ריפוי בעיסוק בתחום הזוגיות והמיניות – תיאור מקרה: התערבות קבוצתית בקרב בוגרים צעירים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית

גילי חטר ישי

גילי חטר ישי, MSc, OT, דוקטורנטית בחוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה, ביה"ס לשיקום שילוב והחלמה, הקריה האקדמית אונו. ghertsman@gmail.com

מילות מפתח: מיניות, התערבות, זוגיות, בוגרים צעירים, מוגבלות פסיכיאטרית

תקציר

מציאת זוגיות ומיניות היא עיסוק בולט בגיל הבגרות הצעירה (גילאי 18-30). מחקרים רבים עמדו על חשיבותן של זוגיות ומיניות לבריאותו הנפשית והפיזית של האדם ולאיכות חייו. בקרב מתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית צפויים קשיים ביצירת זוגיות ובמימוש מיניותם: החל ממיעוט הזדמנויות וסטיגמה חברתית וכלה באי-לגיטימציה מובנית המועברת על ידי גורמי הטיפול. כיום, ידוע כי מימוש עצמי בזוגיות ובתחום המיני מספק למתמודדים תמיכה, הקלה בתחושת הבדידות והדיכאון ועלייה בהערכה העצמית. כמו כן, זוגיות נמצאה כתורמת לתהליך ההחלמה. על אף הבנת חשיבות זו, מרפאים בעיסוק אינם מרבים לעסוק בתחום זה בפרקטיקה. אבל יש דיון בעניין הרלוונטיות של המיניות כחלק מתחומי העיסוק של המקצוע. במאמר זה מוצגת התערבות קבוצתית שנעשתה במסגרת יום שיקומית לצעירים הנותנת מענה ייחודי למתמודדים בגילאי 18-30, ועסקה בתחום הזוגיות והמיניות. הקבוצה הייתה פסיכו-חינוכית באופייה וכללה מרכיבי תמיכה, שיתוף, למידת מיומנויות והקניית ידע חינוכי בנושא זה. הקבוצה כוונה למתן לגיטימציה לקיום זוגיות ולהעלאת תחושת המסוגלות העצמית. בסיומה הביעו המשתתפים את שביעות רצונם מן הקבוצה והדגישו את חשיבותה. הקבוצה המתוארת כאן היא דוגמה להתערבות חדשה באופן יחסי בריפוי בעיסוק בכל הנוגע לזוגיות ומיניות בקרב מתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. המאמר מציג אופציות התערבות אפשריות בקרב מרפאים בעיסוק לקידום העיסוק בתחום.

תודות

המאמר נכתב מתוך עבודה קבוצתית שנערכה במסגרת עבודתי ביחידת אלמו"ג צעירים, עמותת איכות בשיקום ומשקף הנחיה וחשיבה משותפת במהלך השנים עם כלל אנשי הצוות ובלעדיהם היא לא הייתה מתאפשרת.

חשיבותן של זוגיות ומיניות לבריאותו הנפשית והפיזית של האדם, לרווחתו האישית ולאיכות חייו ברורה ומבוססת (Cook, 2000; Diamond & Huebner, 2012; Volman & Landeen, 2007). המיניות חשובה ומקושרת באופן ישיר להגדרה העצמית של האדם ולזהותו (Shildrick, 2000). ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2001) הגדיר מיניות כחלק בלתי נפרד מהיותנו אנושיים וכולל התייחסות לזהות מינית, אינטימיות, נטייה מינית, ארוטיקה ורבייה ואף ציין כי היא מושפעת מגורמים תרבותיים, ביולוגיים, פסיכולוגיים, דתיים, חברתיים, כלכליים, היסטוריים, חוקיים ופוליטיים. ההתייחסות היא למיניות לא רק במובן של להיות פעיל מינית או לצורכי רבייה, אלא במובן הרחב של יכולת לקשרי אמון עם אדם אחר, מגע, קרבה, משמעויות של זהות עצמית ותפקוד חברתי (McCann, 2009). בריפוי בעיסוק תחום המיניות והפעילות המינית מוגדר כחלק מפעילויות היום-יום הבסיסיות (Activities of Daily Living), כך גם במסמך המרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק (מתע"ם, OTPF, 2016; 2013). על אף ההצהרה המתוארת בריפוי בעיסוק יש התייחסות מועטה ביותר לתחום זה בכל הנוגע לעשייה הטיפולית בקרב אנשים עם מוגבלות (McGrath & Lynch, 2014). מאמר זה יתאר התערבות קבוצתית העוסקת בנושא הזוגיות והמיניות בקרב צעירים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית תוך הדגשת הקשר בין נושאים אלה ובין מקצוע הריפוי בעיסוק והמורכבות שבהכללתם כחלק בלתי נפרד מתחומי העיסוק של האדם. המאמר יציג התערבות ייעודית לתחום זה בקרב בוגרים צעירים.

זוגיות ומיניות בקרב צעירים המתמודדים עם מוגבלות נפשית

גיל הבגרות הצעירה מתאפיין באי-יציבות ובשינויים מתמידים. תקופה זו הינה מאתגרת בעבור כלל הצעירים, ועל אחת כמה וכמה לצעירים המתמודדים עם מוגבלות נפשית ונאלצים להתמודד גם עם השלכות מצבם הנפשי. שלב זה מאופיין בתהליכי חקירה וגיבוש הזהות ומצופה מן הצעיר לקבל החלטות שימשיכו ויכריעו על המשך מסלול חייו (Arnett, 2007). השתתפות בתחומי הזוגיות והמיניות היא צורך אנושי בסיסי בכל גיל, אך בייחוד בגילאי הבגרות הצעירה: העיסוק בנושאים האלה מוגבר ומקושר בצבירת אבני דרך התפתחותיות (מגורים עם בן/בת זוג, נישואין, משפחה וכו' (Arnett, 2007; Penhollow, Young, & Denny, 2009). צעירים עם מוגבלות נפשית זיהו את התחום החברתי, בילוי זמן עם בן/בת זוג ובילוי עם חברים, כחלק מתחומי ההשתתפות העיקריים שלהם (Kaplan, Salzer, & Brusilovskiy, 2012).

גם בתהליך ההחלמה, זוגיות ומיניות הם תחומי עיסוק משמעותיים ונמצאו קשורים לרווחה אישית ולבריאות נפשית ואף לירידה במספר האשפוזים החוזרים. ההזדמנות להיות נאהב ולקיים מערכת יחסים זוגית ומינית נמצאה כקשורה לאושר וליציבות בקרב נפגעי נפש (Rogers & Pilgrim, 2010). כמו כן זוגיות נמצאה כמשפיעה על דימוי עצמי, על שילוב מחדש בקהילה ועצמאות בחיי היום-יום (לכמן, Deegan, 1999; 2000). מכאן שהתחומים האלה מקושרים במישרין לתהליך ההחלמה של המתמודדים עם מוגבלות נפשית והם חלק בלתי נפרד ממנה (פלג ומזור, 2012).

נמצא כי אנשים המתמודדים עם מגבלות נפשיות אינם מרוצים מחיי המין שלהם והדבר משפיע באופן ישיר על איכות חייהם (Ostman, 2014). כמו כן לסטיגמה החברתית והמופנמת יש השפעה מהותית על תפיסתם את עצמם

כבני זוג, על ציפיותיהם מן היחסים הזוגיים, ועל תפיסת העצמי הכללית שמובילה באופן ישיר להתנהגויות שעלולות להיות מסכנות מבחינה מינית. וכן נמצא כי רבים מהם אינם מקיימים יחסים מוגנים או מבינים את כלל הסכנות (Cook, 2000; Elkington et al., 2012). Cook (2000) מתארת את המחסומים הרבים העומדים בפני אותם מתמודדים בבואם לקיים מערכת יחסים זוגית ומינית: זיהוי מקומות מפגש מתאימים, חוסר ביטחון עצמי, רצון להגן על האחר מפני המחלה שלי, תופעות לוואי של תרופות, רבים דואגים להיריון ולהורות, חוששים איך יוכלו לקיים משפחה, חשש מסטיגמה, עיסוק במיניותם מעורר בהם חרדה ונחווה כמסכן את סיכויי ההחלמה, פחד מדחייה ומחסור במקורות תמיכה מקצועיים. מחקרים מראים היעדר ידע בתחום המיני וגישה מוגבלת לשירותים מייעצים ולהתייחסות בקרב אנשי המקצוע (Cort et al., 2001; McCann, 2009).

זוגיות ומיניות וריפוי בעיסוק

בעבר היה מקובל לראות באנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית אנשים א-מיניים ובכך לבטל את צרכיהם וזכותם לתפקד בתחומים אלה (Guldin, 2000). במקביל רווחה שתיקה סביב הנושאים האלה שלא אוזכרו כלל בקרב אנשי המקצוע (Shalev & Yerushalmi, 2009). הסיבות שבגינן אנשי המקצוע אינם מרבים לטפל / לעסוק / להתייחס / להתערב, לקבוע מטרות ויעדים מתחומי הזוגיות והמיניות הן רבות וכוללות בין השאר: אי-נוחות אישית, מבוכה, סיבות תרבותיות, רצון לגונן, חשש ממשמעויות של היריון ומשפחה, חשש מניצול ופגיעה ועוד (Couldrick, 1999). אי-ההתייחסות של אנשי המקצוע (מדיסציפלינות שונות) וההימנעות משיח פתוח בנושא מייצרות מצבי סיכון ומעכבות את השתתפותם הבריאה של המתמודדים בעיסוקים אלה (Li & Yau, 2006; De Boer, Castelein, Wiersma, Schoevers, & Knegtering, 2015).

בריפוי בעיסוק מתמקדים בהשתתפות בביצוע עיסוקי בפרט ובמארג החיים בכלל (Hemmingsson & Jonsson, 2005; Katz, Karpin, Lak, Furman, & Hartman-Maeir, 2003; Law, 2002; Yorkston et al., 2008). Law (2002) מבהירה כי השתתפות היא מרכיב חיוני בהתפתחות האנושית והיא מוליכה לשביעות רצון מן החיים ולתחושת מסוגלות. מדובר ביכולת לבחור ולבצע עיסוקים משמעותיים לשביעות רצונו של האדם (Townsend, 2002; Law, 2002). יתרה מכך, קיומה של מוגבלות יכול להוביל להשתתפות פסיבית, מגוונת פחות הנעשית לבד.

כששאלו אנשים עם מוגבלויות באשר לנושאים המטרידים אותם, נמצא כי מיניות וזוגיות הן בין הטרדות המרכזיות ביותר בחייהם (Alexander, Sipski, & Findley, 1993; Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1994; Phelps, Albo, Dunn, & Joseph, 2001). מימוש מיניות ומימוש זוגיות הם גורמים חשובים באיכות חייהם של אנשים המתמודדים עם מצבי חולי כרוניים ואף לעיתים הם גורם ראשון במעלה למימוש זהותם המגדרית (McInnes, 2003). כשנשאלו על צרכיהם בתחומי הזוגיות והמיניות הם ציינו צורך זה כמשמעותי מאוד לאיכות חייהם ואף ציינו כי אינו ממומש בהשוואה לצרכים אחרים (Couldrick, 2005).

במחקר איכותני שבו נשאלו מרפאים בעיסוק אם העיסוק בזוגיות ומיניות בעבודתם הקלינית

היא לגיטימית, מרביתם ענו בחיוב (Couldrick, 1999). כחלק מן הדיון באשר לרלוונטיות של התחום לריפוי בעיסוק, הציגה Couldrick (2005) גם את עמדתו של Kielhofner (1993) שגרס כי אין מקום למרפאים בעיסוק לגעת בנושא זה. הוא טען כי ריפוי בעיסוק כחלק ממדע העיסוקים, אינו עוסק במאוויים ובצרכים של האדם כגון רעב, צמא ומיניות, שהם בגדר צורך ביולוגי ואינם נחשבים ל"עיסוק".

על אף קיומו של דיון זה, ארגון המרפאים בעיסוק האמריקני (American Occupational Therapy Association) הגדיר מיניות כחלק מ-ADL ובכך למעשה הכניס את העיסוק בו למערך הטיפול ולמטרות הרלוונטיות לריפוי בעיסוק (2002). בשנים האחרונות יותר ויותר קלינאים רואים צורך בהכללתו בעבודתם (Couldrick, 2005; Couldrick, 1998a; Hattjar, 2012). חלק מן הרציונל לכך טמון בהתבוננות במיניות וביטוי מיני כסך של פעילויות כגון: יציאה לדייטים, טיפוח עצמי, ליטוף, נשיקה ועוד. אלה כוללים מאפיינים של "עיסוק" על פי ההגדרות המקובלות במקצוע (Sakellariou & Algado, 2006). כמו כן, מיניות היא חלק מן הזהות של האדם ולרוב חלק מקשת התפקידים של האדם (Sakellariou & Algado, 2006). מרפאים בעיסוק רבים עמדו על הלגיטימיות של העיסוק בנושאים אלה בריפוי בעיסוק ובצורך במתן מענה לתחום הזוגיות והמיניות של הפונים לקבלת שירות. ועם זאת, ציינו כי אינם מרבים לעסוק בנושא בפרקטיקה. כאמור, יש כמה סיבות להתייחסות המועטה המוענקת לתחום זה בקרב אנשי הטיפול בכלל, ובפרט בקרב המרפאות בעיסוק ועיקרן: אי-נוחות לשיח בנושא, היעדר כלים והכשרה מספקת במסלול לימודיהם, חשש מחציית גבולות, והקשרו התרבותי של המקצוע כמקצוע המאופיין ברוב נשי, מן המעמד הבינוני-גבוה, הנוטה לשמרנות (Couldrick, 1998b; McGarth & Sakellariou, 2016). ואכן לנוכח חסמים אלו, היצע ההתערבויות והמודלים התיאורטיים הוא מועט באופן ניכר (Couldrick, 2005).

הקושי לשוחח על הנושא נובע מן ההקשר התרבותי, הנורמות החברתיות הכלליות שמתייחסות לנושא כטאבו שאין לשוחח עליו, וההיסטוריה של המקצוע (McGarth & Sakellariou, 2016). השיח לרוב נתפס כמביך וככזה שמקומו ב"חדרי חדרים" אם בכלל. על מנת לאפשר שיח פתוח, מכבד ומקדם השתתפות על המרפאים בעיסוק לבחון את עמדותיהם, את מחשבותיהם ואת ערכיהם וכן את יכולתם לדון בנושא עם הפונים אליהם, טרם העיסוק בנושא ולעשות שימוש מודע בעצמם (McGarth & Sakellariou, 2016).

חסם עיקרי נוסף שעליו העידו מרפאים בעיסוק הוא מחסור בכלים ובמסגרות התייחסות מקצועיות. כיום מצויים מעט מודלים וגישות המסייעים להבין את אפשרויות ההתערבות וכן לדייק את גבולות העשייה.

מסגרות התייחסות לקידום השיח והעיסוק בנושא בריפוי בעיסוק

ההנחה הבסיסית היא כי המטופל הוא המומחה לחייו, יודע ומכיר את עוצמותיו ואת חולשותיו ויודע להעיד על צרכיו. בתוך כך גם על צרכיו ועל קשייו בתחום המיניות בעקבות המוגבלות. על המרפא בעיסוק להעלות את העיסוק במיניות כחלק בלתי נפרד מתחומי החיים הן בתהליך ההערכה והן במהלך הטיפול השוטף כחלק מגישת הלקוח

במרכז (Sakellariou & Pollard, 2008). כלומר, גם אם אין בעיה מדווחת בתחום זה, על הקלינאי לברר את שביעות רצון המטופל מתפקודו בתחום חיים זה. כשהשיח עם המטופל על מיניות מתקיים באופן שוטף, יכול המרפא בעיסוק להשתמש בטכניקות של ניתוח פעילות ופתרון בעיות (כגון: יציאות לדייטים, טיפוח אישי, סנגור עצמי, מנחים פיזיים וכו'). בתהליך הבירור/הטיפול המרפא בעיסוק מבצע ניתוח פעילות מקיף והוליסטי על מנת להבין את כלל המרכיבים של התפקוד שנפגע. אחד המודלים המסייעים בארגון השיח סביב מיניות עם מטופלים ועשוי לספק מסגרת התייחסות מובנית וברורה ביצירת לגיטימציה לעיסוק של מרפאים בעיסוק בנושא, הוא מודל ה-"PLISSIT" (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy). (Annon, 1976). מטרת המודל לפשט את העיסוק בתחום המיניות בעבור העובדים במערכות הבריאות. דגש חשוב בו מושם על יצירת הלגיטימציה לשיח בנושא, בהיותו בעל השפעה תרפויטית העשויה לפתור רבות מבעיות התפקוד המיני המדווחות. המודל מתאר ארבע רמות של התערבות בתחום המיניות. שתי הרמות הראשונות של ההתערבות מוצעות הן למרפאים בעיסוק, והן לשאר מקצועות הטיפול והבריאות: מתן לגיטימציה (Permission) ומתן ידע (Limited information). שתי רמות אלו מייצגות את מרבית הקשיים והבעיות המטרידות אנשים עם מוגבלות ועל כן התערבות בהן עשויה לסייע למרבית המטופלים. שתי הרמות הנוספות של המודל לרוב מיועדות ליישום על ידי מומחים לטיפול מיני ולא למרפאים בעיסוק מן השורה. הן כוללות הצעות ספציפיות הקשורות ברכיבים של הפעילות המינית שבהם ניכר קושי ובצורך בטיפול מיני אינטנסיבי (Hattjar, 2012). המודל מסייע במתיחת הגבולות המקצועיים ומציין כי בחלק שבו מדווחים קשיים בקיום הפעילות המינית יש צורך בהפניה והתייעצות עם מטפל מיני. עם זאת, כאמור, העלאת הנושא כתחום עיסוק חשוב שיש להעריך אותו בקרב אנשים עם מוגבלות ולתת מענה מותאם בדומה להתייחסות בתחומי העיסוק השונים היא ללא ספק מתחום עיסוקו של הריפוי בעיסוק (Hattjar, 2012; Sakellariou & Algado, 2006). מסגרת התייחסות נוספת שעומדת לרשות המרפאים בעיסוק מתבססת על חלקם בקידום זכויות אדם בהיבט העיסוקי. ריפוי בעיסוק שם למטרה קידום השתתפות בעיסוקים ומתבסס בין השאר על זכויותיו של כל אדם להיות מעורב בעיסוקים משמעותיים, לקבל הזדמנות לעיסוקים שיסבו לו סיפוק, מימוש עצמי ויתאימו לערכים ולאמונות שלו (Hammell, 2008; World Federation of Occupational therapists, 2006). אם כן חלק מתפקיד המרפא בעיסוק הוא התערבות למימוש זכויות במטרה לקדם רווחה אישית והשתתפות בעיסוקים (Hammell & Iwama, 2012). הזכות למיניות היא חלק מאותן זכויות אדם (Richardson, 2000). מכאן שבהתייחסות למיניות מתוך גישה של מימוש זכויות, המרפא בעיסוק יכיר בתחום עיסוק זה כמשמעותי ורלוונטי לאדם, יכבד גיוון מגדרי ומיני ויכוון לזיהוי חסמים ועוצמות של האדם בתחום. כחלק מכך, יעלה שאלות יזומות באשר לשביעות רצונו של האדם בתחום עיסוק זה ואף יתערב בעזרת המיומנויות העומדות לרשותו של ניתוח פעילות ושימוש מודע בעצמי (McGarth & Sakellariou, 2016).

התערבויות בתחום הזוגיות והמיניות

התערבויות בתחום זה נעות בין גישות חינוכיות, פסיכו-חינוכיות, תמיכתיות, התערבויות לשיקום מיני ועוד. ועם זאת מעט מאוד מתועד בספרות

באשר לבעלי מוגבלויות ומיניותם מבחינת תוכניות התערבות ייעודיות (Baxter, 2008). תוכניות הכוללות הנחיות מעשיות להתערבות לאנשי מקצועות הבריאות מתועדות יותר ויותר בעיקר בקרב מוגבלויות פיזיות (Steinke, 2013). התערבויות מתחום השיקום המיני הפיזי מתייחסות למרכיבים של: תפיסת האני המיני - באיזו מידה אני תופס/ת את המגדר שלי כאדם בעל מוגבלות, דחף מיני וחשק, תפקוד מיני, מיומנויות חברתיות ויצירת מערכות יחסים אינטימיות וסיפוק (Berkman, 1978). בעשור האחרון מתועדות תוכניות לאנשים המתמודדים עם מחלות נפש הכוללות מרכיב של חינוך מיני ואסטרטגיות התנהגותיות לרכישת מיומנויות של התנהגות מינית בטוחה ובריאה ושל קיום יחסים זוגיים מיטיבים. במחקר שבדק שימוש בתרגול מיומנויות שנלמדו על ידי מתאמי טיפול לאנשים המתמודדים עם מחלות נפשיות, נמצא שימוש מועט ביותר בטכניקה זו של תרגול בתחומי קידום זוגיות ומיניות, על אף ביסוסה המדעי בקידום רכישת מיומנויות (Kelly & Deane, 2011). כמו כן נמצא כי לדימוי העצמי, לתחושת המסוגלות ולתחושת השליטה הכללית בחיים יש השפעה על השתתפותם המינית של אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית ומומלץ לנטר ולהתייחס לגורמים אלה בתכנון תוכניות התערבות (Bonfils, Firmin, Salyers, & Wright, 2015). למעשה, מרבית המחקר והעיסוק בתחום המיניות במאה ה-20 עסקו במרכיבי הסיכון של המיניות וכיום יש עניין גובר בבחינת וביצירת התערבויות שמטרתן עידוד מיניות בריאה, חקירה מינית והכרה במקומה של המיניות באיכות החיים הכללית של האדם (Harden, 2014). תוכניות התערבות בהיבט זה כוללות לימוד מיומנויות חברתיות, משחקי תפקידים ותרגול, העברת ידע וחינוך מיני, הפחתת שימוש בחומרים המשפיעים על התנהגויות מיניות. עם זאת, התערבויות ייעודיות לתחומים אלה כמקדמי החלמה הן נדירות וחסר מחקר הבודק את יעילותן (Pandor et al., 2015; Wainberg et al., 2016). יתרה מכך, לרוב תחום זה נוחל התעלמות מצד גורמי הטיפול והשיקום עד כדי התייחסות סטיגמתית למתמודדים עם מחלות נפש כא-מיניים, וזאת על אף הפגיעה באיכות חייהם ובתהליך ההחלמה האישי (זיסמן-אילני ורועה, 2010).

בחלק הבא תתואר התערבות קבוצתית בנושאי מיניות וזוגיות שהועברה על ידי מרפאה בעיסוק ועובד סוציאלי. הקבוצה שמה דגש על פיתוח מיומנויות, ועל הקניית ידע ויישומו ועשתה שימוש במשאבים קהילתיים זמינים לטובת קידום תחום השתתפות זה.

תיאור מקרה – התערבות קבוצתית בנושאי מיניות וזוגיות עם צעירים המתמודדים עם מוגבלות נפשית

אוכלוסיית היעד

ההתערבות התקיימה במרכז שיקום לצעירים המתמודדים עם מוגבלות נפשית - אלמו"ג. מרכז זה (שבינתיים נסגר) כלל צוות רב מקצועי ומטרתו לימוד ואימון של מיומנויות חיים ממגוון תחומים: מיומנויות תקשורתיות, תעסוקתיות, קוגניטיביות ועוד, על מנת לאפשר השתלבות מיטבית בקהילה וקידום תהליך ההחלמה האישי (נאור ובועז, 2013). במרכז השתתפו כ-20-30 צעירים בגילאי 18-30 בכל זמן נתון. הוא פעל כחמישה ימים בשבוע וסדר היום כלל שלוש קבוצות שיקומיות שעסקו בתחומים שונים. כל צעיר שהגיע למרכז השיקום כחלק מזכאותו לשירותי סל שיקום, שהותו הוגבלה לשנה. הקבוצות שפעלו במרכז היו קבוצות פתוחות, קבוצות "רכבת", ואליהן הצטרפו ועזבו אותן תכופות.

תיאור מבנה הקבוצה

הקבוצה בנושאי מיניות וזוגיות התקיימה לסירוגין במרכז במשך כ-5 שנים. ברוב המקרים הנחו את הקבוצה שני מנחים (גבר ואישה), מרפאה בעיסוק ועובד סוציאלי. הקבוצה הייתה קבוצת רכבת פתוחה מכורח אופן הפעילות במרכז ובמהלכה נכנסו משתתפים חדשים שהצטרפו למרכז ועזבו מסיימי התהליך במרכז השיקומי. הקבוצה מנתה לרוב כ-12-16 משתתפים וכללה כ-25 מפגשים חד שבועיים. כל מפגש ארך 45 דקות ותוכני המפגשים רובם חזרו על עצמם בכל סבב, למעט שינויים מסוימים על פי צורכי משתתפיה. משתתפי הקבוצה היו גברים ונשים בגילאי 18-30. הקבוצה היא פסיכו-חינוכית באופייה וכוללת מרכיבי תמיכה, שיתוף, למידת מיומנויות והקניית ידע חינוכי בנושא זה. מנחי הקבוצה השתמשו במתודות של ניתוח פעילות, שימוש מודע בעצמי ובכוחה של קבוצת השווים ככלים להתמודדות עם נושאים מורכבים אלה. מבחינה פיזית הקבוצה פעלה בתנאים נוחים ומתאימים ליצירת אווירה אינטימית ונוחה, בחדר מוכר למשתתפים המאפשר ישיבה נוחה וכתיבה על לוח מחיק. במהלך הקבוצה לא התאפשרה כניסת אנשים לחדר.

תהליך בניית הקבוצה

המשתתפים הצעירים היו שותפים מלאים בבניית תוכני הקבוצה ומטרותיה. מדי פתיחת קבוצה התבקשו משתתפיה לכתוב באופן אנונימי מה רצונותיהם וצרכיהם בתחומים אלה ולאחר מכן נערך דיון סביב הנושאים שעלו. מטרה חשובה שהעלו הצעירים הייתה שיתוף, תמיכה וקבלת טיפים מקבוצת השווים. כמו כן, בקבוצות האחרונות, לחלק מן המשתתפים הועבר שאלון מסוגלות בתחומים אלה בעת כניסתם לקבוצה, לצורך דיוק התכנים. השאלון כלל פריטים מעולם הזוגיות והמיניות ובו נשאלו עד כמה הם מרגישים שמסוגלים לבצע כל אחד מן הפריטים. בין הנושאים שבהם הסתמנה תחושת המסוגלות הנמוכה ביותר היו נושאים שנגעו במיומנויות החברתיות הקשורות ביצירת יחסים זוגיים ובהבנה בסיסית של מיניות הגבר והאישה.

מטרות הקבוצה

הקבוצה שמה לה למטרה ראשונית ועיקרית את מתן הלגיטימציה לשיח בנושא זוגיות ומיניות בקרב הצעירים, תוך העלאת תחושת המסוגלות וקידום השתתפותם. כמו כן קיום שיח בריא סביב זוגיות, אינטימיות ומיניות וחינוך מיני כחלק משאיפה לקידום בריאות כללית באוכלוסייה זו. מטרות אלה נקבעו על סמך תוצאות השאלונים, דיון פתוח עם המשתתפים והכרה בחשיבות התחום בגיל המדובר.

תוכני הקבוצה

חמישה צירי התייחסות מרכזיים נכללו בקבוצה:

1. **בירור העדפות וצרכים** - נטיות, ערכים מנחים, מאפייני בן זוג, מגע, אינטנסיביות.

2. **היכרויות ומיומנויות תקשורת** - כישורי שיחה, יצירת עניין, חשיפה, אסרטיביות, הבעת אמפתיה.

3. **ידע** - חינוך מיני, מקומות מפגש, אתרי אינטרנט, מסגרות ייעודיות, הטרדה מינית וכו'.

4. **שימור קשר** - פעילויות משותפות, התמודדות עם מצבים מורכבים, תקשורת מינית וכו'.

טבלה 1

דוגמאות לתכנים ומהלך המפגשים

נושא המפגש	תיאור המפגשים
בחירת בן זוג	תיאור וזיהוי הערכים המנחים את חיי בעזרת דף עבודה. לאחר מכן סימון תכונות החשובות לי בבן זוג. כיצד נקבעו תכונות אלה? על מה מתבססות? **דיון:** האם יש הלימה בין השניים? מדוע חשובות לי תכונות אלה?
	עבודה בשתי קבוצות: תיאור מקרה של אדם ששיתף את בת זוגו במחלתו בפגישה הראשונה ותיאור מקרה נוסף, אדם ששיתף לאחר 5 פגישות. הם מקבלים את תחילת השיחה ועליהם להשלימה. **דיון:** יתרונות וחסרונות בחשיפה תזמון החשיפה, מהן ההשלכות? דוגמאות אישיות של משתתפים.
העדפות אישיות והדדיות	פעילות שבה מפזרים כרטיסיות עם סוגי מגע שונים (ליטוף, חיבוק, נשיקה וכו'). והמשתתפים נדרשים לבחור האם סוג המגע נעים להם/רצוי או שלא. מאפשר לראות את ההעדפות השונות של כל אחד. **דיון:** מה עולה מן הטבלה? מה קורה אם אין הלימה בהעדפות?

5. **סיום קשר** - התמודדות עם סירוב, פרידות, תמיכות, מיצוי וכו'.

הנה כמה דוגמאות לסוגיות, שאלות והתייעצויות שעלו כחלק מאותם צירי ההתייחסות:

מה יהיה לבוש מתאים לדייטים, מי ישלם על הארוחה, מה אבחר: בן זוג "בריא" או "חולה", כיצד אחשוף את מצבי הנפשי, אם בכלל ועוד. נושא משמעותי היה קבלת החלטה מושכלת באשר לחשיפת המחלה הנפשית ("מתי לספר? אולי לא לספר כלל אף פעם"). לאורך המפגשים ניכרה ההקלה שסיפקה ההתייעצות הקבוצתית. בנושא המיניות ניכרו פערים עצומים בידע בסיסי (שאלה שנשאלה כמו "ממה נכנסים להיריון"?, "אילו אמצעי מניעה יש") ומבוכה רבה והשתאות מכך שהנושא עולה.

המפגשים כללו ניתוח מצבי חיים, משחקי תפקידים, סרטונים וכן השתתפות של גורמי חוץ בעלי מומחיות ייחודית כגון: "רעות - דלת פתוחה" בנושא חינוך מיני, מרפאת לוינסקי בנושא אמצעי מניעה ותחלואה, חוש"ן בנושא נטייה וזהות מגדרית ומינית ועוד.

דוגמאות למפגשים קבוצתיים ראו בטבלה 1.

סיכום הקבוצה

לקבוצה היו השלכות הן על משתתפיה והן על בני המשפחה. מרבית המשתתפים ציינו את שביעות רצונם הגבוהה מן ההשתתפות בקבוצה ואף ציינו שהיו ממליצים למתמודד אחר עם מוגבלות נפשית להשתתף בקבוצה מסוג זה. כמו כן, נושא הזוגיות והמיניות קיבל מקום בשיח של המתמודדים, נושאים שדובר עליהם בקבוצות עלו ונידונו בשיחות פרטניות ואחרות. גם ברמה המשפחתית נראה כי עצם העיסוק בנושא זה במרכז מעורר הקלה בקרב המשפחות. בני המשפחה מודעים לצורך בשיח על הנושא, אך פעמים רבות

מתקשים לדון על כך עם הצעיר/ה המתמודד/ת או למצוא מסגרות ייעודיות לנושא. במקביל, פעמים רבות אין התייחסות בקרב אנשי המקצוע שעימם נפגשים בתהליך לתחומים אלה, ועל כן, ההכרה בקיום הקבוצה במרכז הייתה חשובה מבחינתם.

ההשפעות המתוארות נרשמו על ידי צוות המרכז בצורה לא פורמלית, למעשה, לא נבדקה יעילות ההתערבות. לבדיקת יעילות ההתערבות מומלץ לערוך מחקר מקיף ומסודר שיוכל להעריך ולבדוק תוצאות של התערבות מסוג זה על תהליך ההחלמה, על השתתפות ועל איכות חייהם של משתתפיה. מחקר של התערבות זו ינסה לבדוק אילו תוצאות מניבה ההתערבות בתחושת המסוגלות של משתתפיה, ברווחה האישית, ברמת הידע הנצבר בתחום ובהשתתפות בפועל בפעילויות משמעותיות בתחומים אלה.

דיון

קידום שיח על מיניות וזוגיות בעזרת התערבות בריפוי בעיסוק

כפי שנטען בתחילת מאמר זה, אנשים עם מוגבלות בכלל ובפרט אנשים עם מגבלות נפשיות חשים כי אינם מקבלים מענה מאנשי המקצוע בתחום המינית והזוגיות, ובעצם השתיקה סביב הנושא יש משום פגיעה והצהרה כי אין זה נושא רלוונטי או משמעותי בעבור אוכלוסייה זו. ההתערבות הקבוצתית המתוארת האירה את תחום המיניות על מנת לתת לגיטימציה לשיח, לקדם בריאות ולסייע לאדם להשתתף בתחום המשמעותי לו, התואם גיל.

על אף העובדה כי אין מדיניות ברורה בקרב ארגון המרפאים בעיסוק בישראל ובעולם בעניין תחומי העיסוק הרלוונטיים למרפאים בעיסוק בתוך עולם המיניות והזוגיות, יש כיוונים לפעולה בתוך מסגרות ההתייחסות העיסוקיות שאנו מכירים.

כאמור הנחת היסוד היא שהמטופל הוא המומחה לחייו, וכחלק מגישת הלקוח במרכז על המטפל להיות קשוב לו (Maitra & Erway, 2006). כלומר, גם אם אין בעיה מדווחת בתחום הזוגיות או המיניות על הקלינאי לברר את שביעות רצון המטופל מתפקודו בתחומי חיים אלה. כדי לקיים בירור כזה, בראש ובראשונה, נדרש בירור עצמי של המרפאים בעיסוק באשר לעמדותיהם סביב הנושא ויכולתם לקיים שיח פתוח, אמפתי שאינו שיפוטי. לאחר מכן, הבירור יתבסס על גישה של קידום זכויות האדם שעשויה לסייע למרפאים בעיסוק בבואם להתערב בתחום. יתר על כן, מודל ה-PLISSIT מעמיד פלטפורמה מבוססת ומאשרר את מתן הלגיטימציה לשיח בנושא כאסטרטגיה ראשונה במעלה להתמודדות עם קשיים בתחומים אלה. מודל זה גם מסייע בהצבת גבולות לשיח וזיהוי של חריגה מתחומי המקצוע.

לסיכום, הנה דרכים מספר ליישום גישה המקדמת שיח על מיניות וזוגיות בעבודת המרפאה בעיסוק (Couldrick, 2005; McGarth & Sakellariou, 2016):

1. בתהליך ההערכה השגרתי (פרופיל עיסוקי, היסטוריה עיסוקית וכו') לשלב שאלות מתחומי המיניות והזוגיות כחלק מתחומי העיסוק של האדם שעשויים לקבל התייחסות בטיפול. שאלות כמו: האם את/ אתה מרוצה מחיי המין שלך? האם יש לך שאלות הנוגעות לזוגיות או למימוש מיניותך? האם היית מעוניין/מעוניינת שנעלה את נושא המיניות בטיפול? Hattjar (2012) הציעה

להעביר שאלון מסודר בתחומים האלה ובו האדם מדווח אם ועל מה הוא מעוניין לשוחח.

2. מתן תוקף, אמפתיה, הקשבה ולגיטימציה לתחושות, מחשבות ואמירות של האדם בנוגע למיניותו, נטיותיו, חשיבות תחום זה בחייו וצרכיו.

3. סיוע בהבנת משמעות עיסוק זה בחייו, גורמים מקדמים, מעכבים ומשאבים שברשותו, תוך יישום טכניקות של פתרון בעיות, במידת הצורך לקידום ההשתתפות בתחום זה.

4. עבודה על רכישת מיומנויות הדרושות לביצוע העיסוקים המשמעותיים לו בתחום זה, למשל: יציאה לדייט, בירור בדבר פרטיות אפשרית.

5. שימת דגש וניתוח של הגורמים הסביבתיים המקדמים ומעכבים את ההשתתפות בתחום זה וכיצד התאמות בסביבה יכולות לקדם ביצוע. למשל נוהלי מסגרת מגורים כמו הוסטל כחסם לקיום מיניות בקרב דייריו.

6. הפניה במידת הצורך לגורמים רלוונטיים המסוגלים לתת מענה ספציפי לקשיים שעלו בתחומים אלה ואינם יכולים לקבל מענה בעזרת כלים עיסוקיים.

ההתערבות הקבוצתית - מחשבות להמשך

הקבוצה המתוארת הציגה את הצורך בלגיטימציה לדבר על נושא המיניות והזוגיות וכן להרחיב את הידע בקרב בוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית. המתמודדים טוענים להיעדר מענה בקרב אנשי המקצוע ועל כן קבוצה כעין זו עשויה להוות מענה ראשוני לצורך הבסיסי בלגיטימציה לשיח בריא ונורמטיבי בנושא זה. שיח כזה עשוי להתבטא גם בתוכניות השיקום הפרטניות ובקביעת היעדים. תחום עיסוק מרכזי ורלוונטי זה כמעט אינו מקבל התייחסות בהתערבויות בריפוי בעיסוק על אף היותו עיסוק משמעותי, בייחוד בתקופת הגיל המדוברת. יתרה מכך, הנושא אִפשר אינטראקציות ייחודיות, מאפיינות גיל שעשויות להיות מקור להפחתת סטיגמה עצמית לטווח הארוך.

העיסוק בתחום במסגרת הקבוצה נשען על ידע בסיסי וראשוני שיש באפשרותו של איש מקצוע טיפולי להקנות אם יש צורך להיעזר בגורמים רלוונטיים על מנת לבסס אצל המתמודד.

בקבוצה המתוארת הייתה התייחסות להיסטוריה העיסוקית בתחום הזוגי והמיני של האדם, להקניית מיומנויות ולתרגול והעברה לחיי היום-יום ובין הקשרים שונים. ההבניה של תכנים רלוונטיים אפשריים לשימושם של אנשי המקצוע בכלל והמרפאים בעיסוק בפרט עשויה לסייע בהפניית משאבים ובהפחתת חששות מעיסוק בנושא. במקביל להנחיית הקבוצה במרכז נערכו מפגשים של מנחי הקבוצה עם גופים רלוונטיים ("רעות - דלת פתוחה, עמותת חוש"ן, הדרכה של מרכז הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית). קיומה של קבוצה זו היווה פתח לעיסוק והכשרה של עובדים לעיסוק בנושא במרכזי שיקום נוספים.

על אף הרושם כי התערבויות המתמקדות בנושאים אלה בקרב אוכלוסיית מתמודדים צעירים הן בעלות השפעה חיובית ומסייעות בקידום תפקודי של המשתתפים בתחומים אלה, יש מקום למחקר מבוסס ורנדומלי על מנת לייצר בסיס ידע מבוסס ראיות ולבדוק תוצאות אפשריות במישור של רכישת ידע, הגברת תחושת מסוגלות, הפחתת סטיגמה עצמית, הגברת השתתפות בעיסוקים, רווחה אישית ועוד.

במאמר זה תוארה התערבות ייעודית למתמודדים עם מגבלה נפשית שיושמה כחלק מעבודה קלינית עם צעירים. לבטח ניתן ליישם את הידע הנלמד מהתנסות בקבוצה זו ולהרחיב את השיח הטיפולי למגוון אוכלוסיות עם מגבלות שונות ובגילאים שונים שעימן מרפאים בעיסוק באים במגע. יש מקום להמשיך לתעד התערבויות הנעשות בשטח ולסקור את התחום באופן שירחיב את אפשרויות ההתערבות למרפאים בעיסוק. המאמר סקר את הרלוונטיות של תחום המיניות כחלק מהגדרות התפקיד של המרפא בעיסוק מזווית המצהירה שתחומים אלה הם חלק בלתי נפרד מעיסוק, השתתפות ורווחה נפשית - לב ליבו של המקצוע.

מקורות

נאור, ר' ובועז, ע' (2013). שוברים את מעגל הכרוניות באלמו"ג צעירים - יחידה לפיתוח כישורי חיים ושיקום תעסוקתי בשיקום פסיכיאטרי. *כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 22*(4), H229-H245.

זיסמן-אילני, י' ורועה, ד' (2010). אימהות זוגיות, אינטימיות ומיניות בקרב נשים המתמודדות עם מחלות נפש קשה: השתמעויות לפרקטיקה ולמחקר. *חברה ורווחה, ל'*, 239-252.

לכמן, מ' (2000). *נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים*. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

פלג, ת' ומזור, י' (2012). *תפקידה של אינטימיות וזוגיות בתהליך ההחלמה וההתמודדות עם הפרעה פסיכיאטרית*, אוחזר מתוך: http://www.abiliko.co.il/loadedFiles/article_intimacy_-_Dr_Peleg_2012.pdf

American Occupational Therapy Association (2002) Occupational therapy practice framework: domain and process. *American Journal of Occupational Therapy, 56*(6), 609-639.

Alexander, C., Sipski, M. & Findley, T. (1993). Sexual activities,desire and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. *Archives of Sexual Behavior, 22*(3), 217-228.

Annon, J.S. (1974). *The Behavioural Treatment of Sexual Problems.* Honolulu: Kapiolani Health Service.

Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives, 1*, 68–73.

Baxter, P. (2008). Disability and sexuality. *Developmental Medicine & Child Neurology, 50*, 563-563.

Berkman, A. H., Weissman, R., & Frielich, M. H. (1978). Sexual adjustment of spinal cord injured veterans living in the community. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 59*, 29-32.

Bonfils, K. A., Firmin, R. L., Salyers, M. P. & Wright, E. R. (2015). Sexuality and intimacy among people living with serious mental illnesses: factors contributing to sexual activity. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*(3), 249-255.

The facts about sexual (dys) function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophrenia Bulletin, 41*(3), 674-686.

Deegan, P. E. (1999). Human sexuality and mental illness: consumer viewpoints and Recovery principles. In: PF Buckley (Ed.), *Sexuality and Serious Mental Illness* (pp.21-34). Amsterdam: Harwood Academic Press.

Diamond, L. M., & Huebner, D. M. (2012). Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass*, *6*(1), 54-69.

Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2012). Perceived mental illness stigma among youth in psychiatric outpatient treatment. *Journal of Adolescent Research, 27*, 290–317.

Guldin, A. (2000). Self-claiming sexuality: mobility impaired people and American culture. *Sexuality and Disability, 18*(4), 233-238.

Hattjar, B. (Ed.). (2012). Sexuality and occupational therapy: *Strategies for persons with disabilities.* Bethesda, MD: AOTA Press.

Cook, J. A. (2000). Sexuality and people with psychiatric disabilities. *Sexuality and Disability, 18*(3), 195-206. http://dx.doi.org/10.1023/A:1026469832339

Cort, E. M., Attenborough, J., & Watson, J. P. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 489–499..

Couldrick, L. (1998a). Sexual issues: an area of concern for occupational therapists? *British Journal of Occupational Therapy*, *61*(11), 493-496.

Couldrick, L. (1998b). Sexual issues within occupational therapy, part 1: attitudes and practice. *British Journal of Occupational Therapy, 61*(12), 538-544.

Couldrick, L. (1999). Sexual issues within occupational therapy, part 2: implications for education and practice. *British Journal of Occupational Therapy, 62*(1), 26-30.

Couldrick, L. (2005). Sexual expression and occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy, 68*(7), 315-318.

De Boer, M. K., Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R. A. & Knegtering, H. (2015).

Occupation, Participation and Health, 23, 10-17.

Kelly, P. J.,& Deane, F. P. (2011). Do therapeutic homework assignments address areas of need for individuals with severe mental illness? *Community Mental HealthJournal, 47*(2), 194–200.

Kielhofner, G. (1993). Occupation as the major activity of humans. In: H. Hopkins, H. Smith, (Eds.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (p.138). 8th ed. Philadelphia: JB Lippincott.

Kreuter, M., Sullivan, M., &Siösteen, A. (1994) Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences. *Paraplegia, 32*, 225-235.

Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday life. *The American Journal of Occupational Therapy, 56*, 640-649.

Li, C., & Yau, M. (2006). Sexual issues and concerns: tales of Chinese women with spinal cord impairments. *Sexuality and Disability, 24*(1), 1-26.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*, 2150–2161.

Hammell, K. W., & Iwama, M. K. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy, 19*(5), 385-394.

Hammell, K. W. (2008). Please complete: Reflections on… well-being and occupational rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy,* 75(1), 61-64.

Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An Occupational Perspective On the Concept of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health- Some Critical Remarks. *The American Journal of Occupational Therapy, 59*, 569-576.

Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science, 9*(5), 455-469.

Kaplan, K., Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2012). Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal, 35*(3), 219.

Katz, N., Karpin, H., Lak, A., Furman, T., & Hartman-Maeir, A. (2003). Participation in occupational performance: Reliability and validity of the Activity Card Sord. *OTJR:*

Ostman, M. (2014). Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. *Psychiatry Research,* 216, 340–345.

Pandor, A., Kaltenthaler, E., Higgins, A., Lorimer, K., Smith, S., Wylie, K., & Wong, R. (2015). Sexual health risk reduction interventions for people with severe mental illness: a systematic review. *BMC Public Health,* 15, 138.

Penhollow, T. M., Young, M., & Denny, G. (2009). Predictors of quality of life, sexual intercourse, and sexual satisfaction among active older adults. *American Journal of Health Education, 40*(1), 14–22.

Phelps, J., Albo, M., Dunn, K., & Joseph, A. (2001). Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: Activities, function, needs and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 591-602.

Richardson, D. (2000). Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights. *Critical social policy, 20*(1), 105-135.

Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010). *A Sociology of Mental Illness: Fourth Edition.* Berkshire, UK: McGraw-Hill

Sakellariou, D. (2006a). If not the disability, then what: barriers to reclaiming male

Maitra, K. K., & Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy, 60*(3), 298-310.

McCann, E. (2009). Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 251-259.

McColl, A. (1994). Holistic occupational therapy: historical meaning and contemporary implications. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 61*(2), 72-77.

McGrath, C. L., Gout, J. F., Doak, T. G., Yanagi, A., & Lynch, M. (2014). Insights into three whole-genome duplications gleaned from the Paramecium caudatum genome sequence. *Genetics, 197*(4), 1417-1428.

Mc Grath, M., & Sakellariou, D. (2016). Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality? *American Journal of Occupational Therapy, 70*(1), 1-5. doi: 10.5014/ajot.2016.017707

McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *Medical Journal of Australia, 179* (5), 263-266.

Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini, P. A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V. & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma: Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 39*(2), 90-99.

World Health Organization (2001) International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO publishing. World Federation of Occupational Therapists. (2006). Position Statement on Human Rights. Retrieved from. http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx

Yorkston, K. M., Kuehn, C. M., Johnson, K. L., Ehde, D. M., Jensen, M. P., & Amtmann, D. (2008). Measuring participation in people living with multiple sclerosis: A comparison of self-reported frequency, importance and self-efficacy. *Disability and Rehabilitation*, *30*, 88-97.

sexuality following spinal cord injury. *Sexuality and Disability, 24*(2), 101-111.

Sakellariou, D., & Algado, S. (2006b). Sexuality and disability: a case of occupational injustice. *British Journal of Occupational Therapy, 69*(2), 69-76.

Sakellariou, D., & Pollard, N. (2008). Three sites of conflict and cooperation: Class, gender and sexuality. In N. Pollard, D. Sakellariou, & F. Kronenberg (Eds.), *A political practice of occupational therapy* (pp. 69–91). Edinburgh, Scotland: Churchill.

Shalev, O., & Yerushalmi, H. (2009). The status of sexuality in contemporary psychoanalytic psychotherapy as reported by therapists. *Psychoanalytic Psychology, 26*(4), 336-343.

Shildrick, M. (2000). Contested Pleasures: The sociopolitical economy of disability and sexuality. *Sexuality research & Social policy, 4* (1), 53-66.

Steinke, E. E. (2013). Sexuality and chronic illness. *Journal of Gerontology Nursing, 39*, 18–27.

Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective.* Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.