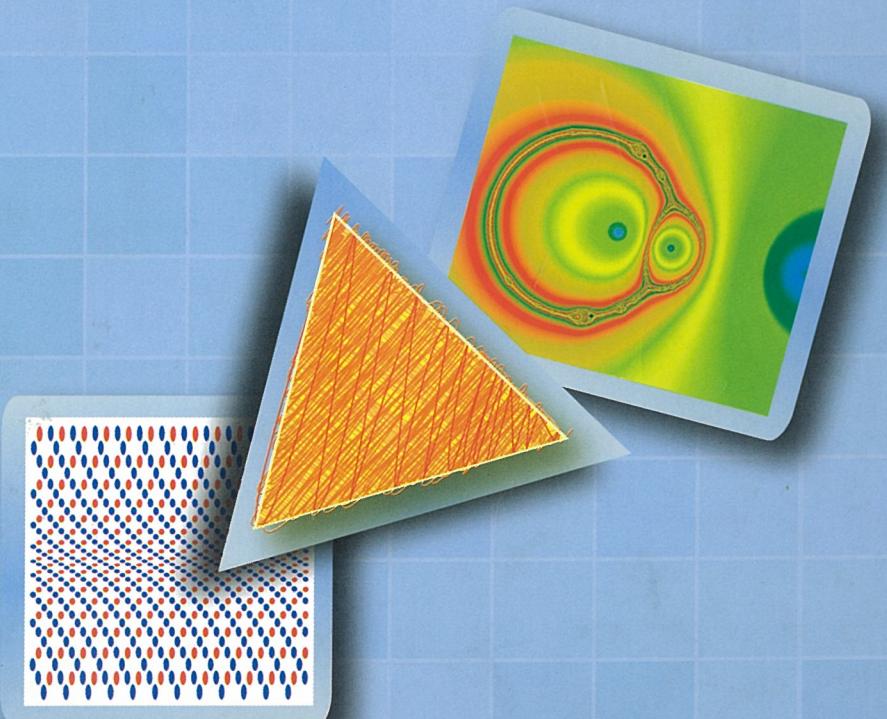




פרקים נבחרים בפסיכיאטריה

עורך: חנן מונייז

אבנור אליצור | שמואל טיאנו | חנן מונייז | מיכה נוימן



מהדורה חמישית



מונייז
אליצור
טיאנו
נוימן

פרקים נבחרים בפסיכיאטריה

מהדורה חמישית

בנחרים בפסיכיאטריה היה ספר הלימוד הראשון בפסיכיאטריה שנכתב בעברית.
ס' צאת מהדורה החמישית, הוא חוגג מעל 20 שנות קיומ.

אלו חלקו של שינויים משמעותיים בהבנות ובגישות הרוחות בפסיכיאטריה. מהדורה זו, מחד, ג' את הגישה הכלכלנית המאפיינת את המקצוע תוך תיאור היבטיו הביו-פסיכו-חברתיים, מציגה עדכון של הנ吐נים ומהוּה נסיון כנה ליצירת איזון בין המרכיבים השונים של

כולל פרקים הדנים במדעי היסוד הפסיכו-חברתיים והביולוגים, בעקרונות האבחון, המודרניות לטיפול, בעקרונות המנחים של ארגון השירות הפסיכיאטרי ובחוקים י.>.

ס' בדים תכני הספר עודכנו והורחבו בהתאם לגישות הרוחות כיום, ולמהדורה זו נוספו גם החדשניים בשינה והפרעות שינה ומטען חווות דעת.

יעוד לכל העוסקים בתחום בריאות הנפש וכן לאלה העוסקים בהיבט המשפטי ובמטען עת מומחה.

כתב על ידי ארבעה פסיכיאטרים מובילים, זוכי פרס על מפעל חיים בפסיכיאטריה.

ברים

מונייז (עורך): יווץ בראיות הנפש בשירותי בריאות כללית. לשעבר מנהל בית החולים גהה, ראש החוג טריה, יו"ר ועדת ההראה וראש בית הספר למקצועות הבריאות בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר ייטט תל אביב. חבר באגודה המלאכותית לפסיכיאטריה בבריטניה.

בן אליצור: לשעבר מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש שלותה ומנהל בית חולים אברבנהל, רח באוניברסיטת גיורג' וושינגטונ, לשעבר ראש החוג לפסיכותרפיה ולפסיכיאטריה באוניברסיטת מורה ובורחו להשתלמות בפסיכיאטריה ופסיכיאטריה משפטית באוניברסיטת תל אביב, יווץ משרד וו"ר ועדת בקרת הרפורמה בבריאות הנפש.

שמואל טיאנו: פרופ' אמריטוס לפסיכיאטריה כללית ולפסיכיאטריה של הילד והמתבגר בבית הספר ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל אביב, נשיא כבוד של האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד וסגן יגוד העולמי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, עמית כבוד של איגוד הפסיכיאטריה הבריטי, אי, הישראלי ואיגוד הפסיכיאטריה העולמי.

כה נוימן: לשעבר מנהל המרכז לבריאות הנפש שלותה, יו"ר החברה הפסיכיאטרית וראש החוג טריה בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב. מטפל בפסיכותרפיה וחבר בחברה נלית.



0 0158005
158-55479



הפרעות מיניות (Sexual Disorders)

שמעאל טיאנו

הקדמה

בפרק זהן בمعالג החיים עוסkn בהתפתחות הרגש בשלבי החיים השונים, ואילו בפרק הדן בתיאורות האישיות עסקנו בתפקיד שטמלהת האנרגיה המינית ובקוממה בשלבי ההתפתחות. שילוב שני מרכיבים אלו מביא ליחסים מין בתחום הפוריות ולאחורי כביטויי קשר רגשי. התפתחות פסicosקסואלית זו המביא להוות מינית ולתקופת הפוריות ומונתנית גם במרכיבים חברתיים, אשר על מהותם נעמוד בהמשך הפרק. מכאן, שהגדרת הזווות המיניות בנויות משלשה ממדים עיקריים: הממד הביוולוגי, הממד הפסיכולוגי ותגובה המערכת התור-נפשית לערכים משפחתיים וחברתיים.

פרק זה נחלק לשניים:

- מקום המין במחזור החיים הנורמלי.
- הפרעות מיניות.

המין ומחזור החיים

את תפיסת מקומה של האנרגיה הליבידינלית בהתפתחות אישיות האדם אנו חביבם בלי ספק ל**זיגמונד פרויד** (Sigmund Freud), מאז שלוש המסות שכותב על תאוריות הסקסואליות של הילד. המהקר בשטוח המיניות האנושית קיבל לגיטימציה חברתיות בעשרות השנים האחרונות להחוקרים כגון: **אלפרד קינסי** (Alfred Kinsey) בשנת 1948, ו**ויליאם מסטרס** (William Masters) ו**וירג'יניה ג'ונסון** (Virginia Johnson) בשנת 1966 ואחריהם. עבודותיהם הרשו חשיפה, קביעת נורמות חדשות ומציאת דרכי טיפול בהפרעות מיניות רבות, שעדי אז לא הובאו לטיפול.

הדמיוני של בנים. היות שלפני המתבגר מוצגים עד אז האהבה והמין כמקשה אחת, שכן קיימת אתיקה של נאמנות לאובייקט אהבה אחד בלבד, "מתהבים", או מ戴ינים שאוהבים כדי להגיע ליחס מיון, שהם פורקן יצרים מיניגים גרידא. שכמיות מודעות, ואפשר לדבר על קר עם המתבגר – ניחא, אך כאשר הדבר כך, עלול קשר כזה לשמש בסיס רועע לחזה נישואין. הברירה המוטסכלת השנייה הקיימת היא מה שפറוי קורא לו "הקומפלקס מדונה – זונה", ככלומר הפרדה גמורה בין מיניות לאהבה, כשהמיניות מנוטקת מכל קשר רגשי חיבוי. המתבגר בוחר לו מלכתחילה אובייקט מיון שהוא אדיש אליו מבחינה רגשית, ואפילו בו לו, וכשהוא מגיע לקשר רגשי עם נערה, אין הוא מסוגל להגעה עמה לקשר גופני. לא נערך ניתוח עמוק של סוגיה זו, אך נזכיר שאחת הסיבות למכב זה היא דחיתתו של המתבגר בשנית בעקבות תנועות אהבות מtooן רגש, או פחד מהסתבכותם בקשר רגשי לאחר טראומות מסוימות כאלה בעבר.

כולתו של המתבגר אפשר בין הדחפים לאיסורים המופנים תלויו ביכולתו להגעה לאינטימיות, לרקבה וללבביות. חיפוש הזאות המינית על-ידי המתבגר חשוב לא רק להגדירה העצמית שלו ולסייע לתהליכי הייחודיות בתפתחותו, אלא גם כדי שייכל להגיע לנקודת הזינוק הביווולוגית, הפסיכולוגית והחברתית, שחשיבותה רבה ביותר לעתיד תפקודו המיני. מכאן חשיבות הדגש בחינוך המיני הנitant בגיל זה, המשלב אהבה, חיבה, רגש ומין.

יחס מין לפני הנישואין

במשך תקופה ארוכה הייתה התיחסות מעטה ביותר לנושא זה, וזאת מסיבות דתיות וחברתיות ומוחסר ממצאים מחקרים בנושא. אם בשנת 1928 פורסם ש- 34% מהגברים בוגרי תיכון 1-35% מהנשים קיימו יחסי מין לפני הנישואין, בעבודותיהם של אלפרד קינסי (Alfred Kinsey), אלפרד מטרס (Alfred Masters) והאבלוק אליס (Havelock Ellis) ב-1973, מדובר על כר שיטור מ- 80% מכלל האוכלוסייה מקימיים יחסי מין לפני הנישואין. גם כולם נושא זה הוא נושא שני בחלוקת בין רופאים במקצועות שונים. אך מדיווח רופאי המשפה אנו למדים, שמחצית מן הביעות המיניות המבואות ליעוץ של רופאי המשפה דעתו בנושא יחסי מין לפני הנישואין או מוחזקה להם.

אצל הגברים מוצאים תשובות שונות לחוויה זו. אצל אחים קיימת אכבה מהפגש הראשון עם חי המין, ואילו אחרים מгиיבים לעיתים לאקטו המיני הראשון באופןת מהחרdotות שתיארנו את מקורה לעיל. במקרים אלה חשוב לחתה ייעץ מהיר כדי להפחית את החרדת, שאם לא כן היא תעלה בכל מפגש חזר ותקבע את התסמן. אצל נשיםanno מוצאים לעיתים קרובות חרדה מהפגש הראשון עם ציפיה להיווטו טראומטי. רק מאוחר יותר מתברר, עד כמה העובדה שהמפגש המיני הראשון הוא טראומטי תלויה ברקע הרגשי, ולא הגוף.

מין בנישואין

ברור שגם במקרה זה, כמו בנשים הקודמים, אין אפשרות לבחוץ הכללות, שכן לכל זו יש קשר והיסטוריה מינית משלה. מהאמור לעיל אנו למדים, כיليل הכללות יש משמעותות

הזהדות המינית

זהירות המינית היא אחד המרכיבים החשובים בקביעת הזהות העצמית. הזהות העצמית תהיה גורם חשוב בקביעת העתיד של איכות חי הרגש והמין של הפרט. מרגע שהילד מזהה עצמו כזכר או נקבה, הוא מתחילה מבחן רפואי לפי הדרישות והציפיות של חברתו ותרבותו. החורגים מהתנהוגות זו הם נלעגים ושולדים. הדבר אמר בערך לבוגר לבנים, ופחות לבנות, ככלומר החברה סובלבנית יותר בוגר לבוגר להתנהוגות "גברית" של בנות מאשר להתנהוגות "נשית" של בנים. מכאן חשיבותו איתורם של אותם בנים על-ידי החיצנת התנהוגות הנשית בגיל צעיר, כדי שהיא אפשר לטפל בהם בשלב מוקדם.

זהירות המינית נתפסת על-ידי הילד בגיל שנתיים וחצי עד שלוש, ובഗדרותיה מתערבים הביווולוגית והמשמעות הפסיכו-חברתיתם. מרכיבים אלו הוגדרו על-ידי ג'ון מוני (John Money) ואנקה אורתרד (Anke Ehrhardt) ב-1972 ועל-ידי רוברט סטולר (Robert Stoller) ב-1976. הם תיארו את התפתחות הזהות המינית החל מן התפתחות העברית, שבה העובר מותפתח לנקבה, אלא אם כן מתערב כרומוזום 17-Y הזכרי, ועד לגורמים הסביבתיים המופיעים לאחר הלידה ומתפתחים את זהותו של הילד. אחד הגורמים הסביבתיים האלה הוא, למשל, הקשר אם-ילד (Bonding) שתואר על-ידי בירוה קלואס (Beire Klaus) ורנה קNEL (Kennell). קשר גופני זה, המתחיל מיד לאחר הלידה בקשר עין-עין בזמן ההנקה, מותפתח של הארי הרלו (Harry Harlow) על קופים, ידוע לנו מה הנזק הנגרם מעודך קשר גופני זה בגיןה של הומוסקסואלים רבים. בשנת החים הראשונה משתתפים ההורם בעיצוב מינו של הילד על-ידי התנהוגותם כלפיו ועל-ידי פרטיה הלבוש שהם מלבושים אותו, אם פרטיל לבוש שמוסכם עליהם של ילד ואם פרטיל לבוש שמוסכם עליהם של ילדה.

בדרוגה מופיעה התפרדות-יחודיות (Separation-Individuation). הבן יתחל להזדהות בהדרגה עם אביו, והבת – עם אמה. ריחוק בקשר אם-בת, למשל במצוות דיכאון של האם לאחר הלידה, יכולם להשפיע על המשך התפתחות הפסיכו-סקסואלית של הבת. לשילוב הזהות המינית עם המין הביווולוגי המולד יש חשיבות עקרונית לחיה מין בריאות בגיל התבגרות.

מכאן ואילך תלויה התפתחות הזהות המינית באויראה הקימית בבית בתחום זה, אם מערכת היחסים של ההווים אהבת, אהדה, מוחבבת ובאה לידי ביטוי במגע גופני, או שරרת גישה סטראילת, קרה, מבושת ובלתי; אם יש דיבור חופשי על נושאים, כגון מין, יחסי מין ומגעים מיניים, או שלשול איסור על שימוש במילים "גסות", איסור לדון בנושאים אלה, והם נחשבים בגדר טאבו. בדרוגה הילד מפתח את חי המין שלו באופן עצמאי.

תחילהgil ההתבגרות מօפייניות במקומות החשובים שהגונן תופס אצל המתבגר. תdimiyת הגונן על כל מרכיביה והופכת לחשובה ביותר בגיל זה. הגונן משתנה לפי גירוי אנדרוגני או אסטטוגני. התפתחויות מוקדמות או מאוחרות בגיל זה יכולות להוות בעיה, וחשובה כאן עירנותם של ההווים ועורותם בהסבירותם. כמו כן, האוננות תופסת מקום חשוב בסיפוק דחפים מיניים. אוננות או אצל נשים ובנות מלאה בדמיונות. היו שמתבגרים אלו לא רכשו עדין את המעדן החברתי שנitin לזכות בעורתו בתשומת הלב של בני המין השני, הדמיון ממלא תפקיד חשוב בהצבת דמיות נחשות כאובייקט מין. לעיתים מופיע האונס כתוכן אצל בנות, ווננות – בתוכן

1. שלב הגירוי – מזובר בגירוי פסיכולוגי על-ידי אובייקט נאה, מציאות או דמיוני, או בגין גופני על-ידי נשיקה או מגע גופני. שלב זה מלוחה בזקפה אצל הגבר, רטיבות אצל האישה וזקיפה של הפטמות אצל שני המינים. שלב זה יכול להימשך בין מספר דקות למספר שעות.
2. שלב הרמה הקבואה (Plateau) – ככל שהגירוי נמשך, ישנה התנפחות האשכים אצל כ-50% מהגברים וזקיפת הדגדון והtanפחות השדים אצל 25% מהנשים. הפין והיפות מתמלאים דם ומשנים בהדרגה את צבעם. שלב זה אורך ממוצע שניות עד מספר דקות.
3. שלב הארגזומה – אצל הגבר מדובר בשיפיכת צרע, על-ידי 4-5 התכווצויות של הערכונית (הפרוסטטה) וצינור הזורע; אצל האישה מדובר ב-3 עד 12 התכווצויות של הפוטן והתקכוויות של הרחם. הפוטנציאל האורגסטי גבויה ביותר אצל גברים בסביבת גיל 18 (עד שבע פעמים ב-24 שעות) ואצל נשים בסביבת גיל 35. שכיחות יחסית-המין אצל הגבר היא לרוב פעם ב-24 שעות.
4. שלב הפוגת המתחה – ירידת המתח מתבטאת באיברי המין ובהגעת הגוף למנוחה. אם הייתה ארגזומה, שלב זה הוא מהיר. אם לא, הפוגת המתחה עלולה להופיע רק לאחר כSSH שעות. אחרי שלב רביעי זה קיימת הפוגה אצל הגבר, הנעה בין 20 דקות למספר שעות, עד לגירוי הבא. זמן הפוגה זה אינו קבוע אצל האישה, והיא יכולה להגע למספר רב של ארגזומות ברצף. לאחר שסקרנו את התפקוד המיני הנורמלי, נתאר את ההפרעות בתפקוד המיני.

הפרעות בתפקוד המיני

- הפרעות אלו מתחולקות לשבע קבוצות:
1. עצבה ברצון למין; 2. עצבה בגין מיני; 3. עצבה בארגזומה נשית; 4. עצבה בארגזומה גברית; 5. שפיכה מוקדמת; 6. חרידה מכאייבת תפקודית; 7. וגינזמוס תפקודי.
- כל הפרעות האלו בתפקוד המיני יש תכונות מסוימות. ראשית, הן יכולות להופיע בפתאומיות לאחר תקופת תפקוד מיני רגיל. שנית, הן יכולות להיות חקליות בלבד. התסמים המביאים את הפסיכום לטיפול בהפרעות אלו הם תסמים של חרודה המתעוררת בעקבות ההפרעה בתפקוד המיני. מדובר בתלונות גופניות או בהפרעות בתנהגות. תפkid של הרופא הוא לבדוק באיזו מידת תסמים אלו הם ביטוי של חרדה, חוסר סיפוק, תסכול או דיכאון, הנובעים מליקוי בתפקוד המיני. עם זאת, יש לזכור שלעתים ההפרעה בתפקוד המיני יכולה להופיע בנסיבות בן זוג מסוים בלבד.

שכיחות ההפרעה – אינה ידועה. ב-1978 דיווח צ'רלס פרנק (Charles Frank) כי בקרב 100 זוגות שבדק, הוא נמצא אצל 40% מהגברים ואצל 63% מהנשים הפרעות בארגזומה.

אבחן – אבחנה של ההפרעה בתפקוד מיני אפשר רק לאחר קבלת אמנה מדויקת, בדיקת גופנית שתשלול סיבות אורגניות להפרעה, ותאיור מדויק של היחסים והmagnum שnochto בהם בקיום ההפרעה. כמו כן, יש להבaya בחישובן את השינויים החלים עם הגיל.

רבות, מעבר למקומות שהמין תופס בו. מקומו של המין בחו"ל לעומת בשלבים הראשונים לנישואין שונה ממקומו בהמשך. יש לו מקום שונה בסולם העדיפויות המשותף של חי"ז בתחילת חי' המשפחתי, כשהחוויות המשותפות עדין מעטות, מאשר בהמשך, עם ה策טרופות הילדים למשפחה ועם המקום הרגשי שלהם וטופים. ללא הכללות אפשר לומר, שההנהה מחייב בין בני הזוג (והנהה נתפסת כאן כמיד סובייקטיבי) מהוועה לאורך כל חי' הנישואין מدد חשוב להבנה וגישה ולהתאמאה משפחתיות. מחקרים רבים תיארו את ההבדלים בין גברים ונשים באקט המיני. נציין כאן רק את העובדה, שהחקרים אלה הראו עד כמה דמיונים של הגברים בנושא המיני הכתיב בעבר מסקנות לא בדוקות ולא מדויקות לגבי המציאות בפועל ולגביה הרagation של בני הזוג בחיה המין. בהדרגה תופסים נושאים מסוימים רבים יותר יouter בחיה הזוג והמשפחה, ובכך רול נתוניהם הגופניים-התפתחותיים נציגות יודית מסוימת בשכיחות יחסית-המין עד כפュמיים בשבועו בטבילה גיל 40.

גיל ומין

אין אפשרויות, כמובן, לבצע כאן הכללות. אפשר רק לדבר על נטיות שונות במשפחה בנוגע המין. יש זוגות, שהמין חוזר לתפוס אצל מוקם חשוב, דווקא לאחר שהילדים עזבו את הבית. אחרים דוחקים את נושא המין והרגש, וחיבה ופעילות משותפת תופסת את מקום המין. שנינוים אלו אינם תלולים לקיים יחס מיין, אלא באישיותם של בני הזוג ובקשר ביניהם. נשים וגברים יכולים לקיים יחס מיין עד אחר גיל 70, וב[Unit] זקופה או יכולת לקלוט את הגבר הן בעיה פסיכולוגית זמנית בלבד. 25% מהזוגות בגיל 80 מקיימים יחס מיין סדירים, ומתברר שהמין תפס גם בעבר הלך בסוגנון החיים המשותפים שלהם. באופן כללי אפשר לומר, שהగורם החשוב לעתיד הפעולות המינית של הפרט הוא בוגרת חיים מיין פעיל ומוגנה מגיל עיר. יומם אלו יודעים, שגים כשבוגרת זהות מינית טוביה ופעילות מינית מובנית, אירועי חיים שונים יכולים לשנות נתונים אלו ואת התגובה למין בכלל. אירועים כגון: דיכאון, קונפליקטים בין בני הזוג, בעיות כלכליות, חרידה או מחלת קרוב משפחה עלולים לשנות זמינות את היחס למין, וכדי לבדוק אצל חולמים הפסיכום בעקבות במישור המיני או בסומטיציה של בעיה מסווג האתורונה.

את ההפרעות המיניות יש לחלק לשתי קבוצות:

- א. הפרעות בתפקוד המיני.
- ב. סטיות מיניות והפרעות בזהות מינית.

הפרעות בתפקוד המיני

הקדמה

הפרעה בתפקוד המיני היא הפרעה ביכולת לקיים יחס מיין נורמליים. בעקבות מחקרים של מסטרס וג'נסון תוארו ארבעה שלבים ביחס מיין נורמליים, שאווים נציג כאן בкратה:

עכבה באורגזמה גברית

מדובר בגברים שיש אצלם אייחור בשיפיכה או חוסר שיפיכה ולעתים קרובות – שילוב של השניים, זאת לאחר שלב הגירוי הוא תקין. אף שSHIPICA מאוחרת נדירה יותר מאשר שיפיכה מוקדמת, דיווחו מסטרוס ויג'נסון בשנת 1970 על 38% מהגברים שסבלו מהפרעה זו. הפרעה זו יכולה להופיע בעקבות טראומה מינית מוקדמת, על רקע דמי המעורר רגשות אשמה וחדרה בנוגע למין, כתוצאה מפחד מהירין של בת הזוג או פחדים אחרים לא מודעים. גם תשלוכלים בחני הזוג עלולים להוביל להופעת שיפיכה מאוחרת אצל הגבר. בגיןוד לאישה, שאצלה קשורה עכבה זו יותר לחני הרגש הפנימיים, קשורה הפרעה זו אצל הגבר למערכות היחסים הבין-אישית שלו עם בת הזוג.

יש לציין, שהפרעה זו יכולה להופיע גם כתופעת לוואי לתופעות מסוימות, כגון טיאורידזין (מלריל).

SHIPICA מוקדמת

מדובר בשיפיכה המופיעת אצל הגבר לפני פגיעה שהוא רוצה בה. במקרים אלה אין לגבר שליטה בזמן קיום יחסי המין על השיפיכה והאורגזמה. 85% מהמקרים הסיבת היא פסיכולוגית: חווית משagle ראשון בתנאי דחק, חוסר סיפוק מabit הזوج או בעית עם הילדים בחויה המשפה. הפרעה זו מבטאת לעיתים את הקושי הרגשי הקיים בין הזוג והיא תסמין בלבדנן. לעיתים היא מבטאת קושי בגירוי בת הזוג, שאינה יכולה להיות אלא מגירוי חיזוני בלבד. מכאן חשיבות לחקירה אנטומנה מדויקת ובדיקת מהלך מערכת היחסים במקרים אלו. היה שפעמים רבות נובעת הפרעה זו מהחרדה המתעוררת בעקבות הסיבות שתיארנו לעיל, שואן הזוג, כדי שלא לחות כישלון בחיי המין, להתגבר על חרדה זו על-ידי הרגעתה באמצעות שיטות שונות לפני המפגש. אחד האמצעים העממיים המקבילים הוא אלכוהול, יכול לעיתים להפוך מגורם מריגע לגורם ממכר.

חדרה מכאייבת תפוקודית (Vaginismus)

מוגדרת ככאב גניטלי המתלווה לאקט המיני אצל הגבר או האישה. 10% מהנשים המבקרות אצל רופא נשים מתלוננות על הפרעה זו. הפרעה זו בתפקוד המיני מלאה באחו גבוה של הפרעות גופניות. אצל 30% עד 40% מהנשים שנבדקו עקב חרדה מכאייבת ננתה פתולוגיה באוזן אגן הירכיים, ואילו אצל הגברים, אחותו המיצאים הגוף גבוה עוד יותר. גם כאן יש לציין שמנן טיאורידזין עלול לגרום להופעת הפרעה זו.

ויג'יניזמוס תפוקודי

מוגדר בהתכווצות לא רצונית חרורת ונשנית של שריר הפוט, המפריע לקיום האקט המיני. מסטרוס ויג'נסון מדווחים על קר שטמוני וחייבים אוחזים מהנשים סובלות מהפרעה זו. הסיבות שתוארו היו זהות לאלו שנצפו ביתר ההפרעות.

עכבה ברצון למין

этםין זה יכול להופיע כשלעצמם, או לצורך להפרעה נוספת בתפקוד המיני. יש לבדוק מה ידוע לפחות במקרה כלול ולחשי מין בפרט. אבחנה זו נקבעת רק כשהיא מעוררת מצוקה نفسית אצל הפרט או אצל בן הזוג. הסיבה להפרעה זו היא לעיתים קרובות ליקוי בחינוך המיני, הפרעות בקשר הרגשי הבין-אישי או הפרעה ביחסים של זוג נשוי לאחר מספר שנים נישואין. במחקר שתוואר לעיל מצא פרנק, שני אחוזים מהזוגות שחקר לא הודיעו מעולם וש-80% דיווחו על הزادוגיות בשיכחות של פחות מפעם בחודש.

עכבה בגיןורי המיני

מדובר בתופעה החזרת ונשנית בעת התפקוד המיני באופן חלק או מלא, שבה בזמן הגירוי אין הגבר מצליח להגיע לזקפה, או האישה – לדטיבות. אין מדובר, כמובן, בהפרעות הנובעות מחולות גופניות, ממלחמות נשף או מטופעות לוואי לתופעות, אלא בהפרעות ממוקור פסיכולוגי מובהק. את האבחנה המבדלת בין שתי קבוצות אלו אנו עושים בעזרת מבחן רע"מ (REM), שבו נקבע, כמובן, אצל חברי הקבוצה השנייה תגובה מינית רגילה.

פרנק מדווח, כי 33% מהנשים שחקר התקשו לשמר על רצף הגירוי המיני, לעומת 7% מהגברים היה קושי להגיע לזקפה, ול-9% היה קושי לקיים את הזקפה במשך כל האקט המיני. ח הסבר לתופעה זו, שנקרה בעבר פריג'ידיות אצל האישה ואי-מופוטנציה אצל הגבר, הועל גורמים רבים, רובם כרוכים בסיבות תוך-נפשיות של עצבות להתפתחות, אך יש ככל הרכבים בליקוי במערכת הרגשת הבין-אישית, בחוסר ידע או במוגבלות דת ותרבות.

עכבה באורגזמה נשית

מדובר בנשים שקיים אצלן קושי, אייחור או חוסר יכולת הגיעו לשלב האורגזמה בהزادוגות או ללא הزادוגות עם בן זוג. כמו בשאר ההפרעות בתפקוד המיני, אין מדובר כאן במקרים שהעכבה היא תסמין בתسمות נפשית רוחבה יותר. בגיןוד לתפיסה הקלסית בהגדרת הפרעה זו, קיימות עדויות רבות יותר, שבמקרים רבים האפשרות להגיע לאורגזמה על-ידי גירוי חיזוני בלבד נתפסת על-ידי החיבור והאגוף המטפלים כפעילות נורמלית, ולא בהפרעה הכלולה בפרק זה.

הביטויים הגופניים, המבאים לעיתים קרובות להתייעצויות מוקדמות, הם עייפות, כאבים באוזן האגן, כאבי בטן וככאבי ראש.

מאפייני אישיות שתוארו הם חוסר שיווי-משקל בין קבלה של בן הזוג לשיליטה בו, וכן בעיות של עיןנות, פחד או רגשי אשמה יתרים. הפרעה זו נמצאת לעיתים קרובות כתוצאה של ציפיות לא מציאותיות או הגדלה תרבותית מעווותת.

הפרעות במיניות ובזהות המינית

התפתחות הזיהות המינית

המנוח זיהות מינית כולל למשמעות זאת המין, כלומר, את חלוקת המין האנושי לשני מינים – זכר ונקבה, ואת המיניות כיחס שבן בין המינים.

זהות המין כוללת את המין הביולוגי ואת המין הפסיכולוגי. בפרק זה נכלול בmeno זה גם את המין החברתי, כלומר, כיצד החברה מגדרה אותה זכר או נקבה לפי המין שהוגדרתי לפיו ולפי התפקיד המיני שאמלה בחברה.

ריצ'רד גראן (Richard Green) מחלק את הזיהות המינית לשלושה מרכיבים:

1. הגראן המורפולוגי של הזיהות – להיות זכר או נקבה.
2. התפקיד המיני – הסימנים שנקבעו על-ידי התרבות להפרדה בין זכר לנקבה.
3. הכוונות (Orientation) המינית – בחירת האובייקט.

זהות המינית מתפתחת מולדידה, ולפי אסכולות שונות, לתקופות התפתחות מסוימות יש תפקיד חשוב יותר בקביעתה. מימד חשוב שהטועס למקיר בנוша זה הוא מידת ההסתגלות הישרה באבני בוון השוואתיות ובוניות סולניות הערכה לכל גיל, היכולים להתריע מגיל צעיר על הפרעה בהתפתחות.

קיים ידוע, שמוגע ליתדו התינוק נטאף, נחווה, מORGASH ומקבל יחס לפי תפיסת הסובבים אותו כבן או בת, ייחס המבוסס על שירותם של סטוריואוטיפים תרבותיים ודמיון אישי. תפיסתו העצמית של הילד לגבי השתיכותו למינו איננה רק תוצאה של הטבעה פסיבית מההורכים הרגשיים, ההתנהגותיים והAMILIARים של ההורים וסביבתו, אלא גם תגובהו של הילד לערכיהם אלו, היוצרים את המבנה הפרטני שלו. תגובהו הפנימית, הקוגניטיבית-רגשית, תכתייב את התנהגותו החיצונית ואת תגובתו לגירויים בסביבה.

בתפיסה הפסיכואנאליטית מדובר בהתחלה התפתחות הזיהות המינית בין גיל 10 ל-24 חודשים, גיל גילוי ההבדל האנטומי בין המינים. ממצאיםיהם של ג'אן רוייפ (Jean Roiphe) וחודינור גלנסון (Elinor Galenson) אישרו הנחה זו בהסיפה, שהתפתחות זו נעשית על ידי הזדחותו של הילד עם ההורה בן אותו המין. מעניין לציין בנוشا זה, שמחקרים שנעשו על ילדים דום-מינאים לכארה (Pseudo Hemaphrodisim) הראו, שבילדים שקיימים ניגוד בין מינו הביוLOGI של הילד ובין המין שלפיו הוגדר והוא, אם נתפס וחונק ביציבות, בבהירות ובעקיבות חד-משמעיים לפי מין מסוים, הוא יתנגד ויינה את זיהותו המינית לפי מין זה, גם אם הוא מנוגד למינו הביוLOGI.

כיצד, אם כן, מתפתחת ומתקבעת הזיהות המינית? נועה בניסוחה של מוני: "המשתנה המשחק תפקיד ביצירת התפקיד והכוונות המיניות של הפרט אליו תורשתי או סביבתי, אלא פונחו העצמי, המשמעות האישית שייתן הילד לריבוי המסרים שיקבל, בהם אחדים יכולים להיות כטורשתתיים או מבניים, ואחרים – כסבירתיים".

המודל הקוגניטיבי להתפתחות הזיהות המינית, כפי שניסח אותו לורנס קולברג (Lawrence Kohlberg), מ Nieח את התהליכי התפתחות הזיהות המינית בגיל שלוש, ומגיע לקביעות הזיהות המינית סביב גיל חמץ-שש.

טיפול

כל עוד נتفسו הפרעות בתפקיד המיני שתיארנו כנובעות מבעיות תוך-נפשיות בלבד, והטיפול האנליטית הייתה היחידה שהתיחסה להפרעת אלו, הסבירה אותו וניתה את משמעותן, היה הטיפול הפסיכיאטרי או האנליטי הטיפול הבלעדי שהומלץ. מאז התפתחות התפיסה ההתנהגותית והטיפול הנבע מטיפול מפנה בתפיסת הטיפול בהפרעת אלו. הראשונים שמשיכדו טיפול חדשנות אלו היו מטראס וג'ונסון. מאז פותחו שיטות אלו עוד יותר, ואך נפתחו מכונים מיוחדים שה坦חו בטיפולים ייחודיים אלו.

לאחר שנקבעה אבחנה מדוקת, ואובחנו סוג הפרעה ותנאי הופעתה, יש מספר אפשרויות לטיפול:

היפנתרופיה – שיטת טיפול המתמקדת בהחדר התסמן ובחיפוי, בעזרת המטפל, אחר דרכי הבהה אחרים לחדרה.

טיפול התנהגותי – התסמן נتفس כאן כביטוי של פחד, והטיפול מתבצע בהתאם (ראה הפרק הדן בטיפולים פסיכותרפיים). לעיתים מצרפים את בן הזוג לטיפול ונערך טיפול התנהגותי בזוג. **פסיכותרפיה פרטנית** – מדובר בטיפול פסיכותרפי התופס את הסימפטומים כביטוי לבעה רגשית רחבה יותר ושואף לטפל בהפרעה הרגשית, אשר היעלה מהתבאה, ממשיל, להיעלמות התסמן.

טיפול קבוצתי – טיפול זה ניתן לקבוצות פונים הסובלים מאותה הפרעה או מהפרעה דומה. קיימת גם שיטת טיפול קבוצתי, המטפלת בקבוצות של זוגות, ולא בפרטים בלבד.

טיפול מיני זוגי – זהו מבנה טיפול שמוסד על-ידי מטראס וג'ונסון. הפעלה נתפסת ביסודה כשייכת לבני הזוג, אך מזומנים שני בני הזוג לעבור את הטיפול יחד. הטיפול הוא קוצר-מועד ובשיטה התנהגותית. לוגו ניתנים הנחיות ותרגילים בשלבים, המיעדים להבאים להכרת כל אחד משלבי האקט המיני שתיארנו, לקידום הידע והמודעות שלהם ולכך שיגיעו לביצוע שלבים אלה ללא פחד, חרדה או רגשות אשמה.

הטיפול יכול להיות טיפול אישי או טיפול בין-אישי, והוא נחלק לשלושה שלבים:

1. שלב האבחנה.
2. שלב הלמידה הכלכלית והאישית, כלומר, תיקון טעויות קוגניטיביות.

3. תרגול אישי ובין-אישי והבנת החלק הרגשי הנלווה.

אחוזי ההצלחה בטיפולים אלו הוא גבוה, ונו בין 60% במקרים של עכבות ל-98% במקרים של שפיכה מוקדמת.

כל סוג הטיפול שתיארנו מייעדים בעיקר למקרים שבהם ההפרעה בתפקיד המיני אינה חלק מפסיכיאטרית עמוקה ורחבה יותר. במקרים האחוריים יבוצע טיפול משולב, כשהdagש הוא, קודם כל, טיפול במחלות הנפש עצמה ורך מאוחר יותר – בהפרעה בתפקיד המיני.

בעל רמת ארגון גבוהה יותר מאשר אצל אדם עם העדפה מינית שונה מהמקובל) מגן מפני הסטיות. מאוחר יותר התגשאה אצל הניאו-פרוידיאנים תפיסה חדשנית יותר, אשר ראתה בסטיות הגנה מפני הפסיכוזה כהפרעה פורה-גנטילית, ולא אידיפילית. ביום הדיעה השלטת בתנומת האנאליזה והפסיכופתולוגיה של הסטיות רואה את אישיותם של הסובלים מהפרעה זו כאישיות גבולית, לפי הגדרתו של אוטו קרנברג (Otto Kernberg), ומכאן גם הבנתנו את התפתחות הסובל מהפרעה זו, כפי שתיארנו לעיל. לפי תפיסה זו, הסטייה מושתתת על ליקוי בהתקפות שלב ההתר嫖ות-индивידואיות (Separation-Individuation), לדברי מרגרט מהלר (Margaret Mahler). בגיל שבו הילד מתחלף להיפרד מהאם בvikosh עצמאותו וחזרה אליה מדי פעמיים כדי לדודא שהיא קיימת ונוכחת, אף שהוא נפרד ממנה למספר דקות או שעות, חשובה מאוד מערכת היחסים בין האם לבין, אם פרידה זו מהאם תיחוויה כהזנחה או תיתקל בתקופנות מצד האם, והאב לא יימצא בסביבתו של הילד, או שהוא יימצא בתפקיד חסר חשיבות כל בנוגע לו, ישאר הילד עבד לציריו הפנימיים. במקרים שיצרים אלו, יצרי ליבידו ותוקפנותו, יגיעו לשינויו-משקל פנימי ולאינטגרציה בנוגע לאובייקט החיצוני, במקרים שיקבלו משוב תומר, שייעור להם להגיע ליחסו אובייקט אחרים בשליטת "אני עליון" יציב, ישאר פיצול יצרי פנימי בין יצר הליבידו לבין התוקפנותו, ודמיות ההזדהות שהופנו ישארו ברמה פרימיטיבית. מושם שבഗיל זה מתרחשות ההפנה של ההבדל בין המינים והתפיסה של ההבדל הביוולוגי הקיים ביניהם, ברור שההפרעה בשלב זה תביא גם לתדמית גוף מעוותת, להגדרת עצםת של חלה, ולהמשר שימוש בחפצים בטביה כמייצגים ורגשיהם של המין השני. הויאל והגדרת זהות מינית היא שלב הכרחי בהתפתחות הגדרת אמירות ואברות, אפשר להבין מכאן, כפי שתיארה זאת ג'ודית קסטנברג (Judith Kastenberg) בשנת 1971, את הליקוי ביצירת חיות זוג ואת חוסר היכולת להציגו לשלב הגשמת חיות המין בשירות הרבייה והמשמעות הדור.

ambilhanha kognitivit, kiim bikel bin minim azzal sobel mafraha zo, ala sheho shol alat meshumot, avin hem meshamim ubavoro seiba au taniy le'sipok minni. M'daber baishiyot gibolit, kifi shatayar kernberg b'shat 1975, asher ba umod ha'sipok minni biludit la'rashot ha'natzim.

התמונה הקלינית

אפשר לחלק את הסובלים מהפרעה בבחירה המינית לשתי קבוצות עיקריות:

בחירה שבנה בין הזוג הוא אכן מהמין השני, אך הפרט זוקק לתנאים חיצוניים מסוימים כדי הגיעו לאורגמה. בקבוצה זו אנו מוצאים את הפסיכיות המיניות הבאות: סדיום, מזוכים, פטישיזם, טרנסוסתזים פטישיסטי, הצעה-חשיפה, גileyuriות ועוד.

בחירה שבה הסיפוק מושג על-ידי יחסים עם אובייקט מיני אחר שאינו בן הזוג מהמין השני. בקבוצה זו כוללים הפלופיליה, הזואופיליה, הגרונוטופיליה והנקרופיליה.

היות שתומנות או דמיונות פרורטיים הם מנת תלוקם של אנשים רבים, ללא שקיימות פתולוגיה מובהקת, חשוב לציין שבפרק זה אנו דנים בהפרעות אך ורק במקרים שבהם מגנון

כיום מתפתח המודל החשבתי-רגשי (Cognitive-Affective), המדגיש את שהילד מרגיש לפיה מה שנעשה ונאמר לו. גרעין זההות המינית לא יתפתח משיקוף תחרשות או דמיון הורי, אלא מהפירוש שיתן הילד למסרים שהוא מקבל מהסבירה ולהזדהויות שנוצרו. הקשר בין זהות מינית לכיווניות בבחירה האובייקט הוא קשר מורכב, ועובדות מחקר רבות מנסותقيم לנתח את התפתחותה.

את ההפרעות נחלק כפי שהן מופיעות ב-IV-DSM לשוש קבוצות עיקריות:

1. הפרעות בבחירה המינית (Paraphilic disorder).
2. הפרעות בזהות מינית (Gender identity disorder).
3. בעיות פסיכולוגיות והתנהגויות משלבות המשפיעות על התפתחות וכיווניות המיניות.

הפרעות בבחירה המינית (Paraphilic disorder)

קבוצת הפרעות זו עברה שינויים בהגדرتה ב-20 השנים האחרונות. התיחסותנו בפרק זה להפרעות אלו היא התייחסות קלינית בלבד, תוך ראיית מקום של הפסיכיות בבחירה האובייקט בפסיכופתולוגיה. יש להפריד בבירור בין העמדת הקלינית-הרופאית ובין העמדת החברותית והחוקית. פעמים רבות נוצר עירוב ערכיהם בין שלושה מישורים אלו, ומשום כך חשוב להגדיר סטיה מנורמה במערכת הקלינית, גם אם המערכת החקורית והחברתית לא תקבל סטיה זו כחומרה. אחת הבעיות למעורבות חברותית בסיווג ובביקורת קליני בפסיכיאטריה היא מקומן של הפסיכיות בסיווג האמריקאי, ולאחר מכן האירופי.

בסיוג שפורסם בשנת 1952 (DSM-I) מופיעות הפרעות אלו בקבוצת המחלות הקרויות "הפרעות סוציאופטיות באישיות", כלומר, אנשים שאינם יכולים להתאים את עצמם לחברת ולחוקה. בסיווג השני שפורסם ב-1968 (DSM-II) מופיעות הפסיכיות המיניות, ובכלל זה ההומוסקסואליות, בין הפסיכיות והאלכוהוליזם, תחת הכותרת "הפרעות באישיות והפרעות נפשיות אחרות לא פסיקטיביות". בסיווג השלישי שפורסם בשנת 1980 (DSM-III) מופיעות הפסיכיות המיניות תחת הכותרת "הפרעות פסיקוסקסואליות". הן כוללות את ההגדרת המינית ובזהות המינית ואת ההפרעות בתפקוד מיני. מקומה של ההומוסקסואליות נפקד מרשימה הפסיכיות אלו. שנייה זה נבע מלחץ פוליטי שהפעילו קבוצות ההומוסקסואלים בארצות-הברית על הממסד לשינוי החוק, ובעקבותיו על החברה הפסיכיאטרית האמריקאית להשמיט את ההומוסקסואליות מרשימה המחלות, בטענה שהזאת הטענה מושג הפוטולוגי- רפואי תעניק לה תוקף של נורמה.

הסביר להתקפותו של מצב זה מtabbed ביעקו על התיאוריות האנגליטיות. מגנון ההגנה של "האני", שתואר כசיכון ביותר בהפרעות אלו, הוא מגנון השיללה. הסובייקט בחר במודע במאה שחברה כינהה "לא טוב", כלומר, הוא מחייב את היפוכם של ערכים ומוסר. על-ידי הסטייה, הפרט שלו: 1. את הקשר בין אמו לאביו; 2. את חוק המשיכויות בשושלת המשפחה על-ידי שלילת הרבייה; 3. את חוק המשיכת המינית בין המינים. התאוריה הפרוידיאנית רأتה את הפסיכיות המיניות כהגנה בפני הנוריות, או ליתר דיוק, התסמן הנורוטי (המושג באישיות

לממחטה זו סמליות של ייצוג וקשר, הסיטה מעניק לחפש תכונות מאgioות של תחליף לאדם אהוב ומורחך. הוא מתקשר לחפש דומים, והחפש יהיה לתחיל לאדם האהוב. החפש, בעל המשמעות המאגית, משמש ליצור השתייכות (Greencare), להגנה בפני תוקפנות, ומשמש לצורך תפסה הדמיונית המוקדמת, שהיתה קיימת אצל אותו אדם בילדותו – תפיסה של איש עם איבר מין זכר. תפיסת האם כנושאת איבר מין זכר הייתה אחת ההגנות שהיא לסיטה בילדותו נגד חרדת הטירוס. הלבנים, הנעל או החזיה ממשיכים לסמול את המסר שהגע ממספר להסיטו, כדי שלא ייווכח באקי קיומו של איבר מין זכר אצל האישה.

טרנסווסטיזם פטישיסטי

מדובר בהפרעה, שבאה לידי ביטוי בלבישת בגדים המאפיינים את המין השני למען קבלת הנאה מינית. ההופעה כוללת איפור, פיה וביגוד. הפעילות בעת ההופעה כבן המין השני מלווה עוררות מיניות בזמן הלבוש וצרוך להיפטר מבגדים אלו לאחר שהושגה ארגזמה. הפרעה זו מופיעיה באופןו של טונטסקוטואלים.

הצאה-חיפה (וויריים-אקסהיביציוניזם)

כמו בסדים ובמזוכים, גם שתי הפרעות אלו עומדות בשני קטבים של תופעה אחת. הצאה (וויריים) – קבלת גירושי מיני מהצאה באישה מותפשת או החשפות את איברי גופה והגעה לארגזמה על-ידי אוננות. לעיתים דורשת הצאה ראיית אקט מיני המתבצע בין שני בני זוג אחרים. ההנהה היא יותר מעצמה הצאה, מאשר מן ההסתכלות. הדבר חייב להיות כרוך במאםץ של הסתתרות וחדרה לפרטויות הזולות ללא ידיעתו. ההצאה מבعد לחור המנעלן כאלו מעלה את הסיטה אל במות האקט המיני, אך כשהוא מוגן גופנית ואינו נחשף לפחות הכרוך בתמודדות ישירה עם גוף האישה.

חיפה (אקסהיביציוניזם) – צורה של קבלת גירושי מיני על-ידי חשיפת איבר המין לפני אדםزر במצב לא צפוי, והגעה לארגזמה על-ידי אוננות במצב זה. סטייה זו שכיחה לרוב גברים, וההנהה המופתקת נובעת מעוצמת התדהמה שפעולה זו מעוררת אצל האישה המופתעת. מושום כך סוטים אלו מתחבאים בקרנות רחוב השוכנות ואורבים לקורבנם. לעיתים הם חושפים את איבר מינים לעיני ילדים קטנות לשם אותה מטרה. עצמות הפתעה וביטויו החיצוני אצל הקורבן הם הנותנים מעין אישור לסובל מהפרעה זו על קיומו ומשמעותו של איבר מינו. פעולה זו היא ביטוי לתסכול ולחוsur הוודאות שלו בוג�ע לעצם גבריותו. אצל גברים מסוימים, הפרעה יכולה להופיע במשולב עם חיים הטרוסקוטואליים רגילים.

גילוי עריות (איינצסט)

מדובר בחיסי מין בין אנשים הקרובים קרובת דם. בשנת 1941 הרחיבה רות מרדווק (Ruth Mardonk) הגדרה זו גם ליחסי מין בין הורים לילדים חורגים. האיסור של גילוי עריות הוא אינטימי עם הגוף. לעיתים מתבקש בן הזוג לבוש חוץ זה כדי להביא לגירושי מיני של הסיטה, ורק כך מותאפשר אקט מיני נורמלי, כאשר אדם שומר על לחם לבו את ממחטה אהובתו ומעניק

הסיפוק החשוב ביותר וההתנהגות בפועל להשגת ארגזמה סוטים מהנורמה. חשוב לציין, שאין מדובר באוטם מקרים, שבהם אנשים מגעים במצב דחק לביצוע פעילות מינית השונה מפעולותם המקובלות.

קבוצת הבחירה המינית שבה בין הזוג הוא אכן מהמין השני,
אר-דרך הגירוי והסיפוק אינה על-ידי חדרה גניטלית

סדים, מזוכים

המשותף לשתי הפרעות אלו הוא סבל כתנאי לגירוי מיני. בסדים מזוכר בהכאה פעללה, ובמזוכים מדובר בקבלה סבילה של כאב מהזלות. לעיתים קיימות שתי הסטיות אצל אותו פרט עצמו, אך לעיתים יש לאחת מהן עדיפות גדולה יותר.

סדים – על שם של המרקיז דה סאד (Marquis de Sade, 1814-1740), אשר תיאר לראשונה בצורה ספרותית את פרטי הנקות ואת דרך הפיקtan. העינויים או גרים הכאב היו כאן תמיד תנאי בלעדיו המיני וליכולת להגעה לאקט מיני ולארגזמה. חלק מהפעולות המתוארות דורשות מראה דם, ואילו אחרות מסתפקות בהלקאות, בעיקר באוזור איברי המין והשדיים.

יש להבדיל בין סטייה מינית סדייסטית ובין קווי אישיות סדייסטים הקיימים בהפרעות אופי שונות. ראיינו בפרק הדן בעיקר בתנהגות אצל ילדים ונעור, שהפרעות אלו קיימות כבר בגיל צעיר, והן באות לידי ביטוי בהתקচותם לחיות. בגיל מבוגר יותר ידועים בהיסטוריה מספר אישים, שהיו לשם דבר בהפרעת אישיות זו, כגון טיברrios, שהוא מוציא להורג נערות בתולות, או אנדריאס ביטצל (Andreas Bitchel), שהוא אונס בתולות וחותך אותן אחר-כך בקצב.

מזוכים – על שם של לאופולד פון זאשד מוזש (Leopold von Sacher, 1935-1895), אשר תיאר בספריו חוותות רבות, המבוססות על הצורך לטבול כאב והשלפה כדי להגיע לגירושי, לאקט מיני ולארגזמה. בעוד שדא מזוכר את החוויות בלבד, מדגיש מוזש בתיאורחוויותיו את הנאותו הרבה. המזוכיסט מוצא לו בן זוג אובט זוג שביבא אותו על סיפוקו, כמו שמצוין אישה ושתי פילגשים שישפכו לו את הנאותו. שני תנאים להנהה: האחד הוא כאב, והשני הוא השלפה ובו. לעיתים משולבת הפרעה זו בפטישיזם או בהצאה-חיפה (ויריים-אקסהיביציוניזם).

פטישיזם

מדובר בקבלה גירושי מיני והנהה מאוננות על-ידי חוץ של המין השני. החפצים הם בדרך כלל נעל, כפפה, חזיה או לבנים תחתוניים אחרים, שהמשותף להם הוא הימצאות בקשר גופני אינטימי עם הגוף. לעיתים מתבקש בן הזוג לבוש חוץ זה כדי להביא לגירושי מיני של הסיטה, ורק כך מותאפשר אקט מיני נורמלי, כאשר אדם שומר על לחם לבו את ממחטה אהובתו ומעניק

הפרעות אחרות

במהדרת הסיוג האחרונה אלו מוצאים הפרעות נוספות שהופיעו כחלק מהשינויים הטכנולוגיים בחברותנו:

1. התמכחות (Frotterism) – התעסוקות חזורת ישימה או מודומינית של מגעים או חיכוך עם אדם ללא שיתוף פעולה מצדיו. ההנהה נובעת מעצם המגע, ולא מהאיסור שבקיומו. מגעים אלו מותבעים בנסיבות צפופים באוטובוס או בחצופופות בתור.

2. סקטולוגיה – הנאה מקלות הנ מסרות טלפון, כולל שילובן לעיתים בתנאים אROTאים.

קבוצת הבחירה המינית, שהסיכון המיני מושג בה בלבדית ביחסים עם אובייקט מיני שאינו האובייקט הטבעי

פדופייליה

מדובר בהtagורות מיניות מקשר גופני עם ילדים בלבד, ובהגעה לאורגומה מאוננות או מאקט מיני עם ילדים אלה. בדרך כלל מדובר בילדים או בילדים, שלא הופיעו אצל עדין סימני מין משניים. פעמים רבות הגירוי בא משחק פעליל או סביל באיברי המין, ולא מאקט מיני ממש. המגע המיני יכול להיות הומוסקסואלי או הטרוסקסואלי, והוא יכול להיות בתוך המשפחה, עם ילדים או עם ילדים זרים. הארגומה יכולה לבוא מקשר מיני ממש עם אותם ילדים או מאנוניות בnochות הילד או הילדה. לעיתים, התפקיד של הילד או הילדה לאון למבוגר. היות שמרכיב התוקפנות מלא תפקיד חשוב בהתפתחותה של הפדופייליה, עלולים מפגשים מיניים אלו להסתניהם בפציעה סדייטית של הילד או ברציחתו.

זואופיליה

זהו התగורות מינית על-ידי חיות והגעה לאורגומה ביחסים מין עם אותן חיונות, בין שנן חיונות שאומנו למטרה זו ובין שנן חיונות מקרים, בין אונוניות על-ידי אותן חיונות, ובין ביחסים אוראליים, אנאלאיים או גנטיליים. סטיה זו, בניגוד לסטיות אחרות, שכיחה יותר במקומות שקיים בהם קושי חברתי, או שאין אפשרות לקיים יחסי מין ווגלים. במדינות מסוימות מצויים סטיה זו אצל רועים המבלים חדשניים ארכיכים בהרים, או בחברות שבהן מוסכמות חברותיות אין מרווח מפגשים דו-מיניים חופשיים.

יש להבדיל בין בחירה מינית חולפת זאת, הנוצרת לנוכח תנאים סביבתיים מסוימים, וכאשר התנאים חווים לתקנים ישഴה לחמי מין וגילם, ובין הזואופיליה כסיטה פטולוגית, שבה הדרך הבלעדית לסייע היא על-ידי חיונות.

גרונטופיליה

כאן מדובר בהtagורות מינית בלבדית על-ידי זקנים או זקנות ובהגעה לאורגומה על-ידי קשר או מגע גופני עמם.

אחד המגדירים הבסיסיים של תרבותינו. זהו אחד החוקים הראשונים, שהבדילו את התרבות מן הטבע וקבעו מסגרת קיומית ערכית. טאבו זה מוגן גם בחוק, במסורת ובדת, והוא מבידיל בין חברה מתוקנת לחברה ארכאית. עד היום אנו מוצאים שרידים של הרגלי גilio עריות, שהיו קיימים בתרבות פרימיטיבית בקרב שבטים מסוימים, או בחברות סגורות מאוד עם הגדרה משותפת של עליית החיבת להישמר מפני חידרת זרים מבחוץ.

יחסים מין בין אם לבנה מבטיים פסיכוןטולוגיה קשה בהרבה מאשר יחס מין בין אב לבתו. היסוד לקביעה זוLK קוח עצם ההגדרה הראשונית של התהילה האדיפלי, המגדיר ביסודותיו את הקשר הליבידיני ההתפתחותי בין הילד לאמו. לאחר יותר ניסו להקשך קשר זה על הקשר הרגשי המתפתח בין הבית לאביה, וקשר אחרון זה זכה לשם "תסביך אלקטורה". ואולם, בעקבות ההתפתחות המדעית והקלינית אנו ידעים, שני סוגים קשר אלה הם שוניים. ההתפתחות הפסיכופתולוגית גם היא שונה. ברוב המקרים שבדקנו של פטולוגיה نفسית בעקבות גילוי עריות בין אם לבן, היו סימנים ברורים של סכיזופרניה אצל הבן. לעומת זאת, אצל בנות שהייתה להן קשר דומה עם האב, נמצא הפרעות בהתנהגות המצביעות על אישיות גבולה. הקשר המיני בין בן לאמו מפר, מבחינה סימבולית, חוק ההתפתחותי בסיסי יותר, אסור יותר וטبيعي פחות מאשר בין בת לאביה. זאת אולי הסיבה לשכיחות גבוהה בהרבה של גילוי עריות בין אב לבתו, מאשר בין אם לבנה.

לעתים קרובות מקורם של דיווחים על גילוי עריות בין אב לבתו בנסיבות במעמד סוציא-אקונומי נמוך ובתנאי דיור של ציפיפות גבוהה. האב הוא במקרים רבים אלכוהוליסט ושתלון, בבית שורר משטר פטראכלי אלים, ומערכת היחסים בין ההורם מעוררת; האם מסתיגת בדרך כלל מיחסים מין, ואף מרצה כשהבעל מוצא את סיוקיו במקום אחר. היא משחקת את תפקיד הלא ידעת והופעתה כשמוגלה הקשר, אך בהמשך מתברר עד כמה שיתוף הפעולה שלה, אם כי בשתייה, היה רב. הבית כאילו מימוש את דמיונו הלא מסופקים בקשר שלה עם אביה. עם כניסה לגיל ההתבגרות, הבית פוגשת את אביה על בסיס מיני וגופני, ולא עם אף משתפה פעולה בהנהה. היא תופסת את מקום אמה אצל אביה ורואה את עצמה הגברת הראשונה בבית. יחסים אלו נמשכים לעיתים שנים מספר, ויכולים להימשך אילו החלטת האב, לעיתים קרובות, לקשר מיני עם אחותה הצעריה המתבגרת. בעקבות קנאה והרגשה של היותה נבגדת, מתעורר אצל הבית צורך בספר על קשר פטולוגי זה או להגיב בתסמנים שיביאו להתרבות רפואי. מדובר בסומטיזציה, בדיכאון ובהפרעות בריכוז. לעיתים יש גם ניסיונות התאבדות, שמטורטם לעיר את הסביבה לבדוק, להתייחס ולאטור את הקשר.

הקבוצה השנייה בשתייה היא גילוי עריות בין אחים. לרוב ההורים מסתירים קשר זה, גם אם הם יודעים עליו, מדובר בקיים יחס מיני ממשיים, ולא בנסיבות מיניות או אונוניות, שהם תופעות שכיחות יחסית בין אחיהם לאחיהם.

giloi עריות הומוסקסואלי הוא השליishi בשתייה, וכך אכן מדובר בקשר בין אב לבנו. כאן ישנה עבירה על שני חוקים של החברה: גילוי עריות והומוסקסואליות. לרוב מדובר באב שטיין, מכור לסמים או עברין. הבנים מגיבים בדרך כלל למצבים אלו בגין ההתבגרות בתמונה קלינית של דיכאון או בניסיונות התאבדות.

הגישה הביווולוגית – גישה זו טוענת, שקיים גנטיפי נשי אצל גברים אלה וודף של הפרשת אסטרוגנים, אך עד היום לא מצאו הוכחות מספקות לטעון זה. הנתון היחיד החוזר ונשנה בשלב זה בעבודות השונות הוא מציאות איבר מן גברי קטן יותר אצל גברים, לעומת יכולת לשמש כמעט להתרפתחות סטיה זו.

הגישה החברתית – גישה הנתקנת על-ידי הוננין וקיין (Honenin & Kane), ומוארת את הניכור הנוצר בין הטרנסקסואליסט לחברה. הוא נتفس כזר ונדהה על-ידי אנשים שהוא פונה אליהם לעזורה. היות שאין הוא מתקבל על-ידם בזאתו החדש, אין הוא יכול להתפרש במעמדו החברתי, והוא נאלץ לעבור לzonot. מכיון זה מספק את צרכי הכלכליים, ואף עוזר לו להתקבל בזאתו החדש על-ידי הצרכנים.

הגישה הדינמית – גישה זו מוארת את התפתחות האישיות הגובלית, הכוללת את כל קבוצת הטרנסקסואלים, כנובעת מקשרי בגישת האישיות. יש כאן עיונות בהתרפתחות מגאנוני ההגנה של "האני" וחוסר כוחות מספיקים להתחמוץ עם החלץ. לאישיות זו מספר מאפיינים: 1. מתחשה ייחודית-רב-ערךית (Over Valued Idea); 2. נטיה ללובוש של בני המין השני; 3. חשיפה (אקסהיביציונים); 4. אישיות נריצטיבית; 5. נתיה למזוכים; 6. נתיה לפטישים; 7. תפיסה עצמית כקורבן של החברה; 8. קווים פסיכופתיים באישיות, דרישת תמידית לטיפול מיידי וכן תסכול נמור; 9. מחשבות התאבדות.

אצל האבר הטרנסקסואלי, דמות האב היא מאכובת, אם בשל היotta דמות תוקפנית ואכזרית ואם בשל חוסר התייחסות מוחלט שלה. לעומת זאת, קיים קשר חזק מאוד עם האם, העוזרת לבן עקב ציפיותה שללה שבנה יתלבש ויופיע כבת. בהיותו בגיל שלוש עד חמיש, נותן הבן לעצמו כינוי של בנות, וכך משתתף במשמעות בנות. בغالל ההתגברות, כשהחלים השינויים הגוףניים ומופיעים סימני המין המשניים בעקבות הדחף ההורמוני, מגיב הנער בדיכאון ואף בנסיונות התאבדות.

אצל הבית אנו מוצאים, בדרך כלל, בת דחויה על-ידי האם כבר בתקופת הילדות, ובבשדרה לכל צרכיה, ואפילו האינטימיים בביתו. נוצר ביניהם קשר סמלי, והאב הופך להיות בשביבה דמות ההזהדות בעtid. האב בתפקידו הדומיננטי מעורר את נטיותיה הגבריות.

הפטולוגיה הקשה המתגלגת בהפרעות אלו תומכת בתפיסה, הרואה את הטרנסקסואלים כהגהנה מפני הפסיכו, תפיסה שהזוכה על-ידי כריסטיאן ג'ארט (Christian Jarret) ופיליפ מרלו (Philip Marlow) ב-1967. יחס האובייקט של המתבגר מבאים אותו לבחירת בן זוג או בת זוג הומוסקסואלים, ובמקרים קשים יותר – לטרנסוסטיזם בגיל זה. בשל חוסר אפשרות להשתמש במגאנוני ההכחשה, קיים יישום של הדמיון למציאות. הטרנסקסואל משנה את הופעתו החיצונית במצבים מסוימים ומאמץ לעצמו שם חדש. הוא מתנתק מהשולט המשפחתי הטבעית ומהשנה את כיוונה הביולוגי. זהה הפרעה הקשה ביותר מכל הסטיות שתיארנו, והוא הקורובה ביותר לפסיכוןה.

טיפול

הטיפול בסטיות המיניות הוא מורכב, ואחת הבעיות המרכזיות בו היא עצם המוטיבציה לטיפול: האדם הנירוטי סובל ופונה לטיפול; האדם הפסיכוטי מובה לטיפול על-ידי סביבתו;

סוטים אלו אינם מסוגלים להגיע לגירוי מיני ולאורגנזה עם בני המין השני מאותו גיל, אלא רק עם זקנים מהמין השני. פעמים רבות מדובר באוננות בנוכחותם או על-ידייהם.

יש המסבירים סטיה זו כנובעת מסתבריך אדייפלי לא פטור, שהנצחטו לכל חווים מותבטאת בקשר מיini עם מבוגרים. פעילות זו אינה כרוכה בדרך כלל באלים, אלא בקשר ליבידינלי ארווטי בלבד.

נקראופיליה

מדובר בהtagורות מינית על-ידי מגע עם גופות של מותים, ובהגעה לאורגנזה באוננות עם גופות אלו.

סטיה זו אמונה נדירה, אך מתגלה בדרך כלל בכתמי קברות או בחדרי המותים. במקרה מסוית אחרת, מדובר כאן בפסיכופתולוגיה عمוקה הרבה יותר, הקרובה לפסיכוןה. יש להוסיף להפרעות אלו גם את הקופראופיליה והאوروופיליה.

הפרעות בזותות המינית (Gender Identity Disorder)

בפרק זה נידונות הפרעות הבאות:

- טרנסקסואליזם.
- טרנסוסטיזם.
- הפרעות בזותות המינית אצל ילדים.

טרנסקסואליזם

הפרעה נפשית הקיימת אצל גברים ונשים, המרגישים הזדהות עזה עם בני המין השני. הטרנסקסואל דורש להתקבל על-ידי החברה בן המין שהוא מאמין לו, ולא בן מגינו הביולוגי. הוא נוקט את כל הדרכים לימייש עמדה זו, ובכלל זה ניתוחים פלסטיים, שמרתרם להבਆ להופעה המצוופה, ולקשר מיini בהתקדים. תופעה זו שכיחה אצל גברים יותר מאשר אצל נשים.

חידושים בשטח הכירוגניה הפלסטית בשנים האחרונות הובילו לשיטות המאפשרות ניתוחים אל, והמעמידות בפני הטרנסקסואל פתרונות מותאיים. לאור אפשרויות אלו, שנפתחו בפני אוכלוסיית הטרנסקסואלים, גם החברה נאלצת לקבוע עמדות חדשות בנוגע אליה, השונות מalto שקבעה עד היום.

קיימות דעות שונות באשר למקורן של הטרנסקסואליות ויתר הסטיות. סטול (Stoll), למשל, המחק את הטרנסוסטיזם לשבע תת-קבוצות, כולל בהן גם את הטרנסקסואלים, ולדעתו זהה לתת-קבוצה של בעלי ההפרעה החמורה ביותר. לדעתנו, אין הטרנסקסואלים חלק מן הטרנסוסטיזם, אלא הפרעה התפתחותית נפרדת, אשר דרושים תנאים דינמיים סביבתיים ומשמעותיים מיוחדים כדי שתתפתח.

קיימות שלוש גישות להבנת הפרעה זו: ביולוגית, חברתית ודינמית.

గברים, מבטאת – בחוסר רצונו של הפרט לשנות את מינו – דו-ערכיות הקיימת אצלו באשר לזהותו המינית, ובודאי באשר לתקידיו המיני החברתי.

הפרעות בזהות המינית אצל ילדים

מדובר בהפרעה המופיעה לפני גיל ההתבגרות, והמתבטאת ברצון של הילד להיות שירק למין השני. ילדים אלו דוחים את המאפיינים של בני מינם ומשחקים בלבד ובחבורה הראשונים, שהחברה קבועה אותם טוריוטיפית כמאפיינים את בני המין השני. הסימנים המשחקים, רק עם ילדים בני המין השני, מתלוננים על סימני המין שלהם ומצביעים על רצונות שיעילמו, ומńבאים לעצם לעתיד תפקיד המאפיין חברתי את בני המין השני. בהגעים לבית-הספר לועגים להם, והם נשארים בשוליהם. שני-שלישים מהם מתפתחים לכיוון הומוסקסואלי, ולעתים רוחקות יותר – לכיוון טרנסקסואלים. שכיחות ההפרעה אצל הגברים עולה בהרבה על שכיחותה בקרב נשים.

בעיות פסיכולוגיות והתנוגויות המשולבות בהתפתחות המיניות והכיווניות המינית

בפרק זה נהוג לכלול את ההפרעות בשלות המינית, את הכווניות המינית האגסינטונית ואת ההפרעה הקשורה בכיווניות המינית. כיווניות יכולה להיות הטروسקסואלית, הומוסקסואלית או בייסקסואלית. אנו נתעכ卜 על הכווניות הומוסקסואלית בלבד.

הומוסקסואליות

התנוגות מינית זו הייתה לבעה חברתי, ערכית, ושיפוטית ואיבדה, למעשה, את המימד הרפואי-מדעי שלה.

ראשית, נציג שההומוסקסואליות איננה עוד חלק מפסיכולוגיה, והיא נטפסת כיום כאחת מהאפשרויות הכווניות שהפרט בוחר לעצמו. בכיווניות אלו מגדרים את הפעולות המינית שהפרט שואף אליה עם בן-/בת הזוג הרצויים. הכווניות היא סובייקטיבית וכולת פנטזיות והתנוגות עצשויות, והיא גם משקפת את התנוגות המינית העכשוית. במסגרת זו תוגדר הומוסקסואליות כחריגת מני של פעילות איזוטית הדידית, קבוצה או ליסירוגן, בין אנשים בני אותומין, למורת קיומו של החופש לבחורו בסביבתו של הפרט בבני המין השני.

שכיחות התופעה היא כ- 6% עד 10% אצל הגברים ו- 2% עד 4% אצל הנשים. מספרים אלה כוללים, כמובן, גם את התנוגות הקבועה וגם את זו המופיעה ליסירוגן. אין י'ցוג למעמד חברתי או כלכלי בתנוגות זו.

תאוריית ביולוגיה: מתחקרים אחדים התפרסמו באשר לאפשרות השפעה תורשתית בתנוגות זו, אך ממצאים אלו לא אוששן.

הסופה נהגה ממצו, ולכן אינו מעוניין בשינוי. הקונפליקט היחיד שיש לו הוא עם החוק והסדר הציבורי. זהה גם הסיבה, שרוב הטעמים המוגעים לבדיקה פסיכיאטרית או להסתכלות באשפוז נשלחים על-ידי רשותת החוק ואינם מגיעים לטיפול ביוזמתם. המטעמים הפונים לטיפולם בדרך כלל אלו המגנים מצבם הנפשי הנוכחי במספרים, כגון: בדיכאון, בחרדה או בסומטיציה, ובעקבות סימניות משלבים עצמם להשפיע, למשל, משפחה או חברים, המאיימים בניתוק, ובעקבותיהם נוצר צורך פנימי אצל הפרט לבחור בין שתי חלופות ולהכריע, אם ההנהה המופקת מהסתיה על הנזק הנגרם כתוצאה מהניתוק.

יש להבדיל בין קבוצת ההומוסקסואלים לבין שאר הסטיוו. פעמים רבות אלו נתקלים בני קבוצה זו, כשהם פונים לטיפול בגלל לחץ חברתי או בשל המשמעות הערכית שסבירתם מיחסת לנצח. בכל פניה כזו יש לבדוק היבט את המוטיבציה הריאלית. הפגונזה תהייה טוביה, כשהמוחטביצה לטיפול היא רצון וניסיון לשינוי. הפגונזה תהייה טוביה פחות, אם המנייע לפניה לטיפול הוא ייחס הסביבה לפונה והיותו מוגדר כשול.

ה策ת הטיפול תלויה בעוצמת כוחות "האני", ביכולת ליצור קשר בין-אישית, בעוצמת הפטולוגיה ומוטיבציה לטיפול. היות שהפרעות אלו מופיעות אצל אנשים בקשת רחבה של רמות ארגון אישיות, הערכת רמת הארגון חשובה. אחדים קרובים מאוד לנורומים, ואילו אחרים לרמת ארגון פסיכוטית.

דרך הטיפול הן הדרכים המקובלות בפסיכיאטריה, ורק שימוש מצומצם נעשה בטיפוליים אנלטיים בהפרעה זו, זאת מחייבת חוסר הצלחה בטיפולים אלו, הנובע מבעיית המוטיבציה שהזוכרה לעיל ומן הקושי לכונן רצף ביצירת הקשר בין-אישית, שהוא תנאי בלעדי להתחלו של טיפול אנלטי. עם זאת, אפשר להיעזר בטיפוליים פסיכותרפיים, שמטרותם לעזור למטופל להגיע לתוכנה.

שיטת טיפול נוספת היא הטיפול התנוגותי. טיפול זה יעוז לפרט להשתחרר מצוראות גירוי וטיפול בלבדים אלו, להביא להתרחקותו מהסיפוקים הקיימים, ובתוך כך לבן זוג טبعי ולעוזרו ליצור קשר מיני טבעי.

הטיפולים התרapeutיים נועדו לעוזר בכל אחת מהשיטות שתוארו על-ידי הפגת החרדיה המתעוררת אגב הטיפול או טיפול בתסמיינים מסוימים כגון דיכאון, העשויים להתעורר לפני הטיפול או במהלךו.

Kİימות שיטות המשולבות את הטיפול התנוגותי בטיפול פסיכותרפי דינמי, מדובר ביצירת סביבה טיפולית המשתמשת בהתניה תוך עיבוד החרדיה המתעוררת עקב כך בנסיבות של פסיכותרפיה פרטנית או זוגית.

טרנססוציאזם

מדובר בשינוי הופעה החיצונית של הגבר או האישה על-ידי לבוש של בני המין השני, שלא כדי להגעה לעוררות מינית ולא רצון לשנות את המין. מדובר בהופעה חיצונית כוללת של המין השני וקבלת ההגדרה החברתית המתאימה מהסביבה. ההנהה מההזדהות החיצונית הנשית מביאה את דחף ההומוסקסואליות של הטרנססוציאזם. תסמנות זו, המופיעה בעיקר אצל

- יש להבדיל את הכווניות ההומוסקסואליות מהמצבים הבאים:
 - התנהוגות homo-אROTית בשלב השני של גיל התבגרות.
 - פסבדו הומוסקסואליות – תפיסה עצמית הומוסקסואלית, הנובעת מקיומו של "אני" חלש, המשליק את חולשתו על חיפוש אובייקט להתקשרות. אחדים מהם מתאבדים בהמשך.
 - הומוסקסואליות מצבית – קיום יחסי מין הומוסקסואליים במסגרת סגורות יחסית וחיד-מיניות, כגון פנימיות או בת-סורה.
 - ביסקסואליות.
- טיפול** – אצל ילדים יש לפעול בפסיכותרפיה פרטנית ומשפחתית כדי לאפשר התפתחות זהות מינית תקינה.
- אצל מתבגרים ומבוגרים המבקשים לקבל טיפול, התהילך הטיפולי המומלץ כוון הוא על בסיס דינמי והתנהוגות. לכשליש מהפונים לטיפול עקב דו-ערניות בזנות ניתן לעוזר החלטת באשר לכווניות המינית.

ספרות

- Bell A. P. et al., *Homosexualities*, Simon & Schuster, N.Y. 1978.
- Bierger M., *Treatment Indications of Decapeptil*, Personal Communication – Israel Psychiatric Association Congress, Tel Aviv, 2009.
- Brady J. P., Behavior Therapy and Sex Therapy, *Am. J. of Psychiatry*, 133: 896, 1976.
- Freud S., *Three Essays on the Theory of Sexuality*, S.E., V, pp. 135.
- Green, R., Is Pedophilia a Mental Disorder? *Arch. Sex. Behav.*, 31(6), 2002, pp. 467-71.
- Galenson, E., Roiphe, H., The Preoedipal Development of the Boy, *J. Am. Psychoana. Assoc.*, 28 (4), 1980, pp. 805-26.
- Galenson, E., Roiphe, H., Some Suggested Revisions Concerning Early Female Development, 24, 5 suppl., 1976, pp. 29-57.
- Greenacre, P., Reconstruction and the Process of Individuation, *Psychoan. Study Child*, 34, 1979, pp. 121-44.
- Havelock, E., Sexologist and Voyeur,, 1973, NY State *J. Med.* 15:73 (16) pp. 2083-5.
- Kestemberg, J., Aprpos the Erotomania Relations, *Rev. Fr. Psychanal.* 26, 1962, pp. 533-604.
- Kestenberg, J., Development of the Young Child as Expressed through Bodily Movement, *J. AM. Psychoana. Ass.*, 19(4), 1971, pp. 746-64.

חלק הארי מהמחקרדים מתרכזים כולם בחיפוש אחר קיומם של חומרים גונדו-אנדרוגניים בתקופת העוברות והשפעתם על התנהוגות המינית העתידית. בקרים אכן נמצא שהאנדרוגניות של עוברים נקבעות או תהליכי הדאנדרוגניות של עוברים זכרים הביאו לתנהוגות הומוסקסואליות. ואולם, עד היום לא נמצא הבדלים ניכרים במבנה מערכת העצבים המרכזית אצל האדם במהלך החיים.

תאוריות התפתחותיות – לבנת התפתחות הומוסקסואלית אצל האדם תרמו בעיקר פרויד וסנדור פרנצ'י (Sándor Ferenczi) (במאמריהם על התפתחות המינית של האדם בכלל, ושל הומוסקסואל בפרט. במקרים של הומוסקסואלית נוצרו אצל הילד הקבעות רגשות חזקות מאוד אל אמו. בעקבות קשר זה הילד תופס את עצמו באופן נרצחי כאובייקט מיני ומנסה, החל מגיל התבגרות, לאחוב אובייקט הדומה לו באותה דרך שבת היה וזכה שאמו אהב אותו. להתפתחות רגשות זו תורם אב אלים או לא קיים, המותיר אפשרות להזדהות גברית בלבד. בדרך זו מנע פתרון נתוט של התסביך האדיפלי).

アナ פרוייד (Anna Freud) הוסיפה מידע נוסף לבנת הומוסקסואלית, בהראותה שהקשר עם בן הזוג מאיוות המין הוא חיוני דרך של הנער להזדהות גברית על-ידי קשר מיני רצוף עם גבר אחר. ואולם, גם במקרים אלו הליקוי בהזדהות הגברית אצל הנער מוסבר בكونפליקט שבקשר של אמו כלפי: אינטימיות ופיתוי מצד אחד, וביקורת, קפדיות ועכבות מצד שני. גם ג'יין בבר (Jane Beber) תマー בדעה זו.

בהמשך לתאוריה זו התפתחו באחרונה גישות חדשות, הרואות את התפתחות הומוסקסואלית כליך בהתפתחות בשלבים פרה-גנטיטיים.שוב, אין מדובר בכישלון בפתחת התסביך האדיפלי ובהתפתחות הומוסקסואלית כהגנה מפני דחפים אדיפליים כפי שראו זאת צ'רלס רاش (Charles Rash), סטיבן וייסמן (Steven Weisman) וRALPH GRINSON (Ralph Grinson) אלא ליקוי בהתפתחות תהליכי הייחודיות (Individuation) בתיאוריה של מרגרט מאהילד (ראה הקדמה לפרק זה).

צ'רלס סוקריידס (Charles Sokarides) ב-1968 הוא שkker תיאוריה פרה-אדיפלית זו להומוסקסואליות, וזהו הגישה המקובלת ביותר היום בעקבות עבודותיו של קרנברג על רמות הארגון של האישיות הגובלית. לפי תפיסת זו, הומוסקסואליות מופיעה בעקבות חוסר זהות עצמית, חוסר זהות מינית וצורך בקשר תלויתי חזק. הסבר זה הוביל גם לדרך טיפולית שונה, שכן הפסיכותרפיה עוסקת במקרים אלו בעיקר בטיפול במנגנון ההגנה הייחודיים של אישיות גבולית זו, המביא לאינטגרציה של כוחות "האני" ועקב כך – להיעלמות התסמן. הטיפול ממוקף באישיות ובעוותיה, יותר מאשר בתסמן הומוסקסואליות.

תאוריות אינטגרטיביות – הניטה ההפכת להיות שכיחה ביותר בקרב חוקרים וקלינאים היא התפיסה האינטגרטיבית. זו מגדירה את הומוסקסואלית כהתנהוגות המתפתחת על רקע ביולוגי, המכתייה פגיעות או התנגדות לשפעת ההורם.

מבחינה קלינית, לא נמצאה פסיכופתולוגיה פנומנולוגית אצל הומוסקסואלים יותר מאשר אצל הביסקסואלים. כ-65 מהגברים ועד 85% מהנשים בעלי כיווניות מינית הומוסקסואלית עברו חוות מינית הטרוסקסואלית.

- Kinsey, A., C., Pomerov, W., R., Martin, C., E., (1969) Sexual Behavior in the Human Male, 1948, 93(6), pp. 894-8.
- Leiblum S. & Pervin L., *Principles and Practice of Sex Therapy*, Guilford Press, 1980.
- Masters, E., H., Johnson, V., E., Undue Distinction of Sex, *N. Eng.*, 18:281(25), 1969, pp. 1422-3.
- Mathew, S. J., Coplan, J. D., Goetz, Differentiating Depressed Adolescent 24h. Cortisol Secretion in Light of Their Adult Clinical Outcome, *Neuropsychopharmacology*, 28(7), 2003, pp. 1336-43.
- Money J., *Handbook of Sexology*, Excerpta Medica, 1977.
- Money, J., History, Causality, and Sexology, *J. Sex. Res.*, 40(3), 2003, pp. 237-9.
- Money, K., E., Ehrhardt, A., A., et al., Influence of Coping, Social Support and Depression on Subjective Health Status among HIV-Positive Adults with Different Sexual Identities, *Behav. Med.*, 34(4), 2009, pp.133-44.
- Owen, D., Drug Treatment is Proposed to Manage Child Sex Offenders, *MBJ*, 2007, 334:1343.
- Roiphe, H., Galenson, E., Some Observations on Transitional Object and Infantile Fetish, *PsychoanaQ* 44(20), 1975, pp. 206-31.
- Stoller R.J., *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins Press, Baltimore 1969.
- Sullivan E. et al., *Sexual Trauma in Children and Adolescents*, Brunner/Mazel, N.Y. 1989.