

## תפקידה של אינטימיות וזוגיות בתהליך ההחלמה וההתמודדות עם הפרעה פסיכיאטרית

תמר פלג, Phd, ראש מגמת בריאות הנפש. המחלקה לעבודה סוציאלית. אוניברסיטת בן גוריון בנגב  
יעל מזור, BSW- תלמידת MSW באוני' העברית. רכזת תוכנית "עמיתים"

מטרת הסקירה הנוכחית היא להציג את נושא האינטימיות והזוגיות של מתמודדים עם נכות נפשית, כמרחב שכמעט ואינו מטופל ונחקר בקהיליה האקדמאית והטיפולית. על מנת לאפשר התייחסות רחבה לנושא, ראשית נציג בקצרה את השתלשלות הפסיכיאטריה הקהילתית וההתייחסות למתמודדים עם פגיעה נפשית. לאחר מכן, נעמיק בנושא האינטימיות והזוגיות מתוך נקודת מבט מערכתית כפי שיוצג בהמשך.

אנשים בעלי מוגבלות פסיכיאטרית, הינם אנשים המתמודדים עם נכות נפשית הנגרמת בשל מחלות פסיכיאטריות (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000). Cook (2000) מאפינת את ייחודיות מצבם של הסובלים ממוגבלות פסיכיאטרית: החל בהגדרת מחלות הנפש על פי הספרות הפסיכיאטרית כפסיכוזא, אובססיות וכיוב' אשר פוגעים באופן משמעותי בתפקוד של האדם, ועד ציון הכוחות והמודעות העצמית של המתמודדים עם קשיים אלו. כיום, עולם השיקום עוסק בשיח על התמודדות מול קשיים נפשיים והחלמה, ולא על נכות ופתולוגיה.

המתמודדים נתקלים בקשיים משמעותיים בבואם להשתלב בחיי הקהילה. בין הקשיים ניתן למנות: קשיים חברתיים והבנה של סיטואציות בין אישיות, קושי במציאת עבודה ותפקוד בחיי היום יום, והתמודדות עם השפעות המחלה, התרופות ותיוג שלילי במרחב הציבורי (McCann, 2003; McCann, 2009; רועה ואחרים, 2000; רועה ואחרים, 2011).

רוב שנות האנושות, ההתייחסות אל מתמודדים הייתה כזו שמטרתה הרחקת אותם אנשים מהחברה והדרתם ע"י כליאה במוסדות לרוב ימי חייהם. מחלות פסיכיאטריות נחשבו חשוכות-מרפא והסובלים מהן נחשבו למסוכנים ואף לטמאים אשר אסורה עליהם כל פעילות חברתית, זוגית או מינית בכלל, ובקהילה הרחבה בפרט (פוקו, 1976; Cook, ; Corrigan et. Al 2008; 2000).

בעבר, רווחה האמונה כי יש להרחיק את המתמודדים מהחברה ולאשפזם במוסדות לכל חייהם. העשורים האחרונים הביאו עמם רוח של שינוי (לכמן, 1998). אחת מהתנועות המרכזיות אשר הביאו לשינוי תפיסתי סביב מתמודדים, היא תנועת ה"אל-מיסוד" אשר הביאה לירידה משמעותית בצורך במיטות אשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים (Aviram, 2010). יש להביט בשינויים אלו מפרספקטיבה רחבה אשר מוצאה מכמה צירים מרכזיים בבריאות הנפש:

1. ציר הטיפול הנפשי הושפע מ"שלושת המהפכות". "מהפכות" אלו כללו את הפסקת הקשירה בשלשלאות של חולי נפש בבתי החולים ("השחרור"), התיאוריה של פרויד אשר הביאה את נושא התת-מודע לשיח הטיפולי, ולבסוף השינויים שחלו בטכניקות טיפול ונקודות מבט אקולוגיות יותר ביחס למתמודדים.

2. הציר הפרמקולוגי אשר כולל את ההתפתחויות בתחום התרופתי ויצירתן של תרופות מתקדמות יותר. בנוסף, התפתחויות במחקר הנוירופיזיולוגי והמחקר הקליני-פסיכיאטרי.

3. התפתחות הפסיכיאטריה הקהילתית (למשל מרכזי בריאות נפש קהילתיים) אשר מקורה בצורך ליצור חוליה מקשרת בין בית החולים הפסיכיאטרי בו אושפז המתמודד לבין הקהילה, אליה הוא שב. התפתחות זו משתקפת בשיטות טיפול קצרות מועד וכן בנקודת מבט הוליסטית יותר של האדם כחלק מסביבה ומשפחה (דסברג, איציקסון ושפיר, 1989).

תמורות אלו ועוד אפשרו הסתכלות על נושא מחלות הנפש שהיא אופטימית יותר, אשר רואה במהלך מחלת הנפש מהלך גמיש והטרוגני, משתנה מאדם לאדם ותלוי- סביבה חברתית ואישית של האדם (Anthony et. al, 2002). מהלך המחלה אינו בהכרח צובע את כל קיומו של האדם, וניתן דגש על תהליך החלמה ושיקום, ולא רק על הסימפטומים והמחלה (הלפרין ובוז-מזרחי, 2009).

בד בבד עם השינויים לעיל, החלה הטמעה של גישת שוויון הזכויות לאנשים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי. השינויים הללו חידדו גם את הצורך בהתפתחות מתמדת של תחום השיקום ע"י פיתוח שירותים המעודדים החלמה, השתלבות מרבית בתחומי החיים (חברתי, מקצועי וכדומה) ושיפור איכות החיים של המתמודדים, עם התמודדות מתמשכת מול הסטיגמה של החברה הרחבה (Anthony et; al., 2002; IAPSRs, 2001).

בשנת 2000 נחקק בישראל חוק שיקום נכי נפש בקהילה. חוק זה תרם לשינויים שהתרחשו בתפיסת בריאות הנפש בישראל. יישום החוק סייע בהקמתה של תשתית קהילתית שמטרתה לתת מענה למתמודדים החיים בקהילה בתחומים שונים. החוק היווה נדבך נוסף באימוץ נקודת המבט הדוגלת בהחלמה, בשיתוף של המתמודד בתהליך החלמתו ושילובו בקהילה הרחבה (משרד הבריאות, 2008).

מחקרים אשר עוסקים בשילוב קהילתי של מתמודדים מתמקדים בתחומים מגוונים כגון: אזרחות ומעורבות פוליטית, הגדרה עצמית, תעסוקה, מגורים, פנאי והעשרה, רוחניות, השכלה ולבסוף תפקידים חברתיים (Corrigan et al.2008; Our Choices in Mental Health, ). באזכור התפקידים החברתיים ישנה התייחסות עקיפה לתפקידים זוגיים, הוריים וכיוב', אך אין מענה משמעותי, מבוסס וממוסד במוסדות השיקום הפסיכיאטרי בקהילה ביחס לתהליכים רגשיים וחברתיים אלה.

נושא אחד מרכזי, הנוגע למהות האדם באשר הוא אדם, נותר זנוח. זהו נושא המיניות והזוגיות אצל מתמודדים עם מגבלה נפשית. נושא זה אצל מתמודדים עם נכויות, הינו נושא אשר מעסיק רבות את גורמי הבריאות ובריאות הנפש בפועל, אך נותר ללא מענה כמעט בספרות הקלינית והמחקרית.

קיימים מחסומים רבים בנוגע לטיפול בנושאים אלו עם מתמודדים. מחסומים אלו כוללים אמביוולנטיות של אנשי המקצוע, סטיגמה עצמית והערכה עצמית נמוכה של המתמודדים, סטיגמה חברתית הרואה במתמודדים א-מיניים, חשש מיחסי כוח דרך מיניות ואינטימיות ועוד (Cook, 2000).

מיניות הינה חלק משמעותי של העצמי (Volman & Landeen, 2007), ובעלת הגדרה רחבה ביותר אשר עשויה לכלול בתוכה: מידע על מין ואמצעי מניעה, מידע על מחלות מין, מהות הקשר

המיני והאינטימי, מערכות יחסים אינטימיות וזוגיות, חברות, אמון, תכנון משפחה ועוד (McCann, 2009). על אף התפיסה הטיפולית והרפואית כי מיניות הינה ביטוי אנושי חיובי, אנשי טיפול מגלים אמביוולנטיות רבה סביב שיח על הנושא מול מטופליהם, וכך, האחרונים נותרים ללא מענה (Cort, Attenborough & Watson, 2001). המחקרים הקיימים בתחומי הזוגיות והאינטימיות אצל מתמודדים, מתמקדים בעיקר בנושא המיניות, התרופות והפסיכופתולוגיה, והקשר בין שלושת המשתנים הללו.

### **זוגיות ובדידות אצל מתמודדים**

Pirsig (1974) בספרו "זן ואומנות אחזקת האופנוע", מתאר את מסעו עם בנו על גבי אופנוע ברחבי ארה"ב. פירסיג כותב על עצמו ועל דמות אותה הוא מכנה "פידרוס". פידרוס (שהוא בעצם בן דמותו של הסופר) הוא אינטלקטואל חריג המאובחן כחולה נפש ועובר טיפול בנזעי חשמל. מתואר כי כל אימת שהיה פידרוס מתאשפו בבית חולים פסיכיאטרי, הדבר המרכזי שדברן אותו ליציאה מבית החולים וחזרה לחיים, הייתה הידיעה כי בנו מחכה לו. אמירה זו משקפת את הפוטנציאל המחלים והמחזק של מתמודדים אשר מקיימים קשרים חברתיים ומשפחתיים. בתוך הספקטרום הרחב של קשרים חברתיים ומשפחתיים, מתקיים מרחב של קשרים זוגיים ומיניים, אשר יש לתת עליהם את הדעת בהיבט המחקרי והטיפולי-שיקומי.

מתמודדים רבים חיים בידוד חברתי ללא בן/בת זוג ואף ללא חברים. היבט חריף במיוחד של בידוד זה מתבטא בחוסר באינטימיות של המתמודד עם אחר משמעותי. נמצא כי מתמודדים הם בעלי סיכוי מופחת לקיום קשרים אינטימיים ומיניים, בשל מצבם ובשל נטיית אנשי המקצוע להתעלם מהיבט זה של חייהם (Sane, 2009).

גם כלפי יכולתם של מתמודדים לקיים חיים זוגיים ומיניים קיימת סטיגמה רווחת גם בין המתמודדים עצמם. למשל מחקרו של McCann (2009) בדבר תפיסותיהם וחוויותיהם של מתמודדים עם סכיזופרניה בדבר קשר אינטימי משמעותי, העלה, כי על אף המחלה, מתמודדים אלו הם בעלי יכולת לחשוב, לבטא ולהביע מגוון רגשות, תקוות, שאיפות ומחשבות בנוגע ליחסים אינטימיים ואישיים.

על אף הנטייה לחשוב כי מתמודדים אלו יתקשו לבטא מחשבות בנוגע למושג המופשט של אינטימיות, נמצא כי כל המתמודדים במחקר יכלו לבטא היטב ובברור את האופן בו הם תופסים אינטימיות. נמצא, כי לא רק שיכלו לבטא אינטימיות במושגים של חום, ביטחון, אהבה, אמון, חיבה, נאמנות ועוד, אלא גם היו בעלי מודעות לסיכונים הקיימים ביחסים אינטימיים. לבסוף, נמצא כי בשל הסטיגמה העצמית וההערכה העצמית הנמוכה של המתמודדים, גם תחום האינטימיות נפגע באופן טבעי, ופגיעה זו מתחזקת מהתעלמות גורמי הטיפול והשיקום מתחום זה.

אמנם גישת ההחלמה מהווה היבט חשוב בשיקום פסיכיאטרי, ניכר כי אין משתמשים בגישה זו בהיבטים האינטימיים והמיניים של מתמודדים, אשר יכלו להפיק רבות מגישת ההחלמה בתחום ספציפי זה.

מחקר נוסף אשר עסק בתפיסת העצמי המיני ע"י מתמודדים עם סכיזופרניה נותן תימוכין למחקר לעיל ומוסיף, כי המתמודדים הציגו תפיסת עצמי מיני מפותחת ומותאמת, היו בעלי קשרים

אינטימיים ומיניים וראו את המיניות והקשר האינטימי כהיבט נוסף של ניהול ההחלמה (Volman & Landeen, 2007).

ממצאים על התופעה מראים כי היא רווחת; 90% מהמתמודדים עם סכיזופרניה שנבדקו, חשו צורך בקשר מיני ואינטימי, ומתוכם 83% חשו צורך במערכת יחסים זוגית משמעותית. נמצא כי רק 10% מתוך הצוות המטפל תפסו את הצורך המיני והאינטימי של המתמודדים כחלק אינהרנטי מהטיפול וההחלמה (McCann, 2010). ממצאים אלו מעלים את הצורך הממשי בקיום דיון על נושאים אלו הן בין המטפל והמתמודד והן בין אנשי השיקום לבין עצמם.

אם ננסה ללמוד מתחום המגבלות הפיזיות ניתן לראות כי אנשים עם מוגבלויות תופסים עצמם כפחות מיניים ומושכים מאנשים אחרים. עוד נמצא כי אנשים אלו הינם בעלי תפיסות שליליות ביחס לעצמם, וחווים מחסומים מיניים וחברתיים מרובים (Taleporos & McCabe, 2001). ממצאים אלו קיימים ביתר שאת גם במחקרים איכותניים על מתמודדים עם נכויות נפשיות (McCann, 2009).

בהמשך לכך, יש לתת את הדעת בדבר הטיפול התרופתי אשר ניתן למתמודדים להקלת הסימפטומים של המחלה. לצד ההשפעות החיוביות של תרופות אלו, רבות מהן בעלות תופעות לוואי בתחום המיניות כגון: אימפוטנציה, שפיכה מוקדמת, יובש בנרתיק, ירידה בחשק המיני ועוד. על אף הידע הנרחב על תופעות הלוואי של תרופות אלו גם בתחום המיני, אנשי מקצוע אינם מיידעים ומשוחחים עם המתמודדים על התופעות האפשריות ופתרוןן (Higgins, Barker & Begley, 2005).

#### **עמדות הצוות המקצועי ביחס למיניות וזוגיות אצל מתמודדים**

ישנו מידע מועט על העמדות והדעות של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ביחס למיניות וזוגיות מתמודדים. כמו כן, קיים מחסור במחקרים. יחד עם זאת קיימים מספר מחקרים העוסקים בחקר העמדות והדעות של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ביחס למיניות וזוגיות של מתמודדים.

נראה כי ישנה אמביוולנטיות אצל אנשי המקצועי להביא את ידיעותיהם בתחום המיניות והאינטימיות אצל מתמודדים, לכדי פעולה וייעוץ מול מטופליהם. קיים קושי לייצר אווירה פתוחה בה ניתן לשוחח על נושאים אלו. הדעות והתחושות הן אצל אנשי המקצוע והן אצל המתמודדים בדבר מיניות וזוגיות, מראים כי אי העלאת הנושא קשורה לאמביוולנטיות של אנשי המקצוע אשר מחד מכירים בחשיבות המיניות אצל מתמודדים, אך מאידך אינם יודעים כיצד לגשת לנושא ונמנעים ממנו (McCann, 2003, McCann, 2009 Higgins, Barker & Begley, 2009).

הטענות לעיל מתחזקות בעקבות מחקרם של במחקרם של Cort, Attenborough & Watson (2001) בדבר תפיסות הצוות הסיעודי בבריאות הנפש בנוגע למיניות מתמודדים. נמצא כי על אף המודעות הגבוהה לתחום זה, הנושא כמעט ואינו מטופל ומדובר. קיימת אמביוולנטיות והימנעות של הצוות הסיעודי בשיח על הנושא עם המטופלים, על אף כי קיימת ההסכמה המובהקת בדבר מיניות כגורם משמעותי ותקף לטיפול ושיח עם מתמודדים. נמצא כי מרבית מהצוות הסיעודי מסכים כי מרבית המתמודדים אשר נמצאים בקשרים זוגיים אכן יסבלו מקשיים מיניים.

במטה-אנליזה שנערכה על 72 מחקרים הנוגעים לצוות סיעודי-פסיכיאטרי ומיניות בבריאות הנפש, מצאו כי על אף שמיניות ואינטימיות הינם תחומים קריטיים להתפתחות של אדם כאינדיבידואל, העיסוק בתחום בבריאות הנפש הוא זניח. הסיבות לכך נובעות ממספר מניעים: תפיסות שמרניות, חרדה מעצם השיח על מיניות עם מתמודדים או חוסר ידע. אי-העיסוק במיניות מתמודדים מטעם גורמי השיקום הפסיכיאטריים משפיע באופן שלילי על קבלת טיפול והתמדה בו (2009, Quinn & Browne).

מחקרים העוסקים במיניות של מתמודדים, מעלים כי קשיים במיניות ובאינטימיות נפוצים בקרב חולי סכיזופרניה, בין אם בשל המחלה עצמה ובין אם בשל התרופות. אצל מתמודדים עם דיכאון וחרדה, עצם נטילת התרופות האנטי-דיכאוניות עלול לגרום לקשיים מיניים ובינאישיים, שבמילא קיימים בשל המחלה וחוסר האנרגיות. לבסוף, אצל מתמודדים עם הפרעות אכילה והפרעות אישיות הקשיים המיניים נובעים מלקות יסודית ביכולת החברתית (Zemishlany & Weizman, 2008).

לא רק הצוותים הפסיכיאטריים והמוסדיים מתקשים לשוחח על מיניות בטיפול/שיקום. ניתן לראות במחקרם של ירושלמי ושלי (2009) ממצאים בדבר הקושי של פסיכותרפיסטים לדבר על מיניות בטיפול. על אף העובדה כי מיניות הינה חלק משמעותי בקביעת התנהגות, זהות, ארגון נפש ועוד, ממצאי המחקר מעלים, כי גם בטיפול פסיכואנליטי-פסיכותרפי באנשים נורמטיביים, קיים קושי לשוחח על מיניות ולהציב את המיניות כחלק משמעותי בשיח האנליטי. ממצאים אלו עומדים בניגוד לפתיחות המינית המוצהרת במדינות מערביות. המחקר מציין ארבעה מימדים בטיפול אשר עשויים להשפיע על קיום שיח הנוגע למיניות בטיפול:

1. עד כמה המטפל תופס מיניות כמרכזית במערך המניעים הנפשי של האדם, בניגוד לתפיסה כי היבטים מיניים שעולים בטיפול הם "רק" ביטוי להיבטים תוך-נפשיים עמוקים יותר.
2. עומק השיח הטיפולי- נמצא כי ככל שהטיפול נוגע לאירועי חיים קונקרטיים, כך יש הימנעות של המטפל לעסוק בתכנים מיניים כגון פנטזיות או קונפליקטים של המטופל.
3. עד כמה המטפל מפריד בין המושג מיניות לבין המושג אינטימיות.
4. הנטייה להימנע משיח על נושאים מיניים בשל חוסר נוחות של המטפל/מטופל- מימד זה נמצא כחזק ביותר, על אף הסובלנות המינית בימינו.

אל מול הנתונים לעיל, יש לתמוה מדוע נושא המיניות והזוגיות אצל מתמודדים מודר כן מהמרחב הטיפולי, השיקומי והמחקרי. ניתן לשייך זאת, לתפיסה הרפואית שמתייחסת בעיקר להיבטים דחופים יותר בניהול המחלה וההחלמה, כגון: איזון תרופתי, הורדת מסוכנות, תעסוקה ותפקוד כללי בקהילה (McCann, 2003; McCann, 2009). כמו כן, ישנו חשש של אנשי המקצוע מפני שיקול דעת לקוי של המתמודדים בנושאי חברה ומיניות, ובכך לאפשר חלילה, ניצול מיני, תחת חסות הטיפול (Zemishlany & Weizman, 2008). לבסוף, ניתן לשייך את ההימנעות מתחום זה, גם לתפיסה הטבועה בבני האדם כי מיניות זה דבר שיש בו פוטנציאל של "לכלוך" וחסא (פוקו, שם).

על כן, עולה הצורך בדיון על תחום הזוגיות והמיניות אצל מתמודדים. תחום זה אינו מפותח דיו בתהליכי השיקום של תוכניות השואפות לקדם החלמה ושיקום פנאי וחברה. מתמודדים ומשפחותיהם, ככל בני האדם, שואפים למציאת קשר משמעותי, אינטימי ומספק. קשרים אלו אינם מתגלמים רק בחברויות ומציאת תחומי הנאה בחיים, אלא גם ברצון והשאיפה לבנות חיי משפחה, לחיות חיי זוגיות וחברות אינטימיים. תחום זה עדיין מוזנח, וכמעט שאינו נחקר ביחס לתחומי מחקר שונים בבריאות הנפש. על אף כי נמצא במחקרים כי אנשי בריאות נפש בחו"ל מעורים ובעלי ידע בתחום המיניות והאינטימיות של מתמודדים, וכן בעלי דעות מתקדמות וחיוביות בנושא (Kazukauskas & Lam, 2010), מרבית המחקרים אשר עוסקים באינטימיות ומיניות של מתמודדים, מדגישים את החשיבות בעריכת מחקרים נוספים בנושא, בשל המיעוט הבולט של המחקר בתחום זה (McCann, 2009; SANE, 2009; Cort, Attenborough & Watson, 2001). בישראל, גם כן, קיים צורך משמעותי להעלאת השיח בדבר מיניות וזוגיות של מתמודדים כחלק מתהליך ההחלמה וההשתלבות המחודשת בקהילה. יש לשאוף כי שיח זה יאפשר לארגוני וגורמי שיקום שונים להתייחס להיבט חשוב זה בחיי המתמודדים. על מנת לקדם את הנושא לעיל ולאפשר דיון מעמיק ופורח, יש צורך בעריכת מחקרים בנושא, וקידום גוף ידע משמעותי בתחום הזוגיות והמיניות של מתמודדים.

לסיכום, לאור תפיסת ההחלמה והשילוב בקהילה, כחלק מתהליך הפיכת השיקום הפסיכיאטרי לפרופסיה בישראל, יש לפתח את תחום המחקר והפרקטיקה בנושאי זוגיות ומיניות. עלינו לתת את הדעת גם על תחום "נשכח" זה בתוך הסתכלות של חברה וקהילה, כחלק אינטגרלי מהראייה השלמה של שיקום פסיכיאטרי ושיקום חברתי. שיח על מיניות וזוגיות מחובר לשפת ההחלמה והשיקום, מעצם קיומו. שיח שכזה מאפשר ביטוי של כל צדדיו ורבדיו הנפשיים והפיזיים של אדם בחייו, תוך התייחסות שלמה והוליסטית לכלל צרכיו ורצונותיו החופשיים של האדם. ההתייחסות למיניות וזוגיות של המתמודד מאפשרת החזרת השליטה גם על היבטים אלו של חייו, שיתוף מידע בין המתמודד לאיש השיקום, היכולת לבחור (הן בהיבט המיני והן בהיבט של ניהול המחלה וההחלמה), התמקדות בכוחות והיכולות של אדם לחיות חיים מלאים ומספקים, צמצום הסטיגמה העצמית של המתמודד על עצמו, מתן תקווה בדבר חיים זוגיים מספקים, ושותפות אמיתית בצוותא עם המתמודד מול שאיפות חייו האישיות.

## מקורות

1. דסברג, איציקסון ושפּלר. (1989). *פסיכותרפיה קצרת מועד*. מאגנס, ירושלים.
2. הלפרין, ג., בוז-מזרחי, ט. (2009). *תוכנית עמיתים*
3. *חוק שיקום נכי נפש בקהילה - התשי"ס*, 2000
4. משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש. (2008). *המחלקה למידע והערכה*
5. לכמן, מ. (1998). *שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה?*. חברה ורווחה, י"ח(1), עמ': 45-63
6. רועה, ד., צ'ופרה, מ., חסון-אוחיון, א., שור, ר., לכמן, מ., רודניק, א. (2005). *התפתחויות מחקריות והמשגתיות בתחום מחלות הנפש הקשות והשלכותיהן על טיפול ומדיניות*. חברה ורווחה, כ"ה(2), עמ': 207-223
7. רועה, ד., טל, א., בלוש-קליינמן, ו., שרשבסקי, י., הדס-לידור, נ., תלם, ע., לכמן, מ. (2011). *שיקום פסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה*. ביטחון סוציאלי (86), עמ': 85-105
8. פוקו, מישל. 1996 [1976]. *אנו הויקטוריאנים*. בתוך: *תולדות המיניות 1- הרצון לדעת*. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד. עמ' 7-27
9. אתר יספרי"א –האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי
10. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation
11. Aviram, U. (2010) *Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel*. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 47(3), 171- 194
12. Cook, J.A. (2000). *Sexuality and People with Psychiatric Disabilities*. Sexuality and Disability, Vol 18(3)
13. 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, vol 8, pp: 489–499
14. Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach* New York: Guilford Press.
15. Higgins, A., Barker, P., Begley, C.M. (2005). *Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol 12, pp: 439-446

16. IAPSRs. (2001). *Role delineation report of the certified psychiatric rehabilitation practitioner*. Columbia Assessment Service
17. Kazukauskas, K.A., Lam, C.S. (2010). *Disability and Sexuality: Knowledge, Attitudes and Level of Comfort Among Certified Rehabilitation Counselors*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol 54(1), pp: 15-25. Sage
18. McCann, E. (2009). *Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 17, pp: 251–259
19. McCann. E. (2010). *The Sexual and Relationship Needs of People who Experience Psychosis: Quantitative Findings of a UK Study*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 17, pp: 295-303
20. McCann, E. (2003). *Exploring Sexual and relationship Possibilities for People with Psychosis- A Review of The Literature*. *Journal Of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 10, pp: 640-649
21. Our Choices in Mental Health. (2006). *Improving Choice for People Who Use Menal Health Services and their Carers*. Sainsbury Center for Mental Health
22. Quinn, C. and Browne, G. (2009), *Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18: 195–203
23. Pirsig, R.M. (1974). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. William Morrow & Company
24. *SANE Research Bulletin 8: Intimacy and mental illness* (February 2009)
25. Taleporos, G., McCabe, M.P. (2001). *Physical Disability and Sexual Esteem*. *Sexuality and Disability*, Vol. 19(2)
26. VOLMAN I. & LANDEEN J. (2007). *Uncovering the sexual self in people with schizophrenia*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 14, pp: 411–417
27. Yerushalmi, H., Shalev, O. (2009). *Status of Sexuality in Contemporary Psychoanalytic Psychotherapy as Reported by Therapists*. *Psychoanalytic Psychology*, Vol: 26(4), pp: 343-361
28. Zemishlany, Z., Weizman, A. (2008). *The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction*. In Balon R (ed): *Sexual Dysfunction. The Brain-Body Connection*. *Adv Psychosom Med*. Basel, Karger, 2008, vol 29, pp 89-106