2007).

לאור השוני והגיוון בניסוחים המוצעים בספרות, בעבודה זו מיקרו-אגרסיות יוגדרו כצורות מעודנות של הפליה, המתבטאת בהשפלות קצרות, נפוצות ויומיומיות אשר הינן מילוליות, התנהגותיות או סביבתיות – הנעשות בין אם במתכוון או בשוגג – ומעבירות מסרים של עלבונות עוינים, משפילים או שליליים כלפי חברי קבוצות מדוכאות (Pierce et al., 1977; Sue, Bucceri, Lin, Nadal, & Torino, 2007; Sue, 2010).

כאשר מיקרו-אגרסיות מופעלות בתוך תקשורת בין אישית, הן מתגלות דרך טון הדיבור, שפת הגוף, בחירת מילים, דפוסי קשר עין ומיקוד. מיקרו-אגרסיות אף יכולות להיות מועברות באופן סביבתי, דרך ארגון המרחב, תצוגה של תמונות וייצוגים במדיה. מבחינה מוסדית, מיקרו-אגרסיות יכולות להיות מבוטאות דרך בחירת תכנית הלימודים, מדיניות ותקנות (Dean, Victor, & Guidry-Grimes, 2016). למיקרו-אגרסיות הנעשות במרחב של יחסי כוח יש משמעויות רבות ואי אפשר לבטל אותן רק כביטוי לבורותו של הדובר (צאלח, 2016). מיקרו-אגרסיות הן כה נפוצות ואוטומטיות באינטראקציות יום יומיות, שלעיתים קרובות מבטלים אותן, מבליגים עליהן או רואים בהן לא מסוכנות (Sue et al., 2007). כמו כן, הן לעיתים קרובות מועברות באופן בלתי מודע ובלי כוונה ועשויות להיות בלתי נראות לאלו אשר מעבירים אותן (Dean et al., 2016).

ישנן שלוש צורות של מיקרו-אגרסיות אשר ניכרות בחוויותיהם של מיעוטים באשר הם (Sue et al., 2007; Sue, 2010): **מיקרו-תקיפות** - שימוש בהשפלות מפורשות, בין אם באופן מילולי או לא מילולי, אשר מתבטאות בקריאת שמות, התנהגות נמנעת או פעולות מפלות כלפי הקורבן אליו הן מכוונות; **מיקרו-עלבונות** - שימוש מילולי או לא מילולי אשר לרוב אינו מודע בהעברת מסרים גסים או חסרי רגישות המשפילים את זהותו של האדם. כך מועבר מסר מעודן שאותו אדם הוא נחות ביחס לקבוצה השלטת; **מיקרו-אי תיקופים** - כוללות העברת מסרים, אשר ברובם אינם מודעים, אשר מפלים, שוללים או מבטלים את המציאויות של פרטים בקבוצות מדוכאות (צאלח, 2016).

ישנו גוף ידע הולך וגדל בספרות המציע שמיקרו-אגרסיות גורמות לנזק נפשי ופסיכולוגי למקבליהן (Dean et al., 2016). בהקשר זה, המסרים החבויים המועברים במיקרו-אגרסיות עשויים לשלול את זהותם או את חווית המציאות של האנשים כלפיהם הן מופנות. מסרים אלו עלולים להשפיל

אותם ברמה האישית או הקבוצתית, להעביר מסר שהם פחותים, לרמוז שהם לא שייכים לקבוצת הרוב ואף לייצר איום או הפחדה (Sue et al., 2007; Sue, 2010).

הטרסקסואלים עשויים להחשיב עצמם כבעלי גישה חיובית ופתיחות מחשבתית מכיוון שהם לא מבצעים פשעי שנאה או מפלים אנשים מקהילת הלהט"ב באופן בוטה. יחד עם זאת, הם עשויים לא לשים לב לדרכים בהן הם מעליבים אותם ואותן (Nadal, Rivera, & Corpus, 2010). בהקשר זה, נמצא כי לה"ב שחו מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית היו בעלי הערכה עצמית נמוכה וחשו רגשות שליליים לגבי הזהות המינית שלהם (Wright & Wegner, 2012).

מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית מופנות כלפי לסביות, הומואים וביסקסואלים, במגוון הקשרים. בנספח א' מתוארות בהרחבה מיקרואגרסיות על רקע נטייה מינית לפי תמות שונות אשר זוהו בספרות על ידי חוקרים בולטים בתחום (Nadal, Rivera, & Corpus, 2010; Platt & Lenzen, 2013; Sue, 2010).

מיקרואגרסיות על רקע נטייה מינית במהלך מפגשים טיפוליים.

הספרות העדכנית אודות מיקרואגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול היא דלה ורובה המכריע

מורכב ממחקרים שנעשו בשיטה איכותנית (Shelton & Delgado-Romero, 2013; Spengler et al., 2016). מחקרים אחרים בדקו הומופוביה בטיפול (Bowers, Plummer, & Minichiello, 2005) ומצבים בלתי מסייעים בטיפול בלה"ב (Israel et al., 2008; Liddle, 1996), אשר מהם עולים נושאים וביטויים הדומים במהותם למיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית.

מיקרואגרסיות בטיפול עשויות לבוא לידי ביטוי באופן מילולי, לא מילולי וסביבתי: דרך אמירות

ישירות והערות עקיפות של המטפלים; דרך שתיקה או דרך שפת הגוף של המטפל; דרך מאפיינים מוחשיים בסביבה הפיזית של השירות או הקליניקה שבה מתקיים הטיפול (Shelton & Delgado-Romero, 2013). מן הספרות עולים סוגים שונים של מיקרו-אגרסיות מצד המטפל במהלך מפגשים טיפוליים:

הנחה שנטייה מינית היא המקור לכל הנושאים אשר עולים בטיפול. כשמטפל אומר שהבעיה

היא הנטייה המינית, או כאשר עולה בטיפול נושא מסוים שאינו רלוונטי לנטייה מינית והמטפל שואל את הלקוח איך זה קשור לנטייתו המינית. המסר שמועבר הוא שהנטייה המינית של הלקוח היא הבעיה ויש לטפל בה (Israel et al., 2008; Kelley, 2015; Shelton & Delgado-Romero, 2013).

התעלמות או מזעור הנטייה המינית. כשמטפל נמנע משימוש במונחים הרלוונטיים ללה"ב;

כשמטפל מחליף נושא ומתעלם מנושאים הקשורים לנטייה המינית של הלקוח; או כאשר מטפל מתקשה להיות אמפתי לקשיים הכרוכים ביציאה מהארון או לעסוק בהומופוביה מופנמת של הלקוח. המסרים שעוברים הם שלא חשוב לדבר על נושאים הקשורים לנטייה המינית; שאסור שהלקוח ירגיש בנוח לדבר

על הנטייה המינית שלו; ששיח כזה אודות הנטייה המינית גורם למטפל להרגיש לא בנוח או שלצאת מהארון זה דבר של מה בכך (Kelley, 2015; Shelton & Delgado-Romero, 2013). בהקשר זה, אנשי מקצוע בשירותים ציבוריים של בריאות הנפש כמעט ואינם שואלים לקוחות בנוגע לנטייתם המינית. על כן, לקוחות מתקשים לחשוף את נטייתם המינית בשירותי ברה"נ, גם כאשר היא רלוונטית למצבם הנפשי (Semp & Read, 2015).

ניסיונות להזדהות יתר עם לקוחות לה"בים. לדוגמא כשמטפל לא מפסיק להזכיר מכרים רחוקים שהם לה"בים; כשמטפל מנסה להתחבר ללקוחות לה"בים באופן שבו הוא משנה את אופן הדיבור או את מנח הגוף כדי שייראה שהוא מרגיש בנוח עם אנשים לה"בים. ניסיונות אלו הם בעייתיים משום שהמסרים שעוברים ללקוח הם שהמטפל מבין את הלקוח ושאינו הומופוב - רק כי הוא מכיר מישהו שהוא לה"ב; הלקוח מוזר והמטפל "מגניב" כי הוא עובד איתו (Shelton & Delgado-Romero, 2013).

הנחות סטריאוטיפיות בנוגע ללקוחות לה"בים. לדוגמא כשמטפל מתפלא כשלקוח הומו מספר לו שהוא היה בחנות של כלי עבודה; כשמטפל אומר לאישה לסבית מושכת "את לא נראית לסבית". הנחות אלו מעבירות מסרים שלפיהם כל האנשים הלה"בים הם אותו הדבר וגם מסר שלפיו המטפל לא צריך להכיר את הלקוח כאינדיבידואל (Shelton & Delgado-Romero, 2013).

ביטויים של דעה קדומה הטרו-נורמטיבית. כשלקוח שם לב שבמשרד של המטפל מוצגים ספרים ועלוניים הטרוסקסואליים בלבד; כאשר לקוח חושף את נטייתו המינית בפני מטפל, המטפל מצהיר "אני לא הומו!" ; או כאשר מטפל דוחף לקוח ביסקסואלי לקשר עם אישה. המסר שעובר הוא פוגעני בכך שהוא מציג לה"ב כלא נורמליים וכאנשים שצריכים להשתנות ולהיות הטרוסקסואלים (Bieschke et al., 2007; Israel et al., 2008; Shelton & Delgado-Romero, 2013). הטרוסקסזים מצד המטפל גורם לכך שלה"ב תופסים את המטפל כפחות אמין, לא מעוניינים לחזור לפגישה נוספת ופחות מוכנים לחשוף את נטייתם המינית ומידע אישי בפני המטפל (Dorland & Fischer, 2001).

הנחה שכל הלה"בים צריכים טיפול נפשי. כאשר מטפל מעודד לקוח להישאר בטיפול בניגוד לרצונו או כאשר מטפל אומר ללקוח שלא משנה היכן, העיקר שיהיה בטיפול כלשהו. המסר שעובר באמירות המתוארות הוא שקשה למטפלים עם כך שלקוחותיהם הם לה"בים (Shelton & Delgado-Romero, 2013).

מתן אזהרות בנוגע להזדהות כלה"ב. כאשר מטפל שואל את הלקוח אם הוא בטוח שהוא רוצה להיכנס לאורח החיים הלה"בי או אם הוא באמת חשב על כך לעומק; כשלקוח משתף את המטפל על אפליה שהוא חווה עקב נטייתו המינית, המטפל אומר שאורח החיים הזה מביא איתו בעיות. אזהרות אלו מצד מטפלים מעבירות מסרים לפיהם הלקוח לא מסוגל לקבל החלטות רציונליות; כל הבעיות שאיתן הוא

מתמודד הן באשמתו משום שבחר בזהות מינית לה"בית ובנוסף, שאין דבר כזה דיכוי מערכתי כלפי אנשים על רקע נטייתם המינית (Shelton & Delgado-Romero, 2013).

השפעת מיקרואגרסיות על תוצרי הטיפול.

השפעת מיקרו-אגרסיות על הברית הטיפולית. ברית טיפולית הוא מושג המבטא את שיתוף הפעולה ואת הקשר הרגשי הקיימים בין מטפל ללקוח, והיא חיונית לתהליך הטיפולי (Kelley, 2015; D. J. Martin, Garske, & Davis, 2000). לפי בורדין (Bordin, 1979), הברית הטיפולית מורכבת משלושה מרכיבים עיקריים: הסכמה על מטרות הטיפול, קביעת משימות בטיפול והתפתחות הקשר בין המטפל ללקוח. מערכת יחסים חיובית בין המטפל ללקוח נקשרת להתמדה בתהליך הטיפולי, תורמת להתפתחותה של ברית טיפולית יציבה ומאפשרת התקדמות בטיפול. בנוסף, ככל שפרקטיקות הטיפול נתפסו על ידי לקוחות כאוהדות ומסייעות, וככל שהמטפל נתפס כבעל כישורים גבוהים יותר - כך מתחזק קשר מטפל-לקוח והברית הטיפולית חזקה יותר (Israel et al., 2008; Kelley, 2015).

מיקרו-אגרסיות בקשר טיפולי מהוות קושי מהותי לברית הטיפולית לאור האינטימיות הקיימת בקשר בין המטפל ללקוח (Shelton & Delgado-Romero, 2013). מן הספרות עולה קשר בין קיומן של מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול לבין ברית טיפולית חלשה (MacDonald, 2013). בנוסף, מיקרו-אגרסיות בטיפול גרמו לכך שלקוחות לה"בים הטילו ספק ביכולותיו של המטפל ובהשקעתו בתהליך הטיפולי (Liddle, 1996; Shelton & Delgado-Romero, 2013).

זאת ועוד, קשר מטפל-לקוח רופף, התערבויות לא מועילות ושיפוטיות מצד המטפל גררו מגוון השלכות שליליות על הטיפול ועל הלקוח (Israel et al., 2008). השלכות אלו כוללות השפעה שלילית על מערכת היחסים בין המטפל ללקוח, כמו גם פגיעה באיכות חייו של הלקוח: חוסר התקדמות בטיפול, סימפטומים מוגברים, פגיעה במערכות יחסים וקבלה עצמית נמוכה. בנוסף, לקוחות נמנעו מלשתף בבעיותיהם, פיתחו רושם שלילי על טיפול באופן כללי ואף גיבשו תפיסה שלילית בנוגע לנטייתם המינית וליציאה מהארון (Israel et al., 2008).

השפעת מיקרו-אגרסיות על מועילות הטיפול ועל נשירה מטיפול. במחקרים מקיפים נמצא קשר בין ברית טיפולית חזקה ובין תוצאות טיפול חיוביות (Horvath & Symonds, 1991; D. J. Martin et al., 2000). לעומת זאת, מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול נמצאו כקשורות למועילות טיפול נמוכה (Israel et al., 2008; MacDonald, 2013; Shelton & Delgado-Romero, 2013). באשר לנשירה מטיפול, לקוחות לה"בים שחוו מיקרו-אגרסיות בטיפול שינוי את נקודת מבטם על טיפול באופן שעיקב או מנע לחלוטין חזרה לטיפול (Shelton & Delgado-Romero, 2013). בנוסף, פרקטיקות שליליות מצד מטפלים, הדומות במהותן למיקרו-אגרסיות אשר תוארו בחלק הקודם, נמצאו כקשורות לעזיבת הטיפול (Israel et al., 2008) ואף לנשירה מטיפול כבר לאחר המפגש הראשון (Liddle, 1996).

מיקרו-אגרסיות והומופוביה מופנמת.

מיקרו-אגרסיות בהגדרתן קשורות בתפיסה סובייקטיבית של אמירות והתנהגויות של החברה או הקרובים אלי כפוגעניות. מתוקף כך, ישנם אנשים שיחוו את מיקרו-האגרסיות כיותר פוגעניות מאנשים אחרים (Platt & Lenzen, 2013). בהמשך לכך, הומופוביה מופנמת נמצאה כמשתנה המתווך בין חוויות של אפליה על רקע נטייה מינית ובין בעיות בבריאות הנפשית ופגיעה ברווחה הנפשית (Balsam et al., 2012; Feinstein et al., 2011; Feinstei et al., 2012). לכן, כיוון שמיקרו-האגרסיות הינן חוויות של אפליה סובייקטיבית, סביר שאנשים שלהם הומופוביה מופנמת ברמה גבוהה יותר, יחוו מיקרו-אגרסיות ברמה עוצמתית יותר, כך שזו בתורה תשפיע על התפיסה שלהם את הברית הטיפולית ומועילות הטיפול. על כן, ייתכן שההומופוביה המופנמת מתווכת את הקשר שבין מיקרו האגרסיות לבין הברית ומועילות הטיפול.

השערות המחקר

המחקר הנוכחי יבחן את השפעת המיקרו-אגרסיות בטיפול על הברית הטיפולית ועל תפיסת מועילות הטיפול. השערות המחקר, אשר נוסחו בהתבסס על סקירת הספרות, מוצגות במודל המחקר (תרשים 1):

1. יימצא קשר שלילי בין מיקרו-אגרסיות בטיפול ובין תפיסת מועילות הטיפול: ככל שרמות

המיקרו-אגרסיות יהיו גבוהות יותר, כך תפיסת מועילות הטיפול תהיה נמוכה יותר.

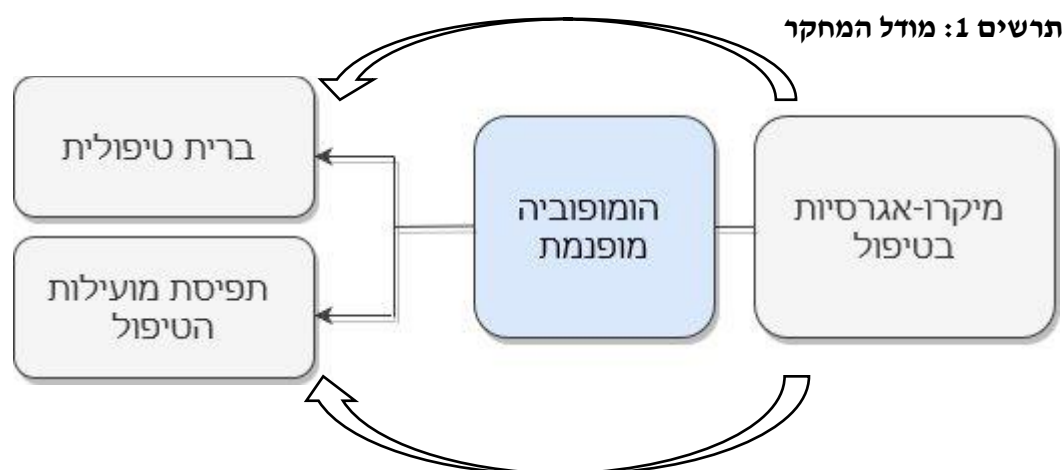
2. יימצא קשר שלילי בין מיקרו-אגרסיות בטיפול ובין הברית הטיפולית בין המטפל ללקוח: ככל

שרמות המיקרו-אגרסיות בטיפול יהיו גבוהות יותר, כך תפיסת הברית הטיפולית תהיה חלשה יותר.

3. הומופוביה מופנמת תימצא כמשתנה מתווך בין מיקרו-אגרסיות בטיפול לבין משתני הטיפול.

כלומר, כאשר המשתנה 'הומופוביה מופנמת' יכנס לניתוח, הקשר בין מיקרו אגרסיות למשתני התוצאה

ייחלש (תיווך חלקי) או ייעלם (תיווך מלא).



שיטת המחקר

מדגם

מדגם המחקר כולל 389 משתתפים לה"ב בגילאי 15-65 ($M=32.1$; $SD=11.23$), אשר לקחו חלק בטיפול במהלך חייהם. בטבלה 1 מוצגים המאפיינים הדמוגרפיים של משתתפי המחקר. אוכלוסיית המחקר מורכבת מהומואים ולסביות ($N=317$) וכן ביסקסואלים ($N=48$) ומולטי משתייכים ($N=24$). מתוכם 83 נשים, 456 גברים, 16 משתתפים סימנו קטגוריה "אחר" (4 התלבטות, 4 ג'נדר קוויר ו-8 אחר). רוב המשיבים הם חילוניים ($N=349$), אשר נולדו בישראל ($N=372$). לכ-116 מן המשיבים יש ילדים. מספר שנות הלימוד נע בין 4-30 שנות לימוד ($M=15.95$; $SD=3.26$), ההכנסה חולקה ל-9 קטגוריות הנעות בין אין לי הכנסה כלל ועד הכנסה מעל 15,000 ₪. ההכנסה הממוצעת נעה בין 7,001-9,000, כאשר הקבוצות בהן יש מספר רב ביותר של משיבים הן 5,001-7,000 ($N=12.1\%$), 9,000-11,000 ($N=12.9\%$) ומעל 15,000 ($N=13.1\%$).

בטבלה 2 מוצגים מאפייני המדגם ביחס לטיפול. ניתן לראות כי 38.6% ממשתתפי המחקר התחילו את הטיפול בין גיל 25-44 ($N=150$) ו-31.4% התחילו לפני גיל 18 ($N=122$). סיבות הפניה לטיפול הן רבות ומגוונות, אך רבים פנו לקבלת טיפול בעקבות חרדה ($N=134$), דיכאון ($N=137$) או סיבות אחרות, ביניהן קשיים משפחתיים, קשיים חברתיים, הפרעות אכילה, אובדנות ועוד.

הסמכת המטפלת ברוב הטיפולים (72.8%) היא פסיכולוגית ($n=283$), או עובדת סוציאלית ($N=42$); פסיכיאטרית ($N=26$). 12 משתתפים (3.1%) לא ידעו מהי הסמכת המטפלת, ו-26 אנשים כתבו בקטגוריה "אחר" (מטפלת באומנות, פסיכותרפיסטית, קואוצ'רית, דמיון מודרך או כתבו על מספר מטפלים).

69.4% המטפלים אינם מתמחים בטיפול בלהט"ב ($N=270$), בעוד 17.2% פרסמו כי הם מתמחים בטיפול בלהט"ב ($N=67$). 52 משיבים לא ידעו האם המטפלת שלהם מתמחה בטיפול בלהט"ב. רובם המכריע של המשתתפים במחקר חשפו את נטייתם המינית בפני המטפלת שלהם ($N=341$).

משך זמן הטיפול נע בין 1-100 חודשים ($M=20.52$; $SD=22.58$). 27% ממשתתפי המחקר ציינו שהגיעו למטרות הטיפול ($N=105$); 36.8% ציינו כי הגיעו למטרות הטיפול באופן חלקי ($N=143$) ו-7.5% לא הגיעו למטרות הטיפול ($N=29$).

באשר לסיבות להפסקת הטיפול, 29.3% מהמשתתפים דיווחו כי השיגו את מטרות הטיפול באופן מספק ולכן סיימו את הטיפול ($N=114$); 26.5% מהמשתתפים הפסיקו את הטיפול, לדבריהם, עקב נסיבות החיים ($N=103$); 13.1% הפסיקו עקב חוסר שביעות רצון מתהליך הטיפול ($N=51$) או מהמטפלת ($N=32$); ו-10% הפסיקו את הטיפול עקב צורך בעצמאות ($N=39$).

טבלה 1 – התפלגות המדגם על פי משתנים דמוגרפיים (N = 389)

מאפיין דמוגרפי	ערכים	מספר משיבים	טווח/ %	ממוצע (סטיית תקן)
גיל		366	15-65	32.17 (11.23)
שנות לימוד		323	4-30	15.95 (3.26)
מגדר/זהות מגדרית	אישה	83	21.3	
	גבר	290	74.6	
	בהתלבטות	4	1	
	גינדרקוויר	4	1	
	אחר	8	2.1	
			317	81.5
נטייה מינית	הומו/לסבית	48	12.3	
	ביסקסואל/ית	17	4.4	
	פאנסקסואל/ית	2	0.5	
	פוליסקסואל/ית	5	1.3	
	מולטי-משיכת/ית	323	83	
דת	יהודיה	3	0.8	
	נוצריוה	52	13.4	
	אתאיסט/ית	6	1.5	
	אחר	349	89.7	
רמת דתיות	חילונית	34	8.7	
	מסורתיות	4	1	
	דתיה	187	48.1	
סטטוס	רווק/ה	52	13.4	
	נשוי/אה	124	31.9	
	במערכת יחסים	14	3.6	
	גרושה	1	0.3	
	אלמן/ה	8	2.1	
	במערכת יחסים פתוחה/פוליאמורית			
רמת הכנסה	ללא הכנסה	45	11.6	
	פחות מ-1000 ₪	24	6.2	
	1000-3000 ₪	39	10	
	3001-5000 ₪	40	10.3	
	5001-7000 ₪	47	12.1	
	7001-9000 ₪	43	11.1	
	9001-11000 ₪	46	11.8	
	11001-15000 ₪	50	12.9	

13.1	51		מעל 15000 ₪
95.6	372	ישראל	ארץ לידה
4.4	17	ארץ אחרת	

כלי המחקר

כלי המחקר מצורפים במלואם בנספח ב'. בטבלה 3 מוצגים משתני המחקר, השאלונים הבודקים אותם ומקדמי המהימנות שלהם במחקר הנוכחי.

שאלון פרטים אישיים. בשאלון זה התבקשו המשיבים לענות על מספר פרטים אישיים הכוללים: מגדר, נטייה מינית (הטרנסקסואל, הומו/לסבית, ביסקסואל/ית, מתלבט/ת בנוגע לנטייה המינית, אחר), גיל, מקום מגורים נוכחי, הכנסה חודשית, מספר שנות לימוד, ארץ לידה, מצב משפחתי, מספר ילדים, סטאטוס הורי, הדרך בה הובאו הילדים לעולם, דת, מידת דתיות, מוצא ועדתיות (אשכנזי, מזרחי, גם אשכנזי וגם מזרחי, אחר). בנוסף לפרטים הדמוגרפיים, נשאלו המשיבים תשע שאלות הנוגעות למאפייני הטיפול: בנוגע להסמכת המטפל, סיבות פניה לטיפול, גיל המטופל בעת כניסתו לטיפול, הצלחה נתפסת של הטיפול וסיבות להפסקת הטיפול במידה והוא הופסק. מקור השאלות בשאלון שחיבר ג'ונסון (Johnson, 2014). השאלון תורגם וקוצר עבור המחקר הנוכחי.

שאלון מיקרו אגרסיות. שאלון מיקרו אגרסיות על רקע נטייה מינית מתבסס על מחקרם של נדל, ריברה וקורפוס (Nadal et al., 2010). השאלון נבנה על ידי (Swann, Minschew, Newcomb, & Mustanski, 2016) והוא מורכב מ- 19 פריטים הנחלקים לארבע קטגוריות: עמדות ונטיות שהן אנטי להט"ב (לדוגמא: "נאמר לך לא להתנהג כמו הומו/לסבית"), דחיית הומוסקסואליות (לדוגמא: "נאמר לך ש: "פשוט עדיין לא מצאת את האדם הנכון מהמין השני"), הטרנסקסזים (לדוגמא: "קראו לך "פרנואידי/ית" כשחשדת שמישהו התנהג אליך בצורה הומופובית") וחוסר קבלה חברתית (לדוגמא: "מישהו אמר "לא אכפת לי שיעשו מה שהם רוצים, רק שישאירו את זה בבית שלהם"). שאלות אלו מדורגות באמצעות סולם בן 5 דרגות אשר נע בין "כלל לא" ועד "כמעט כל יום". מהימנותו הפנימית של השאלון המקורי אינו מוצגת בפרסום המחקר.

שאלון זה תורגם לעברית והמשיבים שנמצאים בטיפול התבקשו לענות באיזו מידה הם חוו את המיקרואגרסיות המתוארות בפריטים במהלך הטיפול (במידה והיו במספר טיפולים, התבקשו המשיבים להתמקד בתשובותיהם בטיפול האחרון שהיו בו). השאלות נחלקו לארבע קטגוריות: עמדות ונטיות שהן אנטי להט"ב, דחיית הומוסקסואליות, הטרנסקסזים וחוסר קבלה חברתית. סולם התשובות מכיל 5 דרגות ונע בין "אף פעם" ל"מדי יום". ציון החשיפה למיקרו-אגרסיות בטיפול מחושב באמצעות חישוב הממוצע של 19 הפריטים. ככל שהציון גבוה יותר, כך גבוהה רמת החשיפה למיקרו-אגרסיות.

בשל העובדה ששאלון המיקרואגרסיות הוא כלי חדש (2016), שלא נעשה בו שימוש במחקרים קודמים, ובשל העובדה שכלי זה עבר תרגום לצורך המחקר הנוכחי ושונו בו פריטים על מנת להתאימו לעברית, נערך ניתוח גורמים גישושי בעזרת תוכנת AMOS על מנת לבדוק התאמת הנתונים לחלוקת הכלי לגורמים. בהתאם להמלצתם של (Covert & Craiger, 2000), הוכללו מדדי טיב התאמה החשובים ביותר לבדיקת טיב התאמת נתונים למודל: comparative fit index (CFI); goodness-of-fit index (GFI); root-mean-square error of approximation (RMSEA). ערכי CFI, GFI נעים בין 0-1.00, כאשר ערכים הגבוהים מ-0.95 מציינים מידת טיב התאמה טובה וערים הגבוהים מ-0.90 מציינים מידת טיב התאמה מספקת (Holy, 1995). עבור RMSEA, ערכים הנמוכים מ-0.05 מציינים התאמה גבוהה (Browne & Cudeck, 1993).

בבדיקת המודל, הוכנסו 19 פרטי השאלון, ונבדקה מידת התאמתם לקיומם של ארבעה גורמים, ולקיומו של גורם על אחד המייצג חוויות של מיקרואגרסיות. בבדיקת מודל זה, כל הפריטים הראו טעינות מובהקות ($p < 0.01$) על הגורם היחיד, וכל הטעינויות היו גבוהות מ-0.40. כמו כן, התאמת המודל עם ארבעה הגורמים וקיומו של גורם על אחד הייתה טובה (Covert & Craiger, 2000; Hu & Bentner, 1999):

$\chi^2(137) = 1.88, p < 0.001$; goodness of fit index [GFI] = 0.952, comparative fit index [CFI] = 0.950, root-mean-square error of approximation [RMSEA] = 0.039

ממצאי ניתוח הגורמים מאוששים את קיומם של ארבעה גורמים: עמדות וביטויים שהם אנטי להט"בים (פריטים 1,4,8,9,10,11; אלפא קרונבך = 0.75), דחיית ההומוסקסואלים (פריטים 5,7,18; אלפא קרונבך = 0.72), הטרוסקסוזים (פריטים 3,20,21,22,23; אלפא קרונבך = 0.73) וחוסר קבלה חברתית (פריטים 14,15,16,17,19; אלפא קרונבך = 0.73) ואת קיומו של גורם על אחד, המציין חוויות של מיקרואגרסיות, המורכב מממוצע כלל 19 הפריטים שמידת המהימנות שלו נמצאה גבוהה: אלפא קרונבך = 0.86.

הומופוביה מופנמת – (The Internalized Homophobia Scale- IHP). השאלון נבנה על ידי מרטין ודין (Martin & Dean, 1987), והוא כולל עשרה פריטים, הבודקים את המידה בה האדם חש אי נוחות או מוטרדות עקב היותו הומוסקסואל ומחפש כיצד להימנע מרגשות הומוסקסואלים (לדוגמה, "ניסית להפסיק להימשך מינית לבני מינדך", "הרגשת מנוכר/ מרוחק מעצמך בגלל שאתה הומוסקסואל"). מהימנותו הפנימית של השאלון המקורי $\alpha = 0.79$. לשאלון תוקף תוכן, בהתבססו על אבחנת ההומוסקסואליות האגו-דיסטונית, כפי שהופיעה ב-DSM-3; האבחנה הוגדרה כנטייה מינית בלתי

רצויה, שהאדם חווה שנכפתה עליו. האבחנה הוצאה מה- DSM-4, מתוך הכרה בכך שכמעט כל הומו חווה תקופה בה חש כי נטייתו המינית אינה רצויה והמונח הוחלף בהומופוביה מופנמת (Meyer, 2003). בנוסף, במחקר בקליפורניה בו השתתפו הומואים, לסביות וביסקסואלים נמצא קשר שלילי מובהק בין הומופוביה מופנמת לבין הערכה עצמית חשיפת הנטייה המינית לחברים הטרוסקסואלים, וקשר חיובי מובהק עם סימפטומים של דיכאון (Herek, Cogan, Gillis, & Glunt, 1997). שאלון זה נמצא בשימוש רווח במחקרים שונים (Hamilton & Mahalik, 2009; Moradi et al., 2010; Vu, Tun, Sheehy, & Nel, 2012).

השאלון תורגם לעברית על ידי שילה ומור (Shilo & Mor, 2014), ונעשה בו שימוש במחקרם, בו השתתפו הומואים, לסביות וביסקסואלים ישראלים צעירים. לשאלון נמצאה מהימנות פנימית $\alpha = .82$. כמו כן, ניתוח גורמים מאשש אישר את תוקף המבנה של הכלי- עשרת פריטי השאלון התאימו לקיומו של גורם אחד נסתר, המייצג את מידת ההומופוביה המופנמת. במחקר הנוכחי על המשתתף/ת לענות באיזו תדירות במהלך השנה האחרונה הוא/היא חש/ה ככתוב בפריטים לגבי היותה/ו הומו/לסבית על גבי סולם ליקרט בן חמש דרגות, הנע בין 1 (אף פעם לא) לבין 5 (תמיד). הציון הסופי של הומופוביה מופנמת מחושב ממוצע המענה לפריטים, לאחר היפוך הציונים עבור פריט 10 (הרגשת שלהיות לסבית/ הומו/ ביסקסואלית עוזר לך לבטא חלק טבעי בזהות המינית שלך). הציון הסופי יכול לנוע בין 5-1, כאשר ציון גבוה, מציינן הומופוביה מופנמת גבוהה.

לבדיקת תוקף השאלון במחקר הנוכחי, נערך ניתוח גורמים מסוג Principal axis עם רוטציית varimax עבור 10 פריטי השאלון. הניתוח הניב גורם יחיד, הכולל את עשרת פריטי השאלון, המסביר 47.83% מהשונות. טעינות הפריטים על הגורם היחיד הייתה גבוהה מ- .48. במחקר הנוכחי נמצאה לשאלון מהימנות $\alpha = .86$.

שאלון הברית הטיפולית - Working Alliance Inventory short revised (WAI-SR). שאלון הברית

הטיפולית WAI - Working Alliance Inventory, פותח על ידי הורבאת' וגרינברג (Horvath & Greenberg, 1989). השאלון מכיל 36 פריטים, ומבוסס על תיאוריית הברית הטיפולית של בורדין (Bordin, 1979). בהמשך, (Hatcher & Gillaspay, 2006) שכללו את השאלון ויצרו שאלון מקוצר בן 12 פריטים, Working Alliance Inventory short revised (WAI-SR) אשר בו נעשה שימוש במחקר הנוכחי. שאלון זה מודד שלושה תחומים של הברית הטיפולית: מטרה - הסכמה בין הלקוח והמטפל על מטרות הטיפול (לדוגמא: "המטפל ואני עובדים על מטרות שמוסכמות על שנינו"); משימות - הסכמה בין הלקוח והמטפל בנוגע למשימות אשר בעזרתן יושגו מטרות אלו (לדוגמא: "המטפל ואני מסכימים על הצעדים

שיש לנקוט כדי לראות שיפור במצביו); קשר - איכות הקשר בין הלקוח למטפל (לדוגמה: "המטפל ואני בוטחים זה בזה") (Paap & Dijkstra, 2017).

בשאלון זה משתתפים מדרגים פריטים על סולם ליקרט בן 5 דרגות, הנע בין 'לעיתים רחוקות או אף פעם' = 1, ועד 'תמיד' = 5. ציון הברית הטיפולית מחושב מסכום התשובות ל 12 הפריטים, ויכול לנוע בין 12-50. ציון גבוה יותר מעיד על ברית טיפולית טובה יותר. לשאלון ישנה מהימנות גבוהה, כאשר מקדם מהימנות אלפא שהתקבל במחקר המתאר את בניית הכלי הוא 0.93. בנוסף, תוצאות גבוהות בשאלון זה נמצאו קשורות לתוצאות טיפול טובות יותר (Paap & Dijkstra, 2017).

לבדיקת תוקף השאלון במחקר הנוכחי, נערך ניתוח גורמים מסוג Principal axis עם רוטציית varimax עבור 12 פרטי השאלון. הניתוח הניב גורם יחיד, הכולל את שנים-עשר פרטי השאלון, המסביר 63.95% מהשונות. טעינות הפריטים על הגורם היחיד הייתה גבוהה מ 0.70. במחקר הנוכחי נמצאה לשאלון מהימנות $\alpha = 0.92$.

מועילות הטיפול – נבדקה במחקר הנוכחי על ידי פריט בודד אשר בוחן את המועילות הנתפסת של הטיפול עבור משיבי המחקר. משיבים הנמצאים כעת בטיפול, וציינו כי הטיפול מועיל להם, ומשיבים שהפסיקו את הטיפול וציינו כי הגיעו למטרות הטיפול צוינו ב 3 (מועילות טיפול גבוהה). משיבים הנמצאים בטיפול, וכאלה שסיימו את הטיפול וציינו כי הגיעו למטרות הטיפול באופן חלקי צוינו ב 2 (מועילות טיפול בינונית). משיבים שנמצאים בטיפול או סיימו אותו, וציינו כי לא הגיעו למטרות הטיפול צוינו בספרה 1 (מועילות טיפול נמוכה). כך, המשתנה מועילות בטיפול נע בין 1-3, כאשר ככל שהציון גבוה יותר, מועילות הטיפול גבוהה יותר.

הליך המחקר

המחקר נערך במשותף בקבוצת התזה (שכללה מספר מחקרים הקשורים למיקרואגרסיות בקרב להט"ב) ושאלון המחקר המשותף כלל את כלל השאלונים של כל המחקרים. אלו, הועלו כשאלון אינטרנטי בתוכנת qualtrics כשאלון חכם המנתב את המשתתפת/ת בהתאם לתשובות. השאלון נכתב והופץ באתר מאובטח אשר מאפשר מילוי בזמן אמת הן במחשב והן בטלפון סלולרי.

השאלון הופץ בקבוצות פייסבוק ואתרי אינטרנט הקשורים לקהילת הלהט"ב בצירוף בקשה כי ימלאו את שאלוני המחקר ויפיצו אותם בקרב הקהילה הלהט"בית. המקורות העיקריים לאיסוף הנתונים היו: קבוצות חברתיות להומואים, לסביות, ביסקסואליים וטרנס* בפייסבוק. בקבוצות אלו פורסמה הודעה, המזמינה אנשים הרואים עצמם כלהט"ב מגיל 18 ומעלה להשתתף במחקר בצירוף הסבר אודותיו וקישור לשאלון ("אבות גאים", "איגיי", "גאוה בליכוד", "החזית הגאה", "בריאוטרנס", "פאן, בי ופולי - הקבוצה הסגורה", "פאן, בי ופולי - אופ טופיק", "פאן, בי ופולי +30", "הקהילה

הביסקסואלית/פאנסקסואלית", "בי, פאן ופולי אירועים Bi, Pan & Poly Events", "ביסקסואלים (דו מיניים) וסקרנים שמחפשים לדון לדבר ולהכיר, גם לקשרים!", "ביסקסואלים (דו מיניים) גאים - אירועים להטבפא"קים וביסקסואלים בפרט" ועוד). בנוסף, ההודעה פורסמה בפייסבוק בקבוצות כלליות ("שיח פמיניסטי", "סקס פמיניסטי", "נשים אחרי כיבוי אורות" ועוד) ובפרופיל האישי של החוקרים השותפים בקבוצת המחקר. כמו כן, נשלחה בקשה רשמית בקבוצות הווטסאפ של ארגון איגי IGY (קבוצת חיילים, קבוצת מדריכים וקבוצת אזוריות) לבסוף, הפצת השאלון התבצעה גם דרך אתר ההיכרויות "אטרף", בו נשלחה הודעה אישית אודות המחקר לאנשים הרשומים למערכת.

היבטים אתיים

טרם הפצת השאלון, המחקר עבר את אישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב. בתחילת השאלון חתמו המשיבים על טופס הסכמה מדעת (ראו נספח ב') אשר בו הודגש כי מילוי השאלון נעשה מרצון חופשי תוך שמירה על אנונימיות ולצורכי מחקר בלבד. בנוסף, פורט בטופס ההסכמה מדעת כי ישנה אפשרות לפרוש במהלך השאלון ללא סנקציות. לבסוף, על מנת להתמודד עם פגיעה אישית היכולה לנבוע ממענה לשאלות רגישות, הוצגו בפני המשיבים בסיום השאלון פרטי יצירת קשר של החוקרים (שהם עובדים סוציאליים) וכתובות וטלפונים למענה תמיכתי חינוכי בארגוני קהילת הלהט"ב במידת הצורך. טבלה 2 מציגה סיכום של משתני המחקר והשאלונים שבדקים אותם.

טבלה 2

משתני המחקר, השאלונים הבדקים אותם ומקדמי המהימנות שלהם במחקר הנוכחי

משתנה	שאלון	מהימנות (α)
מיקרו-אגרסיות בטיפול	שאלון מיקרו אגרסיות על רקע נטייה מינית (Swann, Minshew, Newcomb, & Mustanski, 2016)	מיקרואגרסיות בטיפול – 0.86
הומופוביה מופנמת	שאלון הומופוביה מופנמת The Internalized Homophobia Scale- IHP (Martin & Dean, 1987)	הומופוביה מופנמת - 0.86
ברית טיפולית	שאלון הברית הטיפולית Working Alliance Inventory short revised (WAI-SR) (Hatcher & Gillaspay, 2006)	ברית טיפולית - 0.93

ממצאים

בפרק זה אציג את הסטטיסטיקה התיאורית של מאפייני המדגם בהקשר הטיפולי כפי שדיווחו עליהם המשיבים. בהמשך, אציג את משתני המחקר (מיקרו-אגרסיות בטיפול, הומופוביה מופנמת, מועילות הטיפול והברית הטיפולית) והקשרים ביניהם, ובהמשך ייבחנו השערות המחקר וממצאיהן.

סטטיסטיקה תיאורית

מאפייני המדגם בהקשר הטיפולי

כפי שניתן לראות בטבלה 3, רוב משתתפי המחקר החלו את הטיפול מעל גיל 24 ($N=257$, 66.1%). סיבות הפנייה הנפוצות ביותר לטיפול היו (1) דיכאון או עצבות קיצונית ($N=137$, 35.2%), (2) חרדה, דאגה או התקפי פאניקה ($N=134$, 34.4%), ו (3) עניין הקשור לנטייה המינית ($N=88$, 22.6%). 63.2% מהמשיבים ($N=246$) דיווחו כי הטיפול היה יעיל עבורם וברוב הטיפולים המשיבים חשפו את נטייתם המינית בפני הדמות המטפלת (87.7%, $N=341$). למרות שרוב המשיבים ציינו כי הטיפול נגמר כתוצאה מהשגת מטרות הטיפול באופן מספק או מסיבות כלכליות, כחמישית מהמשתתפים ($N=83$, 21.3%) ציינו כי הטיפול נפסק כתוצאה מחוסר שביעות רצון מהמטפל או מהתהליך הטיפולי.

טבלה 3 - מאפיינים של הטיפול בו לקחו חלק משתתפי המדגם ($N=389$).

%	N		
2.6	10	מתחת ל-18	גיל תחילת הטיפול
31.4	122	18-24	
38.6	150	25-44	
27.5	107	45-64	
35.2	137	דיכאון או עצבות קיצונית	סיבת הפנייה לטיפול
34.4	134	חרדה, דאגה או התקפי פאניקה	
23.9	93	בעיות בזוגיות או במערכת יחסים	
22.6	88	עניין הקשור לנטייה המינית	
7.2	28	תסמונת דחק פוסט טראומטית	
5.9	23	אובדן או שכול	
4.9	19	בעיות שינה	
2.8	11	שימוש בסמים או אלכוהול	
72.8	283	פסיכולוגית	הסמכת המטפל
10.8	42	עובד/ת סוציאלית	
6.7	26	פסיכיאטר/ית	
6.7	26	אחר	
17.2	67	כן	התמחות המטפל בטיפול בלהט"ב
12.1	47	לא	
63.2	246	יעיל	מועילות הטיפול
36.8	146	לא יעיל	
29.3	114	השגת מטרות הטיפול באופן מספק	סיבות להפסקת הטיפול
26.5	103	נסיבות (כלכליות, לוח זמנים, מרחק ועוד)	

13.1	51	חוסר שביעות רצון מתהליך הטיפול
10	39	צורך בעצמאות
8.2	32	חוסר שביעות רצון מהמטפלת

מאפיינים של משתני המחקר

בכל משתני המחקר (טבלה 4) טווח המענה בפועל למשתני המחקר היה דומה לטווח המענה הפוטנציאלי. זאת ועוד, ממוצע מיקרו האגרסיות שנחו בטיפול היה נמוך במעט מאמצע הסקאלה (ממוצע 2.7 לעומת אמצע הסקאלה 3). זאת ועוד, נראה שממוצע הברית הטיפולית היה גבוהה יחסית בקרב המשתתפים. ממוצע הברית הטיפולית היה 41.2 כאשר אמצע הטווח בפועל היה 36, מה שמראה על נטייה יחסית להעריך את הברית הטיפולית כטובה. בנוסף, רמת ההומופוביה המופנמת הייתה יחסית נמוכה באופן כללי במדגם, עם ממוצע של 1.48 כאשר הטווח הפוטנציאלי היה בין 1 ל 4.

טבלה 4. סטטיסטיקה תיאורית של משתני המחקר (N = 389).

משתנה	ממוצע	סטיית תקן	טווח פוטנציאלי	טווח בפועל	משמעות ציון גבוה
מיקרו אגרסיות בטיפול	2.70	3.27	1-5	1-5	רמת חשיפה גבוהה למיקרו אגרסיות בטיפול
הברית הטיפולית	41.2	8.87	12-60	14-58	ברית טיפולית טובה
הומופוביה מופנמת	1.48	0.57	1-4	1-3.90	רמה גבוהה של הומופוביה מופנמת

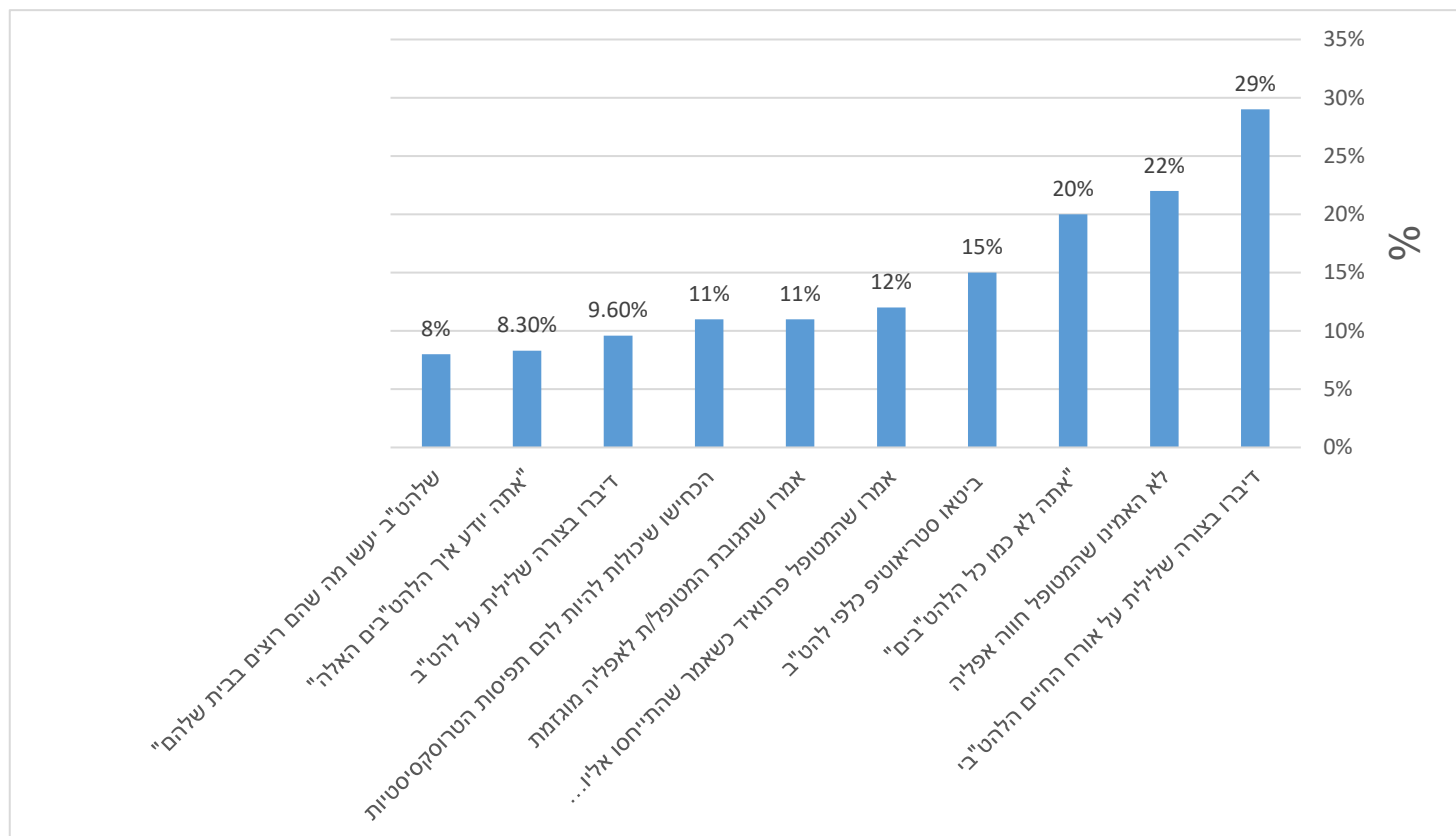
על מנת לבדוק האם ישנם הבדלים בין הומואים, לסביות וביסקסואלים במשתני המחקר (הומופוביה מופנמת, מיקרו אגרסיות בטיפול, ברית טיפולית), נערכו מבחני שונות מסוג ANOVA. במשתנה הברית הטיפולית ($F(2,348)=1.18, p=n.s$) ובמשתנה מיקרו האגרסיות ($F(2,339)=0.68, p=n.s$) לא נמצאו הבדלים מובהקים כתלות בנטייה המינית. לעומת זאת, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין הנטיות המיניות השונות במשתנה ההומופוביה המופנמת: $F(2,362)=4.93, p=0.007$. במטרה לבחון את מקור ההבדל, נערכו מבחני המשך מסוג בונפורני. הממצאים מצביעים על כך שלביסקסואליים ($M=1.68, SD=0.67$) הומופוביה מופנמת גבוהה יותר מאשר להומואים ($M=1.42, SD=0.49$). לא נמצא הבדל מובהק בין לסביות ($M=1.54, SD=0.69$) לשתי הקבוצות האחרות.

מיקרו אגרסיות בטיפול

כיוון שהמחקר הנוכחי הוא הראשון מסוגו בישראל ובעולם הבוחן מיקרו אגרסיות במסגרת טיפול בקרב לה"ב, בחרתי להציג סטטיסטיקה תיאורית של המענה לשאלון המיקרו אגרסיות בטיפול. תרשים 1, מציג את התפלגות המשיבים (באחוזים) אשר חוו כל אחת מהמיקרו אגרסיות שהוצגו בפניהם, במהלך הטיפול- כלומר שנאמרו/נחו על ידם מצד המטפלת. התרשים מציג את המיקרו אגרסיות אותן חוו 8% מהמשיבים ומעלה. ניתן לראות כי המיקרו האגרסיות הרווחות ביותר בטיפול, עליהן דיווחו

המשיבים, היו דיבור בצורה שלילית על אורח החיים הלהט"בי (29%), חוסר אמונה שהמטופל חווה אפליה (22%) ואמירות כגון "אתה לא כמו כל הלהט"בים" (20%).

תרשים 2 התפלגות המיקרו אגרסיות בטיפול בקרב המשתתפים במחקר (N = 389).



קשרים בין המשתנים במחקר

ראשית, נבחנו הקשרים בין משתני המחקר (הומופוביה מופנמת, מיקרו אגרסיות בטיפול, מועילות הטיפול וברית טיפולית כללית) לבין המשתנים הדמוגרפיים שנאספו על המשיבים (גיל, מגדר, שנות לימוד ונטייה מינית). חשוב לציין כי לטובת בחינת הקשרים, המשתנה "מגדר" קובץ מחדש ל-2 קטגוריות (1- נשים, 2- גברים) וכי המשתנה "נטייה מינית" קובץ גם הוא ל-2 קטגוריות (1- הומואים ולסביות, 2- ביסקסואליים). חלוקה זו נעשתה עקב ההבדל המובהק בין הומואים לביסקסואליים במדד ההומופוביה המופנמת, והיעדר הבדל מובהק בין הומואים ללסביות. במטרה לבחון את הקשרים בצורה מדויקת יותר, טבלה 3 מראה קשרי ספירמן עבור המשתנים נטייה מינית ומגדר וקשרי פירסון עבור גיל ושנות לימוד.

כפי שניתן לראות, ובדומה לניתוח ה ANOVA שהוצג קודם, הומופוביה מופנמת נמצאה קשורה באופן מובהק לנטייה מינית. ממצא זה מעיד כי ביסקסואליים חוו הומופוביה מופנמת ברמה גבוהה יותר

מהומואים ולסביות. זאת ועוד, נמצא כי גיל ושנות לימוד היו קשורים באופן שלילי להומופוביה מופנמת. כלומר, רמות גבוהות של הומופוביה מופנמת היו קשורות לגילאים צעירים ולשנות לימוד מעטות. יתר על כן, מיקרו אגרסיות בטיפול היו קשורות באופן חיובי ומובהק למגדר. מכך, ניתן ללמוד כי הגברים שהשתתפו במחקר חוו יותר מיקרו אגרסיות בטיפול מנשים. בנוסף לכך, מיקרו אגרסיות בטיפול היו קשורות באופן שלילי מובהק לנטייה מינית, כלומר, משתתפים הומואים ולסביות חוו מיקרואגרסיות בטיפול ברמה גבוהה יותר מאשר ביסקסואלים/יות.

טבלה 3 מציגה גם את המידע הרלוונטי לשתי השערות המחקר הראשונות. השתמשתי במתאם פירסון במטרה לבחון את הקשר בין מיקרו אגרסיות בטיפול לבין הברית הטיפולית ומועילות הטיפול. בהתאם להשערות, נמצא כי אכן ישנו קשר שלילי ומובהק בין מיקרו האגרסיות בטיפול לבין מועילות הטיפול והברית הטיפולית. הממצאים מעידים על כך שככל שכמות המיקרו האגרסיות בטיפול גבוהה יותר, כך המטופל חווה את מועילות הטיפול כנמוכה יותר ואת הברית הטיפולית כחלשה יותר. בנוסף, נמצא כי קיים קשר חיובי ומובהק בין מיקרו האגרסיות בטיפול לבין רמת ההומופוביה המופנמת. העובדה כי עלייה במיקרו האגרסיות קשורה בעלייה ברמת ההומופוביה המופנמת תשמש אותי בהמשך בבחינת מודל התיווך.

טבלה 5. קשרים בין המשתנים הדמוגרפיים למשתני המחקר (N=389)

	7	6	5	4	3	2	1	
1							1	נטייה מינית (ביסקסואליים)
2						1	-.370***	מגדר (גברים)
3					1	.318***	-.216**	גיל
4				1	.583***	.183**	-.150**	שנות לימוד
5			1	-.025	-.101	0.15**	-.19**	מיקרו אגרסיות בטיפול
6		1	-.160**	-.031	.092	-.034	.041	הברית הטיפולית
7	1	-.132*	.260**	-.169**	-.174**	-.049	.18**	הומופוביה מופנמת
8	-.021	.178**	-.106*	-.060	.024	.026	.025	מועילות הטיפול

הקשרים המוצגים עבור נטייה מינית ומגדר נבחנו באמצעות מתאם ספירמן והיתר פירסון.
* p<.05, ** p<0.01, ***p<0.001.

בהמשך, נבדקו קשרים בין משתני המחקר לבין משתנים הרלוונטיים לטיפול כגון: חשיפת נטייה מינית בפני המטפל (מקודד- 1 "כן", -2 "לא"), משך הטיפול וגיל תחילת הטיפול. זאת במטרה לבדוק את

הקשר בין משתני המחקר לחוויית הטיפול. גם בטבלה זו, אציג מתאמי ספירמן עבור חשיפת הנטייה המינית ומתאמי פירסון עבור משך הטיפול וגיל תחילת הטיפול. כפי שניתן לראות מטבלה 6, הומופוביה מופנמת הייתה קשורה חיובית לחשיפת הנטייה המינית וקשורה שלילית לגיל תחילת הטיפול. מכך, ניתן להסיק כי רמות גבוהות של הומופוביה מופנמת של משתתפי המחקר היו קשורות לחשיפה נמוכה של נטייתם המינית בטיפול ולגיל תחילת טיפול מוקדם. זאת ועוד, חוויות המיקרו אגרסיות בטיפול היו קשורות באופן שלילי ומובהק לחשיפת הנטייה המינית. ממצא זה מעיד כי אלו שנטו לחשוף את נטייתם המינית בפני המטפלים, היו חשופים יותר למיקרו אגרסיות במסגרת הטיפול. הציון הכללי בברית הטיפולית היה קשור באופן חיובי ומובהק למשך הטיפול ולגיל תחילת הטיפול. מכאן אנו יכולים להסיק כי ברית טיפולית טובה יותר הייתה קשורה לטיפול ארוך יותר ולגיל תחילת טיפול מאוחר יותר. מועילות הטיפול הייתה קשורה באופן חיובי ומובהק לגיל תחילת הטיפול, מה שמצביע על כך שמטופלים בגירים יותר חוו את הטיפול מועיל יותר.

טבלה 6. מתאמים בין מאפייני הטיפול לבין משתני המחקר (N=389).

מועילות הטיפול	ברית טיפולית כללית	מיקרו אגרסיות בטיפול	הומופוביה מופנמת	
-0.01	-0.06	-0.19**	0.18**	חשיפת נטייה מינית
0.01	0.12*	0.03	-0.06	משך הטיפול בחודשים
0.13*	0.15**	0.07	-0.11*	גיל תחילת הטיפול

* p<.05, ** P<0.01.

בחינת השערות המחקר

הקשר בין מיקרו אגרסיות בטיפול לברית הטיפולית מתווך על ידי הומופוביה מופנמת. במטרה לבחון השערה זאת ביצעתי רגרסיה היררכית בשלושה צעדים. בשלב הראשון הוכנסו למשוואה המשתנים הדמוגרפיים שנמצאו קשורים למשתנה הברית הטיפולית (גיל תחילת טיפול ומשך הטיפול). בשלב השני הוסף המשתנה מיקרואגרסיות בטיפול, ואילו בשלב השלישי הוסף המשתנה הומופוביה מופנמת. הממצאים מוצגים בטבלה 7. ניתן לראות כי שני המנבאים בשלב הרגרסיה הראשון נמצאו קשורים באופן חיובי ומובהק לברית הטיפולית ומצליחים להסביר יחד 4.3% מהשונות בברית הטיפולית. בשלב השני, הוכנס משתנה המיקרו אגרסיות בטיפול למודל. תוספת הניבוי של מיקרו האגרסיות הייתה מובהקת, והוסיפה עוד 6.6% להסבר השונות בברית הטיפולית. הממצאים מראים שגם בניכוי גיל תחילת הטיפול ומשך הטיפול, ישנו קשר שלילי ומובהק בין מיקרו האגרסיות לברית הטיפולית.

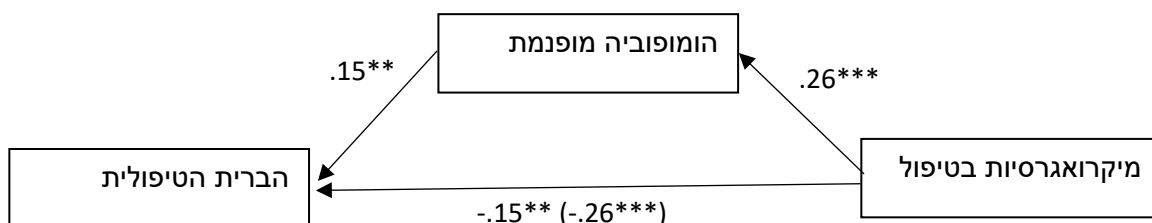
בצעד הרגרסיה השלישי הוכנס משתנה ההומופוביה המופנמת למודל, צעד זה הסביר 12% מהשונות המוסברת של משתנה הברית הטיפולית. התוספת של ההומופוביה המופנמת לא הגיעה למובהקות. יחד עם זאת, הקשר בין מיקרו אגרסיות לברית הטיפולית נחלש במעט כפי שאפשר לראות מהטבלה. על סמך הקריטריונים של בארון וקני לתיווך (Baron & Kenny, 1986), על מנת לקבוע קיום תיווך יש לעמוד בארבעה קריטריונים: 1. המשתנה המנבא (מיקרואגרסיות בטיפול) קשור למשתנה התוצאה (ברית טיפולית) – קריטריון זה אושש במודל הרגרסיה; 2. המשתנה המתווך (הומופוביה מופנמת) קשור למשתנה המנובא (ברית טיפולית) – קריטריון זה אושש בבדיקת הקשרים בין המשתנים (ראה טבלה 3) ובמודל הרגרסיה (ראה צעד 3); 3. המשתנה המנבא (מיקרואגרסיות בטיפול) קשור למשתנה המתווך (הומופוביה מופנמת) – קריטריון זה אושש בבדיקת הקשרים בין המשתנים (ראה טבלה 3); בהכנסת המשתנה המתווך לרגרסיה (הומופוביה מופנמת) נעלם, או פוחת, הקשר שבין המשתנה המנבא (מיקרואגרסיות בטיפול) לבין המשתנה המנובא (ברית טיפולית) – קריטריון זה אושש בצעד השלישי ברגרסיה. מצאים אלו מרמזים כי הומופוביה מופנמת מתווכת באופן חלקי את הקשר בין מיקרו אגרסיות לברית הטיפולית. על מנת לבחון את אפקט התיווך בצורה מלאה, נעשה שימוש בתוסף ה-PROCESS ל-SPSS, הבוחן את מובהקות הקשר העקיף שבין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי (בנוכחות המשתנה המתווך) בעזרת חישוב רווח בר-סמך ברמה של 95% (CI = Confidence Interval) תוך שימוש בשיטת ה- bootstrapping, המבוססת על 10,000 מדגמים אקראיים (Peacher & Heyes, 2008). האפקט הלא ישיר נמצא מובהק, $B=-0.09$, $CI[-0.23,-0.001]$. תרשים 3 מסכם את מודל התיווך והקשרים הישירים והעקיפים בו.

טבלה 7. רגרסיה בצעדים עבור מודל התיווך לניבוי הברית הטיפולית (N=365).

משתנים מנבאים	B	SE	β	R ²
צעד 1				
גיל תחילת הטיפול	.47	.19	.12**	.043***
משך הטיפול	.07	.02	.16**	
צעד 2				
גיל תחילת הטיפול	.41	.18	.11*	.109***
משך הטיפול	.06	.02	.15**	
מיקרו אגרסיות בטיפול	-6.45	1.22	-.26***	
צעד 3				
גיל תחילת הטיפול	.38	.18	.10*	.118***
משך הטיפול	.06	.02	.14**	
מיקרו אגרסיות בטיפול	-5.86	1.25	-.15**	
הומופוביה מופנמת	-1.67	.87	-.09*	

* p<.05, ** P<0.01.

תרשים 3. הקשר בין מיקרו אגרסיות לברית הטיפולית בתיווך הומופוביה מופנמת.



הקשר בין מיקרו אגרסיות בטיפול למועילות הטיפול מתווך על ידי הומופוביה מופנמת.

ההליכים הסטטיסטיים שבוצעו בבדיקת התיווך הקודמת, נערכו גם בבדיקה הנוכחית. כפי

שמראה טבלה 8, בצעד הרגרסיה הראשון גיל תחילת הטיפול הוכנס למודל לניבוי מועילות הטיפול. נמצא

כי גיל תחילת הטיפול מנבא את מועילות הטיפול באופן חיובי ומובהק, ומסביר 1.5% מהשונות של

מועילות הטיפול. צעד הרגרסיה השני כלל את הכנסת המיקרו אגרסיות כמנבא נוסף במודל. תוספת המיקרו אגרסיות לא הייתה מובהקת, מה שאומר שמיקרו אגרסיות אינן מנבאות את מועילות הטיפול מעבר לגיל תחילת הטיפול. לאחר מכן, הוכנס המשתנה הומופוביה המופנמת כמנבא נוסף במודל. ההומופוביה המופנמת לא ניבאה באופן מובהק את מועילות הטיפול. זאת ועוד, ההשפעה של מיקרו האגרסיות על מועילות הטיפול הועצמה במעט, אך עדיין נשארה לא מובהקת. לכן, ניתן להסיק כי הומופוביה מופנמת לא מתווכת את הקשר שבין מיקרו אגרסיות למועילות הטיפול.

טבלה 8. רגרסיה בצעדים עבור מודל התיווך לניבוי מועילות הטיפול (N=365).

משתנים מנבאים	B	SE	β	R ²
צעד 1				.015*
גיל תחילת הטיפול	.02	.001	.12**	
צעד 2				.024*
גיל תחילת הטיפול	.02	.009	.11**	
מיקרו אגרסיות	-.01	.008	-.09	
צעד 3				0.25*
גיל תחילת הטיפול	.02	.009	.11*	
מיקרו אגרסיות	-.01	.008	-.10	
הומופוביה מופנמת	.02	.04	.03	

* p<.05, ** P<0.01.

דיון

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את מידת קיומן של מיקרו-אגרסיות בטיפול בלסביות, הומואים וביסקסואלים, ואת השפעתן על מועילות הטיפול ועל הברית הטיפולית. בנוסף, מחקר זה בדק האם וכיצד הומופוביה מופנמת מתווכת בין מיקרו-אגרסיות המועברות בטיפול, לבין הברית הטיפולית ומועילות הטיפול.

ממצאי המחקר מעידים כי רוב השערות המחקר אוששו. ראשית, נמצא קשר שלילי בין מיקרו-אגרסיות בטיפול ובין מועילות הטיפול. כלומר, ככל שרמות המיקרו-אגרסיות היו גבוהות יותר, כך תפיסת מועילות הטיפול הייתה נמוכה יותר. שנית, נמצא קשר שלילי בין מיקרו-אגרסיות בטיפול ובין הברית הטיפולית בין המטפל ללקוח: ככל שרמות המיקרו-אגרסיות בטיפול היו גבוהות יותר, כך הברית הטיפולית נמצאה כחלשה יותר. לבסוף, הומופוביה מופנמת נמצאה כמשתנה מתווך בין מיקרו-אגרסיות ובין הברית הטיפולית. כלומר, משיבים בעלי רמות גבוהות יותר של הומופוביה מופנמת דיווחו על ברית טיפולית חלשה.

בפרק זה אבחן את ממצאי המחקר בראי הספרות הקיימת בתחום, ואדון בתרומתו המרכזית של מחקר זה ברמה התיאורטית, המעשית, המערכתית והחברתית. לסיום, אציג את מגבלות המחקר והמלצות למחקרים עתידיים.

קיומן של מיקרו-אגרסיות בטיפול

מיקרו-אגרסיות מוגדרות, כאמור, כצורה מעודנות של אפליה, המתבטאת בהשפלות קצרות, נפוצות ויומיומיות מילוליות, התנהגותיות או סביבתיות, הנעשות בין אם במתכוון או בשוגג, ומעבירות מסרים עוינים, משפילים או שליליים כלפי חברי קבוצות מדוכאות (Pierce et al., 1977; Sue, Bucceri,). (Lin, Nadal, & Torino, 2007; Sue et al., 2007; Sue, 2010). למרות ההתקדמות החברתית בקבלת לה"ב בחברה, ועדויות מחקריות המציינות כי עמדתם של מטפלים כלפי לה"ב חיובית, יחסית (לדוגמא: שילה, 2009), המחקר הנוכחי מצביע על כך שמטפלים נוקטים במיקרואגרסיות כלפי מטופלים לה"ב. במחקר הנוכחי המיקרו-אגרסיות בטיפול שנחו בשכיחות הגבוהה ביותר היו (1) צורת דיבור שלילית על אורח החיים הלהט"בי, (2) חוסר אמונה באפליה שחוה המטופל על רקע נטייתו המינית ו (3) אמירות שמטרתן להבדיל את המטופל מיתר הלהט"בים כדוגמת "אתה לא כמו כל הלהט"בים".

אחת החלוקות המקובלות בספרות למיקרו-אגרסיות נהגה במחקר של Sue (2010). הוא חילק

את המיקרו-אגרסיות לשלוש צורות; מיקרו תקיפות, מיקרו עלבונות ומיקרו אי-תיקופים. צורת דיבור שלילית על אורח החיים הלהט"בי ואמירה כמו "אתה לא כמו כל הלהט"בים" היא חלק ממיקרו-

עלבונות, בהם המטפל מעביר למטופל מסרים מילוליים או לא מילוליים, לעיתים באופן שאינו מודע, שמשפילות את זהותו של המטופל, ולא נתונות תוקף לזהותו הייחודית. חוסר אמונה באפליה שחוה המטופל על רקע נטייתו המינית היא מיקרו-אי-תיקוף, לפיה המטפל העביר למטופל מסר המבטל את האוכלוסייה הלהט"בית כאוכלוסייה מדוכאת.

בשנת 2012 פרסם איגוד הפסיכולוגיה האמריקאי (APA) מסמך המאגד קווים מנחים לטיפול בלסביות, הומואים וביסקסואלים (APA, 2012). הקווים המנחים, מתמקדים בהיכרות של מטפלים עם ידע הקשור ללה"ב, למקורות הלחץ הנפשי אותם חווים, ולהיבטים ייחודיים מגוונים הקשורים לחוויות חייהם של לה"ב והדרך בה על מטפלים לספק טיפול חיובי לאוכלוסייה זו. בהיותו של תחום המחקר אודות מיקרואגרסיות חדש יחסית, המסמך אינו מתייחס להתנהגות המטפלים במהלך טיפול בלה"ב, וממצאי המחקר הנוכחי, מצביעים על כך שגם מטפלים, וייתכן ואף כאלו התופסים עצמם מעורים ויודעים בתחום הטיפול בלה"ב, עשויים להתנהג בצורה מיקרואגרסיבית כלפי מטופליהם.

מיקרו-אגרסיות והחוויה הטיפולית

מתיאור אותן מיקרו-אגרסיות, הגיוני להסיק שמי שחוה אותן בטיפול יעריך את הטיפול בצורה נמוכה ובהתאם לכך גם את המטפל. על אף שישנו שיפור מסוים בשיח בישראל סביב נושא הנטייה המינית לכיוון של קבלה ופתיחות (זעירא ומדינה 2016), עדיין אוכלוסיית הלהט"ב נאבקת לשוויון מגדרי ואזרחי בישראל. ניתן לראות זאת בסיקור התקשורת, בהפגנות, ובצעדות מחאה הקשורות לשוויון בהקשר הזוגי וההורי. כאשר תחושת השוני והניכור, אשר נחווית על ידי לה"ב באופן כללי, מתקיימת גם בתוך החוויה הטיפולית – הדבר עשוי להוביל לפגיעה שלא לצורך במטופל. על כן, ממצאי המחקר אשר מראים כי עלייה בחוויות המיקרו-אגרסיות בטיפול קשורה לירידה במועילות הטיפול, בברית הטיפולית ובנטייה לחשוף את הזהות המינית בפני המטפל נראית הגיונית, ומטרידה.

ואכן, ממצאי המחקר עולים בקנה אחד עם הספרות המועטה הקיימת בתחום. במחקר של MacDonald (2013) נמצא כי ישנו קשר בין קיומן של מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית בטיפול לבין ברית טיפולית חלשה. מחקר אחר מצא שמיקרו-אגרסיות בטיפול הובילו את המטופל להטיל ספק ביכולותיו של המטפל ובהשקעתו בתהליך הטיפולי (Shelton & Delgado-Romero, 2013). בנוסף, מטופלים שנמנעו מלשתף בבעיותיהם (ובנטייתם המינית), פיתחו רושם שלילי על טיפול באופן כללי ואף גיבשו תפיסה שלילית בנוגע לנטייתם המינית וליציאה מהארון (Israel et al., 2008). כל אלו מובילים לקוחות לה"ב בטיפול לתחושה כי הם חריגים, לא מובנים ואף נחותים. אווירה שכזו בתוך הטיפול אינה מעודדת צמיחה של המטופל, וסביר שתוביל לחוסר נכונות להירתם לטיפול, ואף להפסיקו כליל. לפי הצנבולר (Hatzenbuehler, 2009), ולפי מודל לחץ המיעוטים (Meyer, 2013), ישנו קשר בין הלחצים והסטיגמה המופעלים על לה"ב בחברה, ובין פגיעה ברווחה הנפשית. לאור זאת, טיפול צריך

לשמש כסביבה בטוחה ומכילה עבורם, סביבה נטולת שיפוטיות ומיקרו-אגרסיות. העובדה כי ממצאי מחקר זה עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים, מאששת את הטענה לפיה מיקרו האגרסיות בטיפול משפיעות על החוויה הטיפולית, וביכולתן לפגוע במועילות הטיפול ובקשר בין המטפל למטופל. ייתכן שממצא זה משמש הסבר לכך שלקוחות להטי"ב מעדיפים מטפל הומו, מטפלת לסבית או מטפל גיי-פרינדלי (Liddle, 1996; Kelley, 2015; Bieschke, Paul, & Blasko, 2007) על פני מטפל סטרייט.

הומופוביה מופנמת

הומופוביה מופנמת הינה תהליך המתרחש כאשר הומואים, לסביות וביסקסואלים מפנימים את הלחץ הסטיגמטי של החברה ההטרו-נורמטיבית ומפתחים עמדות ורגשות חברתיות אנטי-הומוסקסואליות כלפי עצמם (Goldberg, 2016; Meyer, 1995). הפנמה זו יכולה להיות הרסנית, והיא מובילה לפגיעות נפשית גבוהה (Meyer, 2007). באופן ספציפי, הומופוביה מופנמת נקשרת להערכה עצמית נמוכה, שימוש באלכוהול, דה-מורליזציה (Pardess-Israel, 2004; רובינשטיין, 2011), תחושת אשמה, דיכאון, חרדה, הפרעות אכילה ודימוי גוף שלילי (R. C. Berg, Munthe-Kaas, & Ross, 2016; Newcomb & Mustanski, 2010).

במחקר הנוכחי הומופוביה מופנמת הייתה גבוהה יותר בקרב הצעירים במדגם. ממצא זה מתכתב עם מחקרו של Goldberg (2016) בו נמצא כי הומופוביה מופנמת הייתה גבוהה יותר בקרב להטי"ב שהיו בשלבי גיבוש הנטייה המינית מאשר אלו שזהותם הייתה מגובשת יותר. זאת ועוד, הומופוביה מופנמת נמצאה כמשפיעה על ההחלטה האם לחשוף או להסתיר את הנטייה המינית בפני חברים, עמיתים ומשפחה מורחבת (Weber-Gilmore, Rose, & Rubinstein, 2011). המחקר הנוכחי מרחיב את היריעה בעזרת הממצא לפיו הומופוביה מופנמת גבוהה יותר הייתה קשורה לנטייה שלא לחשוף את הזהות המינית בפני המטפל.

להטי"ב עם הומופוביה מופנמת גבוהה מתביישים בנטייתם המינית, מה שמוביל אותם לא לחשוף אותה בפני הקרובים להם, והמחקר הנוכחי הראה שהדבר נכון גם לחשיפת הנטייה המינית בפני המטפל/ת. ממצא זה בעל משמעות כיוון שהתהליך הטיפולי אמור לעודד את גיבוש והכרת האני, ומשתמע מכך גם זהות מינית. טיפול שבו מרכיב כה מרכזי בזהותו של המטופל אינו נוכח, ובמיוחד כאשר המטופל מתייסר ומתמודד עם תחושות של הומופוביה מופנמת גבוהה, סביר שלא יועיל למטופל. ואכן, במחקר זה נמצא כי רמת הומופוביה מופנמת גבוהה קשורה בירידה בברית הטיפולית. ממצא זה הוא ממצא ראשוני בנוגע לקשר בין המשתנים הקשורים לטיפול והוא לא נבדק במחקרים קודמים (למיטב ידיעת החוקרת). על כן, הוא מדגיש את חשיבות המחקר הנוכחי ומעלה את המודעות לכך שמטופלים עם רמה גבוהה של הומופוביה מופנמת בטיפול עשויים להסתיר את נטייתם המינית מהמטפל ולמעשה לא להיתרם מהטיפול כפי שקיוו.

הקשר בין מיקרו-אגרסיות להומופוביה מופנמת ולתוצרי הטיפול

המחקר הנוכחי מצא קשר חיובי בין חוויה של מיקרו-אגרסיות בטיפול לבין הומופוביה מופנמת. ממצא זה מעורר דאגה, שכן, ייתכן שמטופלים שחוו מיקרו-אגרסיות בצורה של עלבונות ואי תיקופים לחווייתם כלה"ב בטיפול, הפנימו בושה, אשמה וכעס עצמי בטיפול, מה שייתכן והוביל לעליה ברמת ההומופוביה המופנמת שלהם. מאידך, אפשרי שהקשר החיובי בין שני משתנים אלו נובע מכך שמשיבים שמידת ההומופוביה המופנמת שלהם הייתה גבוהה יותר – היו רגישים יותר למיקרו-אגרסיות כלפי לה"ב בטיפול ולכן חוו אותן בעוצמות גבוהות יותר. אציין כי משתי האפשרויות המוצגות להלן, ניתן להסיק כי נדרשת מידת רגישות גבוהה מצד מטפלים בלה"ב, ומודעות רבה לקיומן החמקמק של מיקרו-אגרסיות. כאמור בסקירת הספרות, מיקרו-אגרסיות בטיפול הובילו מטופלים להטי"ב לעזוב את הטיפול (Shelton & Delgado-Romero, 2013), לעיתים כבר אחרי הפגישה הראשונה (Liddle, 1996), ובנוסף, לקושי בחזרה אליו (Israel et al., 2008). אלו מעידים על המורכבות הרגשית הכרוכה בחוויה של מיקרו-אגרסיות, בייחוד כאשר הן מתקיימות בטיפול - מרחב שאמור להיות בלתי שיפוטי ומכיל. חוויה של עלבון בטיפול יכולה להוביל לרגשות קשים אצל המטופל ובהיעדר דמות טיפולית תומכת, עלבונות אלו עשויים להיות מופנמים אצל המטופל עצמו, ובכך אף להגביר עוד יותר את רמת ההומופוביה המופנמת. תרומתם של המשתנים שנבדקו במחקר הנוכחי לברית הטיפולית הייתה קטנה יחסית. לכן, סביר שישנם משתנים נוספים, שלא נבדקו במחקר הנוכחי, שמשפיעים על הברית הטיפולית. עם זאת, הממצאים אודות הקשר המובהק והחזק יחסית שבין מיקרואגרסיות לבין הברית הטיפולית מעידים על כך שביכולתן של מיקרו-אגרסיות להשפיע לרעה עליה, ובכך למעשה גם על הרגשת המטופל (והמטפל), ועל היכולת להציב יעדים מוסכמים ולהשיג מטרות בטיפול.

כפי שעולה מספרות המחקר, הומופוביה מופנמת נמצאה כמתווכת בין חוויה של אפליה על רקע נטייה מינית לבין בריאות נפשית ופגיעה ברווחה נפשית (Balsam et al., 2011; Feinstein et al., 2012). המחקר הנוכחי מצא כי תיווך דומה קיים גם בתוך המסגרת הטיפולית. נמצא כי הקשר בין מיקרו-אגרסיות לבין הברית הטיפולית, מתווך על ידי הומופוביה מופנמת. כלומר, רמות גבוהות של הומופוביה מופנמת פגמו בברית הטיפולית, אף יותר מאשר השפעתן של המיקרואגרסיות בטיפול. הקשרים המורכבים שבין מידת השפעת המיקרואגרסיות בטיפול והומופוביה המופנמת על הברית הטיפולית, מצביעים על כך שהתיווך של ההומופוביה המופנמת את הקשר שבין השפעת המיקרואגרסיות על הברית הטיפולית היה חלקי. כלומר, למרות שלהומופוביה המופנמת תפקיד מרכזי בתפיסת הברית הטיפולית, ישנה עדיין השפעה המכרעת למיקרואגרסיות בטיפול על הברית הטיפולית. ממצאי המחקר הנוכחי,

מצביעים על כך שעל מטפלים להיות ערים הן לתחושת המטופלים אודות נטייתם המינית, כפי שזו מתבטאת במידת ההומופוביה המופנמת שלהם, וגם לתגובותיהם שלהם למטופלים לה"ב, על מנת לחזק את הברית הטיפולית, ובכך לתרום לקיומה של מסגרת טיפולית מיטיבה ומועילה.

למרות שנמצא קשר מובהק בין מיקרואגרסיות בטיפול לבין מועילות הטיפול, ניתוחי הרגרסיה לא מצאו שמיקרואגרסיות בטיפול מנבאות את מועילות הטיפול, ולא נמצא שהומופוביה מופנמת מתווכת קשר זה. ייתכן והדבר נובע מהדרך בה נמדדה מועילות הטיפול במחקר הנוכחי. מועילות הטיפול נמדדה על ידי פריט בודד, שבחן את תפיסתם של המשיבים אודות הגעתם למטרות הטיפוליות שהציבו. העובדה שמדובר במחקר חתך, שבו כשליש מהמשיבים (28.8%) ענו על השאלון בעודם נמצאים בטיפול אצל המטפלת אליהם התייחסו בתשובותיהם, ייתכן ופגע בתוקף של משתנה זה. ייתכן ומשיבים שעדיין נמצאים בטיפול, אינם יכולים עדיין להעריך את מועילותו. בנוסף, ייתכן ויש לבחון משתנה זה של מועילות בטיפול בעזרת פריטים מגוונים (ולא בפריט בודד), כיוון שייתכן ומועילות הטיפול הוא משתנה מורכב, אשר לו ממדים מגוונים. מחקרים נוספים שיערכו בתחום זה, ראוי שישתמשו בכלים מפורטים יותר. עם זאת, קיימת חשיבות בבחינת חוויות של מיקרואגרסיות בטיפול בעת קיומן (כלומר, עריכת מחקר בקרב לה"ב על מיקרואגרסיות בטיפול שמתקיים כעת, ולא תיעוד של חוויותיהם בדיעבד). לכן, בדיקה זו, של מידת ההשפעה של מיקרואגרסיות על מועילות הטיפול היא משימה מורכבת.

תרומת המחקר והשלכות יישומיות

ברמה התאורטית

כפי שנכתב בדיון, מיקרו-אגרסיות בטיפול בלה"ב הינן נושא בעל התייחסות מחקרית דלה. נושא זה נחקר בעולם רק במספר מחקרים, אשר נעשו ברובם בשיטה איכותנית (Shelton & Delgado, 2016; Romero, 2013; Spengler et al., 2016). מחקרים אחרים בדקו הומופוביה בטיפול (Bowers, Plummer, & Minichiello, 2005) ומצבים בלתי מסייעים בטיפול בלה"ב (Israel et al., 2008; Liddle, 1996), אשר מהם עולים נושאים וביטויים הדומים במהותם למיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית.

מחקר זה הוא הראשון מסוגו בישראל. על כן, מחקר זה מרחיב את מאגר הידע הקיים אודות שכיחותן של מיקרו-אגרסיות בטיפול, כיצד הן נחוות על ידי המטופלים, והאופן בו הן משפיעות על התהליך הטיפולי. בכך, המחקר מרחיב את היריעה בכל הנוגע למודל לחץ מיעוטים ומחזק אותו גם בהקשר של החוויה הטיפולית של לה"ב (Meyer, 2015).

זאת ועוד, הקשרים הנוגעים לקשר בין מיקרו-אגרסיות והומופוביה מופנמת, וכן, להומופוביה מופנמת כמתווכת את הקשר שבין מיקרו-אגרסיות לברית הטיפולית לא נבדקו בעבר בהקשר לטיפול בלה"ב. בכך, מרחיב המחקר הנוכחי את גוף הידע התיאורטי אודות הרכיבים המשפיעים על טיפול חיובי בלה"ב (APA, 2012).

ברמה המעשית

ההשלכות ברמה הפרקטית נעות מרמת המיקרו (הטיפול הפרטני) ועד רמת המאקרו (החברה הישראלית והעולמית). ברמת הטיפול הפרטני, ממצאי המחקר הנוכחי יכולים לסייע להכתבת מספר קווים מנחים שיכולים להוביל להצלחה של הטיפול, או לפחות, לגרום לכך שנושא הנטייה המינית וחוויותיה לא יחבלו במסגרת הטיפול. ראשית, העובדה שמיקרו האגרסיות נמצאו קשורות ומנבאות ירידה באיכות הברית הטיפולית וקשורות למועילות טיפול פחותה מדברות בעד עצמן. לכן, כדאי למטפלים להיות מודעים לחשיבה הסטראוטיפית שהם מחזיקים כלפי הקהילה הלהט"בית, ולא לפעול ולהגיב מתוכה בטיפול. אני מאמינה שרוב המיקרו-אגרסיות בטיפול אינן מפורשות ונאמרות במטרה להעליב את המטופל, אלא זולגות כבדרך אגב, לרוב אפילו ללא תשומת לב של המטפל להן. לכן, ישנה חשיבות רבה למחקר זה כמעלה מודעות לנושא מיקרו-אגרסיות כלפי להט"ב בטיפול. זאת ועוד, נושא נוסף עליו יש לשים דגש הוא חשיפת הנטייה המינית. המחקר הנוכחי מצא שמטופלים שחוו יותר מיקרו-אגרסיות בטיפול נטו שלא לחשוף את נטייתם המינית בפני המטפל. ממצא זה מדגיש כמה חשוב להיות מודעים ולהימנע ממיקרו-אגרסיות כלפי האוכלוסייה הלהט"בית גם אם המטופל עוד לא הזדהה כלהט"ב. ייתכן שהעלאת נושא הנטייה המינית בטיפול, היא מעין בחינה של המטופל את עמדות המטפל, ומטפל "שישאל במבחן" יגיב באופן מיקרו-אגרסיבי כלפי להט"ב, מסתכן בכך שהמטופל יסתיר חלק חשוב מזהותו בטיפול, מה שכנראה יוביל לירידה במועילות הטיפול ובערכו של הטיפול עבור שני הצדדים.

בנוסף, במאמרים ובהמלצות לטיפול חיובי בלהט"ב (לדוגמא: APA, 2012; Dean et al., 2016; Pachankis & Goldfried 2013), יש להדגיש את נושא המיקרואגרסיות בטיפול כרכיב נוסף שעל המטפלים להיות ערים לו בטיפול באוכלוסייה בכלל, ובלהט"ב בפרט.

ברמה המערכתית

לאור השלכותיהן השליליות של מיקרו-אגרסיות בטיפול, ממצאי המחקר עולה צורך משמעותי בהכשרות מקצועיות נרחבות עבור אנשי טיפול אודות טיפול בלהט"ב. כפי שצוין בסקירת הספרות, קיימים כיום שירותי טיפול ומסגרות ייעודיות עבור להט"ב, אך עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ופסיכותרפיסטים רבים לא עוברים במסגרת לימודיהם הכשרות מיוחדות אודות טיפול בלהט"ב (שילה, 2009; Shilo, Cohen, Gavriel-fried, 2016).

בנוסף, ריבוי מחקרים מסוג זה עשוי אף לקדם בהמשך שינוי מדיניות בכל הנוגע לטיפול בלהט"ב, כך שהטיפול יהיה נגיש יותר, מקצועי יותר ובסופו של דבר מועיל יותר ללהט"ב שבטיפול או שמעוניינים לפנות לטיפול, בין אם במגזר הציבורי והשלישי ובין אם במגזר הפרטי.

ברמה החברתית

בהיותנו אנשי טיפול, ובפרט, כעובדים סוציאליים, אנו נושאים באחריות להוביל שינוי חברתי שמטרתו שיפור הרווחה הנפשית של פרטים בכלל, ושל אנשים המשתייכים לקבוצות מיעוט בפרט (קוד האתיקה של העבודה הסוציאלית, 2018). מחקר זה תורם להבנת ההשלכות של סטיגמות וסטריאוטיפים שמקורם בחברה על היבטים משמעותיים ומגוונים בחייהם של לסביות, הומואים וביסקסואלים. ממצאי המחקר מדגישים את חשיבותה של גיבוש מדיניות המקדמת שוויון ויחס הולם כלפי לה"ב – באופן כללי ובטיפול בפרט.

מגבלות המחקר ומחקרי המשך

למחקר זה מספר מגבלות. ראשית, המחקר שנערך הוא מתאמי, וככזה, אינו מאפשר הסקה סיבתית ולכן יש להימנע מפרשנות סיבתית של ממצאיו. למשל, העובדה שנמצא קשר שלילי בין מיקרו-אגרסיות בטיפול לנטייה לחשוף את הזהות המינית לא מאפשרת להסיק האם המיקרו-אגרסיות הן שהובילו לאי החשיפה, או שמא אי חשיפת הזהות המינית הובילה את המטפלים להיות פחות רגישים לעולם הלט"בי, מה שגרר מיקרו-אגרסיות בטיפול. כיוון למחקר המשך יהיה מחקר אורך, בו יבדקו משתני המחקר לפני, במהלך הטיפול ואחריו. מחקר כזה שיבחן את המשתנים במספר נקודות זמן ולאורך הטיפול יוכל לשלוט במידה טובה יותר על סדר הזמנים ובכך יאפשר הסקה סיבתית על האופן בו השינוי במיקרו האגרסיות מוביל לשינוי בברית הטיפולית ובמועילות הטיפול.

זאת ועוד, מגבלה נוספת קשורה בשיטת הדגימה שהייתה דגימת נוחות וכדור שלג. השאלון הופץ באמצעות הרשתות החברתיות ובאמצעות מייל ששלחה החוקרת בבקשה להפיץ את השאלון למכרים. ייתכן ושיטה זו פגעה בתוקף החיצוני של המחקר כיוון שישנה אפשרות שמדגם זה של לה"ב אינו בהכרח מייצג את כל אוכלוסיית הלה"ב בארץ ועל כן ישנה פגיעה ביכולת ההכללה של המחקר. עם זאת, קיימת מגבלה במחקרים הקשורים לנטייה מינית לערוך מחקר על דגימה ייצוגית של לה"ב, בשל העובדה שאין בנמצא רשומות של אנשים המזהות אותם על ידי נטייתם המינית.

בנוסף, וכפי שהוזכר, הכלי שבחן את מועילות הטיפול ייתכן והיה מוגבל ביכולתו לבחון מועילות של טיפול, ויש לבחון משתנה זה בעתיד בכלים מפורטים יותר, הכוללים מרכיבים מגוונים של מועילות טיפולית. בנוסף, על מנת לבחון מועילות טיפולית, יש, כאמור, לבצע מחקר אורך, שבו בדיקת המשתנים השונים תתקיים הן במהלך הטיפול והן בסיומו.

סיכום

מחקר זה הוא הראשון מסוגו אשר נערך בישראל, ובו נבדקה מידת קיומן של מיקרו-אגרסיות בטיפול בלסביות, הומואים וביסקסואלים, והשפעתן על מועילות הטיפול ועל הברית הטיפולית. בנוסף, ממצאי המחקר מעלים את חשיבותה של הומופוביה מופנמת כגורם המתווך בין מיקרו-אגרסיות המועברות בטיפול, לבין הברית הטיפולית. טיפול נפשי באנשים ונשים דורש מיומנות גבוהה, ניסיון מקצועי, רגישות מיוחדת וצניעות רבה. הדבר נכון במיוחד כאשר המטופלים משתייכים לקבוצות מיעוט. ממצאי המחקר מאוששים את קיומן של מיקרו-אגרסיות גם בחדר הטיפול, ואת היותן גורם לחץ נוסף במודל לחץ המיעוטים, כפי שהמשיג אילן מאייר (Meyer, 2015). ממצאי המחקר עולה חשיבותן של הכשרות ייעודיות למטפלים בלה"ב; והצורך המשמעותי בבחינת עמדות סטריאוטיפיות והנחות יסוד שגויות שלנו כמטפלים, על מנת למנוע ביטויים מיקרו-אגרסיביים בטיפול בלה"ב, וכדי לאפשר ללקוחותינו טיפול מקצועי המקדם את רווחתם הנפשית.

מקורות מידע

- צאלח, כ. (2016). אז מה כבר קרה? אוטואתנוגרפיה של מיקרו-אגרסיות על רקע אתני. תיאוריה וביקורת, 46, 67-90.
- שילה, ג. (2009). עמדותיהם של סטודנטים לעבודה סוציאלית כלפי הומוסקסואליות. חברה ורווחה, כט(4), 455-481.
- שילה, ג. (2019). עבודה סוציאלית גאה: על החשיבות והאתגרים של עבודה סוציאלית בישראל עם לסביות, הומואים, טרנסג'נדרים וביסקסואלים. מידעו"ס, 89, 30-31.
- Alderson, K. G. (2004). A different kind of "outing": Training counsellors to work with sexual minority clients. *Canadian Journal of Counselling, 38*(3), 193. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195797614>
- Alessi, E. J. (2013). Acknowledging the impact of social forces on sexual Minority Clients: Introduction to the special issue on clinical practice with LGBTQ populations. *Clin Soc Work J, 41*, 223-227. Retrieved from 10.1007/s10615-013-0458-x
- Alessi, E. J. (2014). A framework for incorporating minority stress theory into treatment with sexual minority clients. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 18*(1), 47-66. doi: 10.1080/19359705.2013.789811
- Alessi, E. J., Dillon, F. R., & Kim, H. M. (2016). Therapist correlates of attitudes toward sexual minority individuals, affirmative counseling self-efficacy, and beliefs about affirmative practice. *Psychotherapy Research, 26*(4), 446-458. doi: 10.1080/10503307.2015.1026422
- American Psychological Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd revised ed.). Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.

American psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, *67*(1), 10-42.

doi: 10.1037/a0024659

Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *17*(2), 163-174.

doi: 10.1037/a0023244

Berg, M. B., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Mental health concerns of gay and bisexual men seeking mental health services. *Journal of Homosexuality*, *54*(3), 293-306.

doi: 10.1080/00918360801982215

Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., & Ross, M. W. (2016). Internalized homonegativity: A systematic mapping review of empirical research. *Journal of Homosexuality*, *63*(4), 541-

558. doi: 10.1080/00918369.2015.1083788

Bhugra, D., Eckstrand, K., Levounis, P., Kar, A., & Javate, K. R. (2016). WPA position statement on gender identity and Same-Sex orientation, attraction and behaviours. *World*

Psychiatry, *15*(3), 299-300. doi: 10.1002/wps.20340

Bieschke, K. J., Paul, P. L., & Blasko, K. A. (2007). Review of empirical research focused on the experience of lesbian, gay, and bisexual clients in counseling and psychotherapy.

Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients (2nd ed.) (2nd ed. ed., pp. 293-315). DC: American Psychological Association.

doi: 10.1037/11482-012

Bordin, E. S. (1979). The generalizebility of the psychoanalytic concept of the working alliance . *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*(3), 252-260.

Camilleri, P., & Ryan, M. (2006). Social work students' attitudes toward homosexuality and their knowledge and attitudes toward homosexual parenting as an alternative family unit:

An Australian study. *Social Work Education*, 25(3), 288-304.

doi: 10.1080/02615470600565244

Chang, T. K., & Chung, Y. B. (2015). Transgender microaggressions: Complexity of the heterogeneity of transgender identities. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(3), 217-234. doi: 10.1080/15538605.2015.1068146

Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., . . . Reed, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the international statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), 672. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378758>

Davis, D. E., DeBlaere, C., Brubaker, K., Owen, J., Jordan, T. A., Hook, J. N., & Van Tongeren, D. R. (2016). Microaggressions and perceptions of cultural humility in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 94(4), 483-493. doi: 10.1002/jcad.12107

Dean, M. A., Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2016). Inhospitable healthcare spaces: Why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *Journal of Bioethical Inquiry*, , 1-14. doi: 10.1007/s11673-016-9738-9

Dickinson, P., & Adams, J. (2014). Resiliency and mental health and well-being among lesbian, gay and bisexual people. *International Journal of Mental Health Promotion*, 16(2), 117-125. doi: 10.1080/14623730.2014.903621

Dorland, J. M., & Fischer, A. R. (2001). Gay, lesbian, and bisexual individuals' perceptions. *The Counseling Psychologist*, 29(4), 532-547. doi: 10.1177/0011000001294004

Drescher, J. (2012). The removal of homosexuality from the DSM: Its impact on today's marriage equality debate. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 16(2), 124-135. doi: 10.1080/19359705.2012.653255

- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 5(4), 565-575. doi: 10.3390/bs5040565
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., & Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 917-927. doi: 10.1037/a0029425
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97-109.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678796/>
- Gato, J., & Fontaine, A. M. (2017). Predicting attitudes toward lesbian and gay parent families among portuguese students from helping professions. *International Journal of Sexual Health*, 29(2), 187-195. doi: 10.1080/19317611.2016.1268232
- Glassgold, J. M., & Drescher, J. (2007). Activism and LGBT psychology: An introduction. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(3-4), 1-8. doi: 10.1300/J236v11n03_01
- Goldberg, A. E. (Ed.). (2016). *The SAGE encyclopedia of LGBTQ studies* (1st ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Hamilton, C. J., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132-141. doi: 10.1037/a0014440
- Hatcher, R. L., & Gillasp, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
doi: 10.1080/10503300500352500
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730.
doi: 10.1037/a0016441

- Herek, G. M., Cogan, J. C., Gillis, J. R., & Glunt, E. K. (1997). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 2*, 17-15.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. doi: 10.1037//0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research, 18*(3), 294-305. doi: 10.1080/10503300701506920
- Johnson, D. E. (2014). *The impact of microaggressions in therapy on transgender and gender-nonconforming clients: A concurrent nested design study* Available from Dissertations & Theses Europe Full Text: Social Sciences.
- Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 52*(1), 113-118. doi: 10.1037/a0037958
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*, 70. doi: 10.1186/1471-244X-8-70
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 159-170. doi: 10.1037/a0022839

- Liddle, B. J. (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. doi: 10.1037/0022-0167.43.4.394
- MacDonald, K. (2013). *Sexual orientation microaggressions in psychotherapy* Available from ProQuest Dissertations and Theses Professional. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1459228120>
- Marshall, S. (2004). *Difference and discrimination in psychotherapy and counselling*. London: SAGE Publications Ltd.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martin, J. L., & Dean, L. (1987). *Summary of measures: Mental health effects of AIDS on at risk homosexual men*. New York, NY.: Division of Sociomedical Sciences, School of Public Health, Columbia University.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 38*(1), 38-56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(S), 3-26. doi: 10.1037/2329-0382.1.S.3
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(3), 209-213. doi: 10.1037/sgd0000132

- Moleiro, C., & Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: Review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in Psychology, 6*, 1511. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01511
- Moradi, B., Wiseman, M. C., DeBlaere, C., Goodman, M. B., Sarkees, A., Brewster, M. E., & Huang, Y. (2010). Perceptions of heterosexist stigma, internalized homophobia, and outness: Comparisons of levels and links. *The Counseling Psychologist, 38*(3), 397-424. doi: 10.1177/0011000009335263
- Nadal, K. L. (2013). *That's so gay! microaggressions and the lesbian, gay, bisexual, and transgender community*. DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/14093-000
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research, 53*(4-5), 488-508. doi: 10.1080/00224499.2016.1142495
- Nadal, K. L., Rivera, D. p., & Corpus, M. J. H. (2010). 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.
- National Association of Social Workers. (2015). *Standards and indications for cultural competence in social work practice*. Washington, DC: Author.
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1019-1029. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.003
- Paap, D., & Dijkstra, P. U. (2017). Working alliance inventory-short form revised. *Journal of Physiotherapy, 63*(2), 118. doi: 10.1016/j.jphys.2017.01.001

- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2013). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(S), 45-58.
doi: 10.1037/2329-0382.1.S.45
- Papadaki, V., Plotnikof, K., Gioumidou, M., Zisimou, V., & Papadaki, E. (2015). A comparison of attitudes toward lesbians and gay men among students of helping professions in crete, greece: The cases of social work, psychology, medicine, and nursing. *Journal of Homosexuality, 62*(6), 735-762. doi: 10.1080/00918369.2014.998956
- Pierce, C. M., Carew, J. V., Pierce-Gonzalez, D., & Wills, D. (1977). An experiment in racism. *Education and Urban Society, 10*(1), 61-87. doi: 10.1177/001312457701000105
- Platt, L. F., & Lenzen, A. L. (2013). Sexual orientation microaggressions and the experience of sexual minorities. *Journal of Homosexuality, 60*(7), 1011-1034.
doi: 10.1080/00918369.2013.774878
- Rauchfleisch, U. (2003). Psychiatric, psychoanalytic, and mental health profession attitudes toward homosexuality in switzerland. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 7*(1-2), 47-54. doi: 10.1300/J236v07n01_04
- Rubinstein, G. (2003). Does psychoanalysis really mean oppression? harnessing psychodynamic approaches to affirmative therapy with gay men. *American Journal of Psychotherapy, 57*(2), 206. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12817551>
- Sattler, F. A., Wagner, U., & Christiansen, H. (2016). Effects of minority stress, group-level coping, and social support on mental health of german gay men. *PloS One, 11*(3), e0150562. doi: 10.1371/journal.pone.0150562
- Semp, D., & Read, J. (2015). Queer conversations: Improving access to, and quality of, mental health services for same-sex-attracted clients. *Psychology & Sexuality, 4*(3), 217-228.
doi: 10.1080/19419899.2014.890122

- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2013). Sexual orientation microaggressions. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(S), 59-70. doi: 10.1037/2329-0382.1.S.59
- Shilo, G., & Mor, Z. (2014). The impact of minority stressors on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health & Social Work, 39*(3), 161-171. doi: 10.1093/hsw/hlu023
- Shilo, G., Cohen, O., & Gavriel-Fried, B. (2016). Do same-sex relationships count as family? The effects of personal characteristics, values, and contact on social workers' definitions of same-sex relationships. *Journal of Social Work, 14*(6), 688-707.
- Smith, L. C., Shin, R. Q., & Officer, L. M. (2012). Moving counseling forward on LGB and transgender issues. *The Counseling Psychologist, 40*(3), 385-408.
doi: 10.1177/0011000011403165
- Spengler, E. S., & Egidottir, S. (2015). Psychological help-seeking attitudes and intentions of lesbian, gay, and bisexual individuals: The role of sexual minority identity and perceived counselor sexual prejudice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(4), 482-491. doi: 10.1037/sgd0000141
- Spengler, E. S., Miller, D. J., & Spengler, P. M. (2016). Microaggressions: Clinical errors with sexual minority clients. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 53*(3), 360-366.
doi: 10.1037/pst0000073
- Sue, D. W., & Capodilupo, C. M. (2007). Racial, gender and sexual orientation microaggressions: Implications for counseling and psychotherapy. In D. W. Sue (Ed.), *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (pp. 109-131). New York, NY: Wiley.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life : Race, gender, and sexual orientation* . Hoboken, US: John Wiley & Sons, Incorporated.

- Sue, D. W., Bucceri, J., Lin, A. I., Nadal, K. L., & Torino, G. C. (2007). Racial microaggressions and the asian american experience. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(1), 72-81. doi: 10.1037/1099-9809.13.1.72
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life. *American Psychologist, 62*(4), 271-286. doi: 10.1037/0003-066X.62.4.271
- Swank, E., & Raiz, L. (2010). Attitudes toward gays and lesbians among undergraduate social work students. *Affilia, 25*(1), 19-29. doi: 10.1177/0886109909356058
- Swann, G., Minshew, R., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2016). Validation of the sexual orientation microaggression inventory in two diverse samples of LGBTQ youth. *Archives of Sexual Behavior, 45*(6), 1289-1298. doi: 10.1007/s10508-016-0718-2 [doi]
- Velez, B. L., Moradi, B., & Brewster, M. E. (2013). Testing the tenets of minority stress theory in workplace contexts. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 532-542. doi: 10.1037/a0033346
- Vu, L., Tun, W., Sheehy, M., & Nel, D. (2012). Levels and correlates of internalized homophobia among men who have sex with men in pretoria, south africa. *AIDS and Behavior, 16*(3), 717-723. doi: 10.1007/s10461-011-9948-4
- Weber-Gilmore, G., Rose, S., & Rubinstein, R. (2011). The impact of internalized homophobia on outness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *The Professional Counselor, 1*(3), 163-175. doi: 10.15241/gwv.1.3.163
- World Health Organization. (1992). *International classification of disease 10: Classification of behavioural and mental disorders*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO.

Wright, A. J., & Wegner, R. T. (2012). Homonegative microaggressions and their impact on LGB individuals: A measure validity study. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*(1), 34-54. doi: 10.1080/15538605.2012.648578

נספחים

נספח א' - מיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית

שימוש במונחים הטרז-סקסיסטיים.

הטרזסקסזם מוגדר כנקודת מבט על נטייה מינית לפיה 1. כל האנשים הם הטרזסקסואלים או צריכים להיות כאלו. 2. זה יותר נחשק להיות הטרזסקסואל ו-3. היא מייצגת את הנורמות עבור זהות המגדר והמשיכה המינית. לפיכך, אין כזה דבר לסביות, הומואים וביסקסואלים, ובמידה והם קיימים, עליהם להפוך לטרזסקסואלים. כמו כן, הם בלתי רצויים ונחשבים ללא נורמליים (Sue, 2010).

שימוש בשפה הטרז-סקסיסטית עשויה להיות פוגענית או לחלופין, עשויה להתבצע בשימוש יומיומי מעודן יותר, כאשר האדם המשתמש בה לא מודע לכך שהוא מעביר מסרים מקטינים ומשפילים (Sue, 2010). זוהי חוויה שבה לה"ב נקראים בשמות משפילים או שמתגרים בהם עם מילים אכזריות. זה גם כולל אמירת הערות הטרז-סקסיסטיות אשר מכוונות ישירות כלפי לה"ב או נאמרות בסביבתם. לפעמים השימוש בשפה זו נעשה במכוון בכדי לפגוע בלה"ב; בפעמים אחרות אנשים עשויים לא להבין אפילו שהם משתמשים בשפה הומופובית מכיוון שזה חלק מהדיבור היום יומי שלהם.

לדוגמא, כשבני נוער משתמשים ב"יא הומו" כמילת גנאי, הם למעשה מסמלים שאותו נער שכלפיו המילים הופנו הוא רכרוכי, "לא גבר" או נחות. לעיתים זה לא נעשה במתכוון, אלא משקף את הדעה הקדומה הלא מודעת שיש לאדם כלפי לסביות, הומואים וביסקסואלים כרעים, חלשים או נחותים (Nadal, 2013; Platt & Lenzen, 2013; Sue, 2010). גם השימוש במונח "העדפה מינית" הוא מיקרו-אגרסיבי משום שאנשים חושבים שאדם בוחר באופן חופשי את הנטייה המינית שלו, למרות שידוע שהיא מושפעת מגורמים ביולוגיים וסביבתיים (Sue, 2010).

תמיכה בתרבות והתנהגויות הטרז-נורמטיביות או נורמטיביות-מגדרית.

סוג זה של מיקרו-אגרסיות מתרחש כאשר אדם מעביר מסר שהטרזסקסואליות היא נורמלית, בעוד הומוסקסואליות או ביסקסואליות היא לא נורמלית, שגויה, או לא טבעית (Sue, 2010). תרבות והתנהגות הטרז-נורמטיבית מייצרת אקלים של נורמלי אל מול הלא נורמלי והיא מהווה בסיס לטרז-סקסזם ולמיקרו-אגרסיות על רקע נטייה מינית (Sue, 2010). הדבר עשוי לבוא לידי ביטוי בדרכים גלויות ובאמירות ישירות. לחלופין, הדבר עשוי לבוא לידי ביטוי בדרכים מעודנות. מסרים אלו עשויים להיאמר במשפחה, בעבודה, בלימודים, בקהילה או באזורים אחרים בחברה (Nadal, 2013; Sue, 2010).

במסגרת תמה זו ישנה הנחה מוקמת שכולם הטרזסקסואלים, ושכולם יתנהגו באופן עקבי עם ערכים, נורמות ותפקידי מגדר המצופים בחברה (Sue, 2010) לדוגמא כשואלים גברים על בנות זוג ונשים על בני זוג; כשהגדרת הנישואים היא בין גבר לאישה; כשבן משפחה אומר "אל תתנהג כמו הומו בציבור"

או כשמתייחסים במדורים שעוסקים במיניות למיניות הטרוסקסואלית בלבד (Sue & Nadal, 2013; Capodilupo, 2007).

התנהגויות ותרבויות הטרו-נורמטיביות הן לעיתים קרובות בלתי נראות עבור סטרייטים, וסביר שהם יחילו את אותם סטנדרטים על לה"ב; אך תמיכה בתרבות ובהתנהגות הטרו-סקסיסטית שוללת את קיומם ואת זהותם, מדכאת, שוללת את אנושיותם והיא נוכחת עבורם מאוד (Sue, 2010). כשלה"ב שומעים או לומדים סוגים אלו של הצהרות הטרו-נורמטיביות, הם מרגישים מועקה, חוסר ביטחון וחסרי תוקף (Sue, 2010).

שפה כזאת עשויה לא בהכרח להיות פוגענית במתכוון, אך היא עשויה לפגוע במיוחד בלה"ב אשר מתקשים עם הנטייה המינית או עם זהות המגדר שלהם. אנשים שהם "בארון" עשויים להניח שכל אחד שמעיר הערה הטרו-נורמטיבית רואה בהומוסקסואליות או בסקסואליות כשגויה, לא מוסרית או לא מקובלת. זה עשוי למנוע מלה"ב לצאת מהארון בפני אהוביהם, ומכיוון שאהוביהם עשויים בעצמם להיות חסרי מודעות לדעות הקדומות ולהתנהגויות ההטרו-נורמטיביות שלהם, הם עשויים לא להבין מדוע (Platt & Lenzen, 2013; Sue, 2010).

הנחה שישנה חוויה אוניברסלית ואחידה להומואים, לסביות וביסקסואלים.

מיקרו-אגרסיות אלה מתרחשות כאשר מישהו מניח שכל החברים בקהילת הלה"ב הם אותן הדבר. דרך אחת בה הדבר עשוי להתקיים היא דרך ההנחה שלכל הלסביות יש חוויות זהות, לכל ההומואים יש חוויות זהות, או שלכל הביסקסואלים יש חוויות זהות. הדעות עשויות להיות סטריאוטיפיות - לדוגמה "כל הלסביות הן בוציות ואוהבות ספורט", או "כל הגברים ההומואים הם נשיים ואוהבים אופנה". אחרים עשויים להניח שישנה חוויה טיפוסית של לה"ב שאפשר לייחס לכולם. לדוג' הרעיון שהציאה מהארון היא חוויה נורמטיבית והכרחית, מבלי להתחשב בתרבותו של האדם ובהעדפותיו (Sue, 2010).

לעיתים, יש ציפייה מלה"ב להכיר את כל מי שחבר בקהילה, על אף שהדבר בלתי אפשרי כי יש מיליוני לה"בים. למרות שסביר שהכוונה של אלו המתנהגים כך היא טובה ואמיתית, החוויה עלולה להיות של מיקרו אגרסיביות כי היא פוגעת בלה"ב וגורמת להם לחוש כמו נציג הקהילה, כשבמציאות היא קבוצת פרטים רחבה ומגוונת. מיקרו-אגרסיות תחת תמה זו אף מתרחשות כאשר לה"ב מתבקשים לשמש כדוברים של כל הקהילה. הדבר עשוי לגרום להרגשה עגמומית בקרב הומואים, לסביות וביסקסואלים (Sue, 2010).

אקזוטיזציה.

סוג זה של מיקרו-אגרסיות מופיע כאשר לה"ב נתפסים כסוג של שעשוע או מוחפצים בגלל הנטייה המינית או הזהות המינית שלהם (Nadal, 2013). למעשה המסר המועבר הוא שתפקידים אלו הם המטרה

היחידה שלה"ב משרתים (Nadal, Rivera, & Corpus, 2010). הרגשה של החפצה או אקזוטיזציה היא חוויה נפוצה גם עבור נשים ביסקסואליות, בייחוד החפצה מצדם של גברים הטרוסקסואלים - לדוגמה ההנחה שרק בגלל שאישה היא ביסקסואלית היא תרצה לקחת חלק בשלישיה. הסטריאוטיפ כאן הוא של מיניות יתר, והוא מוביל לשורה של מיקרו-אגרסיות כלפיהן (Sue, 2010; Platt & Lenzen, 2013; Nadal, 2013). סו (Sue, 2010) מתייחס למיקרו-אגרסיה זו כסקסואליזציה יתרה, המתרחשת כאשר ההקשר הראשוני שעושים ללה"ב הוא של מין ופעילות מינית; לה"ב נחשבים רק כיצורים מיניים ולא בני אדם מורכבים שחיהם מערבים משפחה, חברים, קריירות, מערכות יחסים לא מיניות, תקוות ושאיפות. עוד מיקרו-אגרסיה סביב תמה זו נוגעת לכך שאנשים מתגאים בכך שיש להם חבר הומו/חברה לסבית/ חברה/ ביסקסואלית. הצהרה כזאת עשויה להיחשב כמיקרו-אגרסיה בהתאם להקשר, לכוונת הדובר ו/או לאיך האנשים מסביבם מפרשים אותה. אנשים עשויים לטעון שיש להם חבר הומו/חברה לסבית כדרך להקטין את ההומופוביה שלהם בפני אחרים או כדרך להניח שהם למדו את כל מה שהם צריכים לדעת על החוויה הלה"בית, או מאמינים שהחוויות של החבר ההומו שלהם משקפות את אלו של כלל הלה"בים (Sue, 2010).

אי נוחות או אי שביעות רצון מהחוויה של לסביות הומואים וביסקסואלים.

מיקרו-אגרסיות בקטגוריה זו מורכבות ממקרים בהם אדם הטרוסקסואל, בין אם במודע או באופן לא מודע, מראה את חוסר שביעות הרצון שלו כלפי אנשים שאינם הטרוסקסואלים. לאורך ההיסטוריה, אנשים היו מאוד קולניים לגבי חוסר הקבלה שלהם והגינוי של לה"ב. גם היום, רגשות אנטי-לה"ב עדיין קיימים, רק בצורות אחרות (Sue, 2010). מיקרו-אגרסיות אלה מעבירות חוסר קבלה ונפוצות בקרב מכרים או זרים במקומות ציבוריים. יחד עם זאת, הן עשויות להיאמר מצד בני המשפחה, מצד עמיתים לעבודה ומצד חברים. לדוגמה תגובות של נעיצת מבטים, צחוק, הבעות פנים (מודעות או לא מודעות) למראה ביטויי חיבה של זוג חד מיני - עשויים כולם להעביר חוסר נוחות עם לה"ב וכן להשפיע באופן שלילי על הזוגות אשר חווים אותם (Sue, 2010).

אי נוחות עשויה להתרחש אף כאשר בן משפחה או חבר יכול להיות מקבל אבל עדיין אומר דברים פוגעים באופן עקיף. שתיקות סביב כל מה שקשור לחיי האהבה, לחברים מהקהילה או לפעילות בקהילת הלה"ב, הן גם ביטוי לא ישיר של חוסר קבלת הנטייה המינית, מאחר והסביבה לא באמת מקבלת וחוגגת את חלק זה בחייהם של הלה"ב (Sue, 2010; Platt & Lenzen, 2013).

על אף שהומוסקסואליות הוסרה מה-DSM כבר בשנת 1974, רבים מהציבור הכללי ממשיכים להתייחס ללה"ב כפתולוגיה וכמחלה נפשית או כהפרעת אישיות. הדבר בא לידי ביטוי לדוגמה כאשר נער מצהיר על היותו הומו בפני משפחתו התגובה היא "אתה עדיין צעיר, אתה תגדל ותצא מזה ויהיו לך רגשות נורמליים בקרוב" או כאשר ביסקסואליות נחשבת כ"משבר זהות" (Sue, 2010).

זאת ועוד, עבור ביסקסואלים, מיקרו-אגרסיות שמעבירות מסר של חוסר נוחות או אי קבלה לעיתים קרובות מתבטאות בכך שאחרים מטילים ספק בזהות המינית שלהם. מיקרו-אגרסיה נפוצה היא זו בה אחרים מניחים שביסקסואלים הם "מבולבלים". כשאדם מונוסקסואלי (מישהו שהוא הטרוסקסואל באופן בלעדי או הומוסקסואל באופן בלעדי) מצהיר הצהרות לפיהן אישה/גבר ביסקסואלים צריכים לבחור אם הם מעדיפים גברים או נשים, זה ברור שהוא בעל דעה קדומה נגד ביסקסואלים, ולמרות שהוא עשוי לא להבין זאת, המילים שלו עשויות להיות מעליבות במיוחד כלפי החוויה או הזהות הביסקסואלית של האדם (Sue, 2010).

חשוב לציין שביסקסואלים עשויים לחוות מיקרו-אגרסיות מאחרים בתוך קהילת הלהט"ב. ביסקסואלים עשויים להרגיש מבוטלים על ידי לסביות והומואים בכך שהם לא נתמכים כשהם נכנסים למערכות יחסים הטרוסקסואליות. יחד עם זאת, הם עשויים להרגיש מבוטלים על ידי הטרוסקסואלים מכיוון שהם "נתמכים מדי" כאשר הם נכנסים למערכות יחסים הטרוסקסואליות (Sue, 2010). צורות דומות של מיקרו-אי תיקופים עשויות להיות נפוצות עבור פאנסקסואלים, שהנטייה המינית שלהם היא "עיוורת מגדר", באופן שהם יכולים להימשך מינית, רומנטית או רגשית לאנשים מכל זהויות המגדר ומכל הנטיות המגדריות. כאשר נאמר לפאנסקסואלים שהנטייה המינית שלהם אינה מבוססת או אינה הגיונית, מכחישים את זכותם לקיים את זהויותיהם, מה שעשוי להוביל לעתים קרובות לרגשות של ביטול עצמי ופגיעה (Sue, 2010).

הנחה לקיומן של פתולוגיה מינית, סטייה ואבנורמליות.

תמה זו כוללת מיקרו-אגרסיות שבהן הטרוסקסואלים מאמינים שלה"ב הם מתירנים מינית או סוטים מינית. לעיתים זה עשוי לתפוס צורות של תגובות והצהרות שנועדו להיות פוגעניות ומשפילות. יחד עם זאת, ישנן מיקרו-אגרסיות שבהן המבצע אותן מחליט באופן מודע להשמיע משהו מבלי להבין את ההשפעה שתהיה לדבר על אחרים (Sue, 2010; Platt & Lenzen, 2013; Nadal, 2013). למעשה, הדעות הקדומות והסטריאוטיפים על לה"ב שיש למי שמבצע את המיקרו-אגרסיה מועברות באופן עקיף דרך האמירות או ההתנהגויות שלו (Sue, 2010).

לדוג' האמונה שלכל ההומואים יש איידס או שכל ההומואים יידבקו ב-HIV. הנחה זו היא לא רק סטריאוטיפית אלא עשויה להיחשב גם כמיקרו-אגרסיבית. הצהרות שכאלה רומזות שכל ההומואים הם חסרי אחריות או לא מסוגלים לקבל החלטות חכמות בנוגע ליחסי מין מוגנים. הן עשויות לגרום לפרט לחוש אי נעימות או תסכול, בייחוד כשהן נאמרות על ידי הטרוסקסואלים (Sue, 2010).

בהקשר זה, הומופוביה היא ביטוי נוסף למיקרו-אגרסיה זו, כאשר אנשים מפחדים להידבק בהומוסקסואליות או מפחדים להידבק במחלות מלה"ב. אמונות שחשיפה ללה"ב או לאורח חיים לה"ב ישריע על "אנשים נורמלים" והם או ילדיהם יהפכו ללה"ב. בשם כך אנשים נמנעים מלה"ב או שוטפים

ידיים מיד לאחר שלחצו יד עם לה"ב או מוודאים שהילדים שלהם לא יסתובבו עם שכן הומו ובכך מעבירים מסרים לא הגיוניים של חששות וחרדות כלפי לה"ב (Sue, 2010).

הנחות על סטייה מינית עשויות להיות מופנות גם כלפי נשים לסביות או ביסקסואליות. לדוג' נשים שחושבות שמישהי תנסה ליזום איתן משהו מיני רק כי היא הצהירה שהיא ביסקסואלית/לסבית. מיקרו-אגרסיה זו רומזת שנשים לסביות וביסקסואליות לא יכולות לשלוט בדחפים המיניים שלהם, אך היא גם מעליבה כי היא מציעה שנשים אלו יימשכו לכל אישה, ללא קשר לרמת המשיכה הפיזית, לאישיות או למאפיינים אחרים (Nadal, 2013; Platt & Lenzen, 2013; Sue, 2010).

סטריאוטיפ דומה הוא שכל הגברים ההומואים הם פדופילים. על אף מחקר נרחב שנעשה ובמסגרתו נמצא שפדופילים נוטים להיות הטרוסקסואלים, רבים עדיין אווזים בסטריאוטיפ שגוי זה. על אף שלא מאשימים גברים הומואים בפדופיליה באופן ישיר, התנהגות מיקרו-אגרסיבית עשויה להוביל הומואים להרגיש שלא סומכים עליהם בסביבת ילדים (Sue, 2010).

הכחשת המציאות של הטרוסקסיזם.

סוג זה של מיקרו-אגרסיות נוכח כאשר מכחישים שמתרחש הטרוסקסיזם. זה יכול לקרות כאשר מישהו או מישהי מכחישים את היותם הומופוביים, בעוד שבפעמים אחרות, מכחישים לחלוטין שהטרו-סקסיזם קיים. לדוג' כאשר מתעמתים עם מישהו בנוגע להתנהגות המיקרו-אגרסיבית שלו, המבצע יכול להגיב לעיתים באופן מתגונן ולהסביר שהכוונות שלו לא היו פוגעניות. לה"ב מסוימים עשויים להעריך את ההסבר, אך אחרים עשויים להאמין שאותו מבצע מנסה למצוא תירוץ במקום להודות באשמה. כמו כן, לה"ב לעיתים לא מדווחים על אפליה מכיוון שהם חוששים איך אחרים יגיבו - שיבטלו את החוויה שלהם או יגידו שזאת אשמתם (Sue, 2010).

מיקרו-אגרסיות כהומו.

כאשר הצהרות מיקרו-אגרסיביות מועברות באופן הומוריסטי או בצורה של בדיחה. התכנים והמסרים עשויים להיות שונים, אך הם מוצגים באופן הומוריסטי, אולי מתוך רצון להפוך את התגובה ליותר מקובלת חברתית. לדוגמא לשאול חבר שיצא מהארון לאחרונה "אז איך זה להיות הומו?". קשה להגיב למיקרו-אגרסיה כזאת משום שמצופה מלה"ב להיות קלילים ולא רגישים כי "זה היה בצחוק" (Platt & Lenzen, 2013).

אינם פיזי או הטרדה. מיקרו-אגרסיות תחת קטגוריה זו עשויות להיות מקוטלגות כמיקרו- תקיפות בכך שהן אפליה גלויה או תקיפות בטבען אך התוקף לא מזיק פיזית לפרט ועשוי אף לא להתכוון להזיק מלכתחילה. מיקרו-אגרסיות כאלו יכולות לבוא לידי ביטוי לדוג' באיומים, טון אלים והתנהגות מעוררת פחד ותחושת חוסר ביטחון פיזי ואישי. מיקרו-אגרסיות אלה משפיעות עמוקות על הבריאות הנפשית והרווחה הנפשית של לה"ב (Sue, 2010).

מיקרו-אגרסיות סביבתיות.

מיקרו-אגרסיות סביבתיות מורכבות מאלמנטים במערכות או מוסדות אשר שולחים מסרים מפלים כלפי לה"טב. לדוג' ייצוגים של להט"ב במדיה באופן שלילי או סטריאוטיפי. מיקרו-אגרסיות סביבתיות מתרחשות במערכות מגוונות – לדוג' בבתי ספר, בממשלה ובמדיה (Sue, 2010). קבלת מסרים מהסביבה שלהיות לה"ב זה רע או סוטה יכולה לגרום למצוקה משמעותית ולהשפיע באופן שלילי על ההערכה העצמית של לה"ב. בנוסף, מיקרו-אגרסיות אלה יוצרות סביבה לא בטוחה עבור לה"ב ובה בעת גם מקדמת את הרעיון שהטרנסקסואליות היא הנורמה ושדעות קדומות הטרנסקסיסטיות הן מקובלות (Sue, 2010).

נספח 2' - כלי המחקר

1. שאלון מיקרו אגרסיות הומואים/לסביות

עמדות וביטויים שהם אנטי להט"ב	
שמעתי מישהו/מישהי אומר/ת "זה כזה גיי!" בהקשר שלילי	1
נאמר לך לא להתנהג כמו הומו/לסבית	4
נאמר לך "אבל אתה לא כמו כל ההומואים/ את לא כמו כל הלסביות"	8
נאמר לך "אתה יודע איך ההומואים האלה..."	9
מישהו ביטא סטראוטיפ, כמו: "הומואים כל כך מבינים באופנה"/"כל הלסביות נהגות משאית"/"כל הבי סקסואלים לא סגורים על עצמם"	10
שמעת מישהו מדבר על "סגנון החיים הלהט"בי" (לדוגמא: "תחלופת בני זוג, עיסוק במין וקשרים פתוחים")	11
דחיית הומוסקסואליות	
נאמר לך ש: "פשוט עדיין לא מצאת את האדם הנכון מהמין השני"	5
נאמר לך ש: "להיות הומו או לסבית, זה רק שלב חולף"	7
אדם קרוב הביע אכזבה אודות היותך הומו/לסבית	18
הטרנסקסיזם	
נאמר לך כי אינך גבר/אישה "אמיתית"	3
אדם סטרייט קרא לך "פרנואיד/ית" כשחשדת שמישהו התנהג אליך בהומופוביות	20
אדם סטרייט לא האמין כי להט"ב חווים אפליה	21
נאמר לך שתגובתך מוגזמת כאשר דיברת על חוויות שליליות שחווית בגלל הנטייה המינית שלך	22

23	סטרייט הכחיש שעשויות להיות לו תפיסות הטרסקסיסטיות ("בתור אדם ששייך למיעוט אתני, אני נפגע שאתה רומז שאני יכול בכלל להיות הומופוב")
	חוסר קבלה חברתית
14	ראית קבוצה, באופן אישי או בתקשורת, אשר מראה סימנים שליליים (כמו קבוצה דתית עם שלט שכתוב בו "אלוהים שונא הומואים")
15	שמעת מישהו אומר "הומואים לסביות וביסקסואלים מנסים להשיג זכויות שלא מגיעות להם"
16	מישהו אמר " לא אכפת לי שיהיו הומואים, רק שלא יהיו הומואים בפומבי"
17	שמעת מישהו משמיץ בשנאה לגבי הומואים, לסביות או ביסקסואלים (כמו לקלל "יא הומו")
19	מישהו שאמר שנטייה מינית הומוסקסואלית או לסבית היא חטא או לא מוסרית

שאלון מיקרואגרסיות – מולטי-משיכתיים: ביסקסואלים, פאנסקסואלים, פוליסקסואלים

	עמדות וביטויים שהם אנטי ביסקסואלים/פאנסקסואלים/פוליסקסואלים
1	התבדחו על המיניות שלך באופן שגרם לך להרגיש לא נעים
4	דרשו שלא תספרי/י לאנשים אחרים על הזהות המינית שלך או על פרטנר/יות עבר
8	התייחסו אל הזהות המינית שלך כדבר שולי או לא חשוב
9	הציעו לך הצעה מינית לא רצויה על רקע זהותך המינית (לדוגמא: הצעה לשלישיה)
10	מישהו ביטא סטראוטיפ, כמו: " כל הביסקסואלים בוגדנים ולא אמיינים"
11	שמעת מישהו מדבר על "סגנון החיים המולטי-משיכתי" (לדוגמא: "תחלופת בני זוג, עיסוק במין וקשרים פתוחים")
	דחיית ביסקסואליות/פאנסקסואליות
5	נאמר לך ש: "את/ה לא מולטי-משיכתי אם אתה בקשר עם המין השני"
7	נאמר לך ש: "להיות ביסקסואל/פאנסקסואל/פוליסקסואל, זה רק שלב חולף"
18	אדם קרוב הביע אכזבה אודות היותך ביסקסואל/פאנסקסואל/פוליסקסואל
	הטרסקסיזם
3	עודדו אותך 'לבחור' במגדר אחד או להיות בקשר רק עם מגדר אחד
20	אדם סטרייט קרא לך "פרנואיד/ית" כשחשדת שמישהו התנהג אליך בצורה ביפובית
21	אנשים לא האמינו שבי-פאן-פולי חווים אפליה
22	נאמר לך שתגובתך מוגזמת כאשר דיברת על חוויות שליליות שחווית בגלל המיניות שלך

23	אנשים הכחישו שעשויות להיות להם תפיסות ביפוביות ("בתור הומו, אני נפגע שאת/ה רומזת שאני יכול בכלל להיות ביפובי")
	חוסר קבלה חברתית
14	פקפקו במקום שלך כחלק מהקהילה הגאה
15	הכחישו את האפשרות שישנם אנשים שנמשכים ליותר ממגדר אחד
16	התייחסו אליך כהומו/לסבית או כהטרסקסואל/ית גם אחרי שסיפרת על זהותך המינית
17	שמעת מישהו משמיץ בשנאה לגבי ביסקסואלים (כמו להגיד שאת/ה בוגד/ת)
19	התייחסו אל הזהות המינית שלך כחלק מבעיה נפשית, מחלה או כפגם מוסרי

שאלות מיקרואגרסיות בטיפול

1. המטפלת שלי נמנעה מעיסוק בנושאים הקשורים לנטייה המינית שלי במפגשים שלנו המטפלת שלי נהגה בהזדהות יתרה עם חוויותי הקשורות לנטייתי המינית
2. המטפלת שלי לא העריכה/ה או העריכה/ה יתר על המידה את הכוחות והיכולות שלי, בהתבסס על נטייתי המינית.
3. המטפלת שלי המעיטה בחשיבותם של נושאים הקשורים לנטייה המינית שלי במפגשים שלנו
4. המטפלת שלי הציעה/ה עזרה טיפולית שהייתה לא מתאימה או לא נחוצה בהתבסס על הנטייה המינית שלי.
5. המטפלת שלי הציעה/ה עזרה טיפולית שהייתה לא מתאימה או לא נחוצה בהתבסס על הנטייה המינית שלי.

2. הומופוביה מופנמת

השאלות הבאות עוסקות בתחושתך לגבי היותך הומו/לסבית.

בהקשר לשנה האחרונה, עד כמה...

תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	

					הרגשת שעדיף להימנע מקשרים אישיים וחברתיים עם אנשים אחרים שהם להטי"ב
					ניסית להפסיק להימשך מינית לבני מינד
					אם מישוהו היה מציע לך את ההזדמנות להיות סטרייט/ית לחלוטין, היית מקבל את ההצעה
					קיווית שלא היית הומו/לסבית
					הרגשת מנוכרת/ת מעצמך בגלל שאת/ה הומו/לסבית
					קיווית שתוכל לפתח רגשות ארוטיים כלפי בני/ות המין השני
					הרגשת שלהיות הומו/לסבית זה חיסרון ברמה האישית
					היית רוצה לקבל עזרה מקצועית כדי לשנות את נטייתך המינית להטרוסקסואלית
					ניסית להימשך יותר לבני/ות המין השני
					הרגשת שלהיות לסבית/הומו עוזר לך לבטא חלק טבעי בזהות המינית שלך

3. שאלון פרטים אישיים.

4. שאלון מאפייני טיפול

1. האם קיבלת בעבר או שהינך מקבלת/ת כיום ייעוץ פרטני או פסיכותרפיה? כן/לא

(מי שעונה "כן" יראה הודעה "אם נפגשת עם יותר מאדם אחד כמצוין למעלה, אנא ענה/י על השאלות הבאות בהתייחס לטיפול המשמעותי ביותר שחוויית בחיך)

• האם התכוונת להגיע לשלוש פגישות או יותר? כן/לא

2. מה היה גילך כשהתחלת בטיפול?

25-44

45-64

65-84

84 או יותר

3. מהי ההסמכה של שיש למטפלת/ שלך?

פסיכולוג/ית

פסיכיאטר/ית

עובדת/ סוציאלית

לא ידוע

אחר: _____

4. האם המטפלת/ שלך פירסמה שיש לו/ לה התמחות בטיפול בלהט"ב, או בדברים אחרים שמצביעים

שניתן לצפות ממנו/ ה להבין בנושאים הקשורים לנטייה מינית?

כן / לא / לא ידוע.

5. האם חשפת את נטייתך המינית בפני המטפלת/ שלך? או האם את/ מאמינ/ה שיש לו/ לה סיבה

אחרת לדעת מהי?

כן / לא

6. אנשים פונים לטיפול מסיבות מגוונות ומורכבות. אנא צייני/ את הסיבות המרכזיות שבעקבותן פנית

לטיפול

• חרדה, דאגה או התקפי פאניקה

• דיכאון או עצבות קיצונית

• שימוש בסמים או אלכוהול

• עניין הקשור לנטייה המינית

• אבדן או שכול

• תסמונת דחק פוסט טראומטית

• בעיות בזוגיות או במערכות יחסים

• בעיות שינה

• סיבות נוספות/ אחרות (במידה ורוצה, ניתן לפרט): _____

7. משך זמן הטיפול (בחודשים)

8. האם את/ה עדיין מקבל/ת שירות ממטפל/ת זה/ו?

כן/לא

○ אם לא: לפני סיום הטיפול, האם הגעת למטרותיך או פתרת את הנושאים שבעקבותיהם ניגשת לטיפול? (פריט זה מתייחס להצלחה נתפסת של הטיפול)

9. האם ההחלטה להפסיק את הטיפול נעשתה במשותף עם המטפל/ת, או שקיבלת את ההחלטה לבדך?

10. במידה והטיפול הופסק, נא בחר/י את הסיבות הכי נכונות אשר מתארות את הפסקתו:

1. נסיבות שמנעו את המשכיות הטיפול (סיבות כלכליות, בעיות של לוח זמנים, מרחק וכדומה)

2. השגת מטרות הטיפול באופן מספק

3. חוסר שביעות רצון מהמטפל/ת (אין כימיה/ אין ברית עם המטפל/ת, משבר במערכת היחסים עם המטפל/ת וכד')

4. חוסר שביעות רצון עם תהליך הטיפול (תהליך טיפולי 'תקוע', טיפול לא מסייע מלכתחילה, חוסר הסכמה בנוגע לטכניקות הטיפול וכדומה)

5. צורך בעצמאות

4. שאלון הברית הטיפולית - (WAI-SR) Working Alliance Inventory short revised.

המשפטים הבאים מתארים רגשות או מחשבות העשויים להתעורר אצל מטופל ביחס למטפל שלו. ענה על השאלון במהירות. אנו מעוניינים ברושם הראשון שעולה בדעתך.

5	4	3	2	1
תמיד	לעיתים	לעיתים	לפעמים	לעיתים
	קרובות	קרובות		רחוקות
	מאוד			

1. המטפל/ת ואני מסכימים לגבי הדברים שאצטרך לעשות בטיפול כדי לשפר את מצבי

2. מה שאני עושה בטיפול מאפשר לי לראות את הבעיה שלי בדרכים חדשות

- 4 המטפלת אינו/אינה מבין/ה מה אני מנסה להשיג בטיפול
- 7 אני מרגיש שהמטפלת מעריך/ה אותי
- 8 אנחנו מסכימים לגבי מהם הדברים החשובים שעלי לעבוד עליהם
- 10 למטפלת ולי יש דעות שונות לגבי מהן הבעיות שלי
- 11 הגענו להבנה טובה של סוג השינויים שיהיו טובים בשבילי

1	2	3	4	5	
לעיתים	לפעמים	לעיתים	לעיתים	תמיד	(פריטים אלו מחושבים בהיפוך)
רחוקות		קרובות	קרובות		
			מאוד		

- 3 אני מאמין שהמטפלת מחבבת אותי
- 5 אני בטוח ביכולתו/ה של המטפלת לעזור לי
- 6 המטפלת ואני עובדים למען מטרות ששנינו מסכימים עליהן
- 9 המטפלת ואני בוטחים זה בזה
- 12 אני מאמין שהדרך בה אנו עובדים על הבעיות שלי היא דרך נכונה

ABSTRACT

As demonstrated in Ilan Meyer's Minority Stress model of 2015, people who define themselves as LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) experience social pressure due to their belonging to a minority group - for example, stigma, prejudice and discrimination. Micro-aggressions have been conceptualized in recent years as a stress factor adding to the minority stress model. Micro-aggressions are more subtle forms of discrimination that manifest themselves in short, common, and everyday indignities, whether intentional or inadvertent, conveyed by verbal, behavioral or environmental expressions. Micro-aggressions transmit hostile messages of insult and humiliation to people belonging to minority groups.

It has been proven that the pressures of a minority stress model have a real impact on LGBT mental well-being. Indeed, studies show that the LGBT community seeks mental health care at a significantly higher rate than the heterosexual community. In general, it can be said that treatment strives to create a non-discriminatory and judgmental therapeutic space in order to improve the mental well-being of all patients.

The purpose of the present study was to examine whether micro-aggressions exist for LGB's being treated, and how this affects perceived benefit to treatments and the therapist-patient alliance. In addition, the mediating effect of internalized homophobia was examined, or the internalization of anti-homosexual attitudes and feelings toward the self, between the existence of micro-aggressions and perceived benefits of therapy and the therapeutic alliance.

A total of 389 men and women participated in the study. They defined themselves as gay, lesbian or bisexual (LGB) and took part in some kind of mental health treatment during their lifetime. Participants were located by distributing research questionnaires online using Facebook groups and internet websites along with a request from participants to pass the questionnaire on to their friends and acquaintances from the LGB community.

The questionnaire was written jointly for a thesis research group and included all the research questionnaires together. For the present study, the relevant questionnaires were those dealing with micro-aggression, internalized homophobia, treatment benefit and treatment alliance. After data collection, statistical analysis was performed using SPSS software.

The main research findings demonstrated that the most common micro-aggressions in the therapeutic context were negative talk associated with LGBT life, disbelief that the patient had experienced discrimination based on his sexual orientation and statements such as "you are not like all LGBT people". In addition, bisexuals have higher levels of internalized homophobia compared to gays and lesbians. According to research hypotheses, micro-aggressions in therapy were found to be negatively related to therapeutic alliance, treatment benefits, and internalized homophobia. Moreover, the association between micro-aggressions and therapeutic alliance was mediated by internalized homophobia; but contrary to the initial research hypothesis, the association between micro-aggressions and treatment benefit was not mediated by internalized homophobia.

Discussion of the research findings is understood to be the first of its kind in the field of micro-aggressions in mental health care and its relation to the LGB community. However, the confirmation of research hypotheses can be understood at the most simplistic and logical level, according to which feelings of discrimination and exclusion in therapy, even if unintentional, lead to decrease in the quality of the therapeutic alliance and perception of less benefit in treatment. In addition, it is likely that patients with a tendency to internalize micro-aggressions will experience significantly more insult, leading to greater harm to the therapeutic alliance. In conclusion, findings emphasize the importance of specialized training for LGB therapists and the significant need for examining stereotypical attitudes and our wrong assumptions as therapists. This is to prevent micro-aggressive expressions in LGB therapy, and to allow our clients professional care that promotes their mental well-being.

TEL AVIV UNIVERSITY
BOB SHAPELL SCHOOL OF SOCIAL WORK

Sexual Orientation Micro-aggression in Treatment:
The Relationship between Micro-aggression in Treatment, Internalized Homophobia,
Experienced Beneficiality in Treatment and the Therapeutic Alliance amongst Lesbians,
Gays and Bisexuals

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
the Requirements for the Degree of
Master of Social Work
at
Tel-Aviv University

By
Ligal Salomon Eliav

This Study was Supervised by
PhD Guy Shilo