

# התמודדות עם וסטיבולדיניה והשפעותיה על זהות בקרב נשים דתיות-לאומיות

תמר יעקבי<sup>1</sup> ואורן סגל<sup>2</sup>

## תקציר

מאמר זה<sup>3</sup> עוסק בחוויותיהן של נשים דתיות-לאומיות<sup>4</sup> שחוות כאבים בקיום יחסי מין, תופעה שמכונה וסטיבולדיניה. הנשים האלה חוות את המתח שבין מיניות בתרבות מערבית מודרנית חילונית ובין אופני הביטוי של מיניות בהלכה היהודית. במאמר תיארונו מחקר שבחן את אופן התמודדותן של הנשים האלה עם וסטיבולדיניה שמושפעת ממתח זה. במסגרת המחקר ראינו 15 נשים דתיות-לאומיות נשואות, בטווח הגילים 21-38, שאצל כולן אובחנה וסטיבולדיניה. מהראיונות האלה חילצנו ארבע תמות מרכזיות: (1) בין לבד ובין שייכות בחברה; (2) הכרה ואי-הכרה מצד המערכת הרפואית; (3) הפנים הרבות של הזהות הנשית; (4) ממשבר לצמיחה. מלבד זאת נדונה במאמר חשיבותו של טיפול רגיש תרבותית ושל טיפול מודע מין ומגדר.

## מסורת, מודרנה ומיניות בחברה הדתית-לאומית

הקדמה לא פסחה על החברה הדתית-לאומית בישראל ומשפיעה גם על חיי היומיום שלה. לצד הצורך לשמר את ערכי הדת והמסורת הכריע הציבור הדתי בעד קבלת המודרנה כאחד מעמודי התווך שלו כבר בשלבי התפתחותו המוקדמים (פרינס, 2018). ועם זה בקבלה הזאת נכללים מתחים בין ערכים שמיוחסים לחברות מודרניות ובין ערכים שמיוחסים לחברה שומרת דת, ובהם ערכים שנוגעים למין ולמיניות. בכל הקשור למיניות כבר הראו היסטוריונים כי עוד במאה החמישית לפנה"ס נטו הדתות המערביות לפיצול בין גשמיות ובין רוחניות והדגישו את דיכוי המיניות שמטרתה הנאה בלבד (Shalev et al., 2013). ואכן, החברה הדתית-לאומית רואה בשלילה מימוש פעילות מינית וחשיפה לתכנים מיניים בגיל צעיר.

כבר משנות ילדותה ונעוריה של הנערה הדתית-לאומית אין עוסקים בגופה בחיוב, לא כל שכן בגופה המיני, והחינוך

לצניעות מתמקד באחריות לטוהר הגבר שעלול לחטוא בשל הפיתוי הטמון בגוף האישה. חינוך זה מוטמע בנשים האלה באינטנסיביות מגיל צעיר (פרינס, 2018). למשל, בנות דתיות-לאומיות נדרשות לכסות את גופן ולהימנע מריקוד ומשירה בפני גברים כבר בבית הספר היסודי. הוראה זאת מעבירה את המסר שהיצר המיני קיים רק אצל גברים, ואילו תפקיד הנשים הוא להישמר ממנו, וחשוב מכך, להגן על הגברים מפני נפילה רוחנית-דתית (ברגר-רענן, 2014). חתונתן של הנשים משמשת נקודת מעבר: לפני גוף האישה מוצנע, וערב נישואיה האישה ניצבת בצומת גופני חדש שבו נדרשת ממנה עבודה גופנית, רגשית וזהותית (פרינס, 2013). עקב זאת עליהן להתמודד עם קשיים שונים שנובעים מהשינוי שהתרחש. הקושי העיקרי שתיארו כלות טריות בקשר לנישואיהן הוא המעבר החד והבלתי נתפס בעיניהן ממצב שבו "הכול אסור" למצב שבו "הכול מותר" - מחינוך לצניעות ולכיסוי הגוף עליהן לעבור כעת לחיים אינטימיים של חשיפה פיזית ורגשית בפני גבר. נוצר אפוא מצב שבו תחום המיניות אינו מוכר - אסור לעסוק במין, לא מדברים עליו לפני החתונה ואף נאסר להרהר בו. ועם זה מייד עם החתונה הוא נעשה הנושא מרכזי ביותר בקשר הזוגי בלי שניתנה לבני הזוג ההזדמנות להכירו בהדרגה. בליל הכלולות יתקיים האקט המיני הראשון, והנשים עלולות להרגיש חרדה ממנו מחד גיסא וחובה הלכתית לבצעו מאידך גיסא, והרגשות האלה מקשים עליהן עוד יותר. במצב שנוצר עלול החתן הטרי והלא מנוסה להפעיל כוח רב שעשוי לגרום לכלה חוויה קשה וכאב מוחשי (הטב' בלום, 2009). האתגרים האלה עשויים ליצור קשיים באינטימיות ומורכבויות שונות בנושא קיום יחסי מין או אף לגרום להימנעות מהם (וולפסון, 2009).

## וסטיבולדיניה כהפרעה בתפקוד המיני

וסטיבולדיניה מתוארת כ"כאבים בחדירה וגינלית כתוצאה מהחדרת אצבע, חפץ או טמפון לאיבר המין או במהלך קיום יחסי מין" (לב' שגיא, 2020) ונצפתה בין גיל 20 ובין גיל 40

<sup>1</sup> תמר יעקבי היא מתמחה בפסיכולוגיה רפואית במרכז הרפואי ע"ש שיבא בתל השומר ובמחלקה לפסיכולוגיה במכללה האקדמית אחווה.

מייל: [tamsheh@gmail.com](mailto:tamsheh@gmail.com)

<sup>2</sup> ד"ר אורן סגל הוא נירופסיכולוג שיקומי מומחה ומדריך במחלקה למדעי ההתנהגות במכללה האקדמית תל אביב-יפו. מייל: [orinseg@gmail.com](mailto:orinseg@gmail.com)

<sup>3</sup> המאמר נכתב על בסיס עבודת גמר מחקרית בתואר השני בפסיכולוגיה רפואית במכללה האקדמית תל אביב-יפו.

<sup>4</sup> המונח "דתי" בעבודה הזאת עוסק באדם דתי-לאומי אורתודוקסי.

המין "הטבעיים" בין גבר ובין אישה בראייה הרפואית ובראייה החברתית (Kaler, 2006). התפיסה הזאת נעשית בסיס למוטיבציה גבוהה לקיום יחסי מין שבהם חדירה, על אף הכאבים, גם בקרב הנשים הדתיות וגם בקרב הנשים החילוניות הסובלות מווסטיבולדיניה (אורשלימי, 2015; פרינס, 2013, 2018).

למרכזיות החדירה ביחסי המין הזוגיים עשויה להיות השפעה רבה על חוויית הזהות של הנשים המתמודדות עם ווסטיבולדיניה. הנשים הסובלות מהמחלה תיארו אותה כמי שמנשלת אותן מזהותן הנשית ומפקיעה אותה מהן עד כדי כך שהן רואות בעצמן נשים מזויפות. ההרגשה הזאת באה לידי ביטוי, בין היתר, בירידה בביטחון העצמי והמיני ובאכזבה מהאופן שבו יחסי המין באים לידי ביטוי בקשר הזוגי (Ayling & Ussher, 2008). מחד גיסא האישה הדתית הסובלת מווסטיבולדיניה מתמודדת עם דיסוננס זהות - היא אישה נערה דתית המחונכת לצניעות ולהדחקת מיניותה, אבל מצפים ממנה לפתח זהות נשית ומינית בערב חתונתה - ומאידך גיסא היא מתמודדת עם ווסטיבולדיניה שלקיומה תתודע רק לאחר חתונתה.



## המחקר

אם כן, כיצד מתמודדות נשים דתיות שסובלות מווסטיבולדיניה עם המתח הזה? כיצד הן תופסות את מיניותן ואת חווייתן העצמית? כדי לענות על השאלות האלה ערכנו מחקר איכותני שמבקש לתת מקום לחווייתיהן הייחודיות מתוך העמקה בבחינתן הפנומנולוגית. מטרתו המרכזית של המחקר הייתה למפות משמעויות וחוויית סובייקטיביות

(אורשלימי, 2015). לאבחון ווסטיבולדיניה צריכים להתקיים שלושת המרכיבים האלה: (1) כאב בפתח הנרתיק שבא לידי ביטוי בעיקר בניסיון חדירה לנרתיק; (2) אודם ברקמה; (3) בדיקה על ידי רופא/ה שבוחן את רגישותו של הווסטיבול' מבוא העריה (שם). במחקרים שנעשו בשנים האחרונות נמצא כי 16 אחוזים בקירוב מהנשים בעולם מאובחנות כסובלות מווסטיבולדיניה. הסטטיסטיקה בישראל תואמת את הנתון הזה, אבל התופעה נקראת גם "הסוד השמור של כאבי פות", וייתכן כי האחוזים גבוהים אף יותר (שם).

אומנם הסיבות הגורמות לווסטיבולדיניה ולכאבים בחדירה עדיין אינן ידועות (Simonelli et al., 2014), אך ישנן שתי השערות מרכזיות למקור הכאב: האחת היא הסבר פיזיולוגי-רפואי כגון גורמים גנטיים או חיסוניים, גורמים הורמונליים ושימוש באמצעי מניעה, דלקות ואבנורמליות בשחלות; והשנייה מבליטה היבטים פסיכוסקסולוגיים כגון טראומה מינית, סף כאב נמוך, חרדה, לחצים והתנהגויות עבר (אורשלימי, 2015).

שיטות הטיפול רבות ושונות, ובין היתר נכללים בהן היתר טיפול תרפויטי כגון תרופות ומשחות, פיזיותרפיה של רצפת האגן, אמבטיות שמנים ומאמני נרתיק, טיפול פסיכולוגי וביופידיבק ואף ניתוח. למרות הטיפולים הרבים המוצעים לא קיים מידע מספק שיעיד מהו הטיפול הטוב והיעיל ביותר (Weinberger et al., 2019).

## זהות נשית ומינית בצל ווסטיבולדיניה

התמודדות עם מחלה גופנית כמו ווסטיבולדיניה עשויה ליצור טראומה לגוף ואף לערער ממש את החוויה הנפשית-זהותית. החוויה הטראומתית הפיזית קשורה בקשר הדוק לחוויה של שינוי טראומתי של העצמי (Segal, 2018). הגוף הפיזי הוא מרכיב ראשוני של העצמי בכל הרמות - נפשית, בין-אישית, חברתית וקוגניטיבית. מכאן שכאשר חוויית הגוף משתנה באופן מהותי ופתאומי בעקבות מצב רפואי-פיזי נרכש, המחיר הפסיכולוגי הוא כפול: מחד גיסא ההתמודדות עם גוף מוגבל וכואב, ומאידך גיסא שיבוש יסודות הידע על העצמי כמו שאנחנו מכירים אותו. מלבד זאת, השינויים הגופניים והנפשיים יוצרים בתורם גם שינויים ביחסים הבין-אישיים ומעצבים אינטראקציות על רקע ההתמודדות הגופנית (Segal, 2022).

בהקשר זה למדים בני הזוג מהמוסכמה החברתית על יחסי מין שההיבטים השונים של המגע המיני הם אך הקדמה ליחסי המין "האמיתיים", שבמרכזם ציווי החדירה the coital imperative (Jackson, 1984). כך נתפסים יחסי

## התמודדות עם מחלות וחיבוט השייכות

בעקבות אבחון של תסמונת כאב או מחלה כרונית נאלץ האדם הסובל מהן להתמודד עם קשיים רבים. אחד הקשיים המרכזיים שספרות המחקר עוסקת בהם הוא קטיעת הרצף הנרטיבי - הופעתה של מחלה עלולה לקטוע בחדות את הרצף הנרטיבי של האדם ולגרום לשינוי בדינמיקת היחסים בין הנפש ובין הגוף, ביחסים עם אחרים ובחיי היום-יום (Bury, 1982; Segal, 2022). ואכן, כל המרואיינות, ללא יוצאות מן הכלל, עסקו בהרגשת ה"לבד" לעומת מעגלים משמעותיים בחייהן: בני זוג, בני משפחה, חברות וקהילה. הרגשתן הושפעה בעיקר מהיעדר שיח על מיניות בכלל ועל כאבים במין בפרט במעגליהן החברתיים. כמעט כולן (מלבד שתי מרואיינות) עסקו בהקלה ובריפוי שהעניקה להן ההכרה מהחברה והדיבור עם נשים שחוות מצבים דומים.

גם בספרות המחקר נמצא כי להרגשת השייכות, להיכרות עם חולות אחרות שסובלות מהמחלה ולשיתוף החוויה הייתה משמעות רבה לחולה, והן קידמו בריאות פיזית ונפשית (חול ונווה, 2014). כמו המרואיינות במחקר זה, גם נשים רבות שמתמודדות עם וסטיבולדיניה מרגישות שהן לבד בעולם, שהן היחידות שסובלות מכאבים בקיום יחסי מין. כאשר הן למדות על שכיחות התופעה ומופנות לקבוצות תמיכה אינטרנטיות שבהן הן זוכות להזדהות ולתמיכה מנשים אחרות הן מרגישות הקלה עצומה (יופה, 2021). על סמך האמור לעיל נראה כי לתמיכת המשפחה (ובייחוד מבן הזוג) ולתמיכת החברה (בעיקר מנשים מתמודדות) ישנה חשיבות עצומה ליכולתן להתמודד עם וסטיבולדיניה.

## בדידות בקשר הזוגי

בצרכים הראשוניים של האדם נכללים ביטחון, קשר וקרבה לאדם אחר והרגשת שליטה (Winnicott, 1953). יחסי המין מהדהדים את הקשר הדיאדי ומעוררים את הכמיהה למילוי הצרכים הראשוניים (מרום, 2012). כאשר בת הזוג חווה כאבים ביחסי המין עלולה להיווצר גם דיאלקטיקה מורכבת שבה בן הזוג הוא המאפשר, המנגיש והאוהב מחד גיסא, והמכאיב והחודר מאידך גיסא. להחזקת התפקיד הכפול הזה נדרשים משאבים משני בני הזוג. בן הזוג משמש במידת מה בתפקיד ה"אם סביבה" שעליה להמשיך את רצף ההוויה הלבדית המיטיבה שהתקיימה ברחם מחד גיסא, ולהנגיש את העולם באופן מותאם כך שהחוויה לקשר עם אחר תתהווה מתוך רצון פנימי מאידך גיסא (ויניקוט, 1958).

בעולמן של המרואיינות המתמודדות עם וסטיבולדיניה, בתשומת לב מיוחדת לעובדת היותן דתיות. כל המרואיינות חתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר, וועדת האתיקה של המכללה האקדמית תל אביב יפו אישרה אותו - אישור מספר 2022063.

## כל המרואיינות, ללא יוצאות מן הכלל, עסקו בהרגשת ה"לבד" לעומת מעגלים משמעותיים בחייהן: בני זוג, בני משפחה, חברות וקהילה.

במחקר השתתפו 15 נשים, מגיל 21-38, אשר סובלות מוסטיבולדיניה, נשואות שנה עד שמונה שנים ומגדירות את עצמן כמי שחונכו וגדלו על הרצף הדתי-לאומי. הנשים משמרות את הזהות הדתי-לאומית בחייהן גם בהווה. המרואיינות אותרו בשיטת "כדור שלג" שבה הועברה מודעת חיפוש בקבוצות פייסבוק, בפורומים שמיועדים לנשים שסובלות מכאבים ביחסי מין ובקבוצות ווטסאפ. כן הועברה המודעה מפה לאוזן כדי לנסות להגיע לנחקרות שאינן חברות בקבוצות או בפורומים ייעודיים. חיפשנו נשים דתיות-לאומיות שסובלות מוסטיבולדיניה ומוכנות לשתף את המראיינת בסיפור התמודדותן עם המחלה. בשיטת איסוף הנתונים בחרנו בריאיון מובנה למחצה - השאלה הפותחת בו הציגה את נושא המחקר וביקשה מהנשים לספר, במידה הנוחה להן, על חווייתן הפרטית מהתמודדותן עם וסטיבולדיניה. בהמשך הריאיון שאלנו אותן שאלות להשלמת הידע, להבהרת נושאים לא ברורים או כדי לחזור לשאלה הפותחת במקרים שבהם הייתה זליגה למרחבים משיקים.

## תמות מרכזיות מתוך ממצאי המחקר

### תמה 1: בין לבד ובין יחד בחברה

מרואיינת אחת סיפרה שהיא "לבד בעולם. אני לא מרגישה בנוח לשתף שום דבר עם חברות, אימא שלי לא באה בחשבון, וככה אני מתהלכת. לבד בעולם". אחרת אמרה לנו:

לא היה פשוט. מצד אחד הוא מאוד תמך והכיל, מצד שני היו תקופות שלא יכולתי לקיים יחסים וזה יצר מרחק. היה הרבה תסכול. אני מאמינה שזה גם השפיע הרבה מאוד על הקשר. היו גם תקופות שזה קירב, והוא תמך למרות שהיה לו קשה ושהיה לו צורך ורצון מסוים, אבל לגמרי יש תסכול... מצידו הייתה ציפייה שאם את לא יכולה - תספקי אותי בדרך אחרת. לפעמים זה לא היה בתדירות שהוא רוצה. זה היה קשה.

אם כן, בן הזוג נתפס כמוביל וכאקטיבי יותר מבת הזוג, לכל הפחות בשלב הראשוני של יחסי המין. ויש לו תפקיד מורכב עד מאוד: עליו לאפשר לבת זוגו את רצף ההווה הגופנית הלבדית שהתקיימה בחייה עד כה וגם להנגיש לה (ולעצמו) את עולם המיניות החדש לשניהם כדי שתיווצר חוויה טובה. חוויה חיובית כזאת תיצור ביניהם קשר מיני שנובע מהרצון הפנימי של שניהם בעתיד (אורשלימי, 2015). אם לא נוצר קשר כזה מתעצם הקונפליקט, וחווית הלבד מוסיפה להתפתח עם התפתחות הקשר הזוגי. בתוך כך עלולים להיווצר פערים גדולים בין בני הזוג, ואלה יגרמו להתעצמות הרגשת הלבדיות.

### תמה 2: בין הכרה ובין אי-הכרה במערכת הרפואית

אחת המרואיינות סיפרה ש"הרופא אומר לי: תראי, אני בודק אותך והכול תקין. את יכולה לקיים יחסים. פשוט תשתי יין ותירגעי". אחרת תיארה טיפול:

בשנייה שהמתמר נגע בי קפצתי וצעקתי. היא (הרופאה) הסתכלה עליי במבט המום ואמרה לי להירגע ושהיא לא עושה לי שום דבר רק בודקת באולטרסאונד מה המצב של הרחם. ושאהיה רגועה וארפה את הגוף. כשצעקתי בפעם השנייה היא קמה בפתאומיות, עזבה את הכול, אמרה לי - תתלבשי עכשיו. אני לא יכולה לבדוק אותך ככה. תחזרי אליי כשתלמדי להרפות כמו שצריך, זה לא עסק ככה. זה לא משחק פה. ופשוט גירשה אותי מהחדר.

**נראה אפוא שנשים חוות חוויות קשות בבדיקות גינקולוגיות שגרתיות; קל וחומר שכאשר מתווספים עליהן כאב ואימתן אבחנה מתאימה מתעצם הקושי שלהן.**

### רפואה מודעת מין ומגדר

מרבית המרואיינות תיארו את הרגשת חוסר השליטה שלהן במצב ואת חוסר ההבנה מצד מערכת הרפואה. הן הרגישו כי המענה שקיבלו לא היה מקיף מספיק והתעלם משורש הבעיה. לדבריהן, היה עליהן לעבור בין מספר רב של רופאים שלא ידעו לאבחן את הבעיה, נתנו טיפול לא מתאים או פטרו אותן באמירה שהן אינן סובלות מכלום והתעלמו מהקושי ומהכאב שלהן. היחס והטיפול שזכו לו התישו אותן. בהקשר זה נערך בשנת 2018 מחקר מטעם "קרן בריאה" על אודות חוויותיהן של הנשים בארץ בזמן בדיקה גינקולוגית. נאספו בו נתונים של 6,500 נשים ויותר, ונחשפו נתונים מדאיגים שקשורים להרגשת ביטחונן של

נשים בחדר הטיפולים וליחסי רופא/ה-מטופלת. בעקבות המחקר הובן הפער בין ציפיות המטופלת ובין מה שקורה בפועל בחדר הרופא/ה. נראה אפוא שנשים חוות חוויות קשות בבדיקות גינקולוגיות שגרתיות; קל וחומר שכאשר מתווספים עליהן כאב ואימתן אבחנה מתאימה מתעצם הקושי שלהן. ואפשר להבין שהחוויה שחוו הנשים בחדר הבדיקה ליוותה אותן והשפיעה רבות על אופני פעולתן בחייהן בכלל. מרואיינות רבות אמרו כי במשך חודשים ארוכים נמנעו מלחזור לבדיקה נוספת, אף שהיה ברור הצורך בה, מכיוון שהתקשו לעמוד בחוסר האמפתיה ובכאב שסברו שיהיו מנת חלקן גם בביקור הבא אצל הרופא/ה. לעומת זאת, ארבע המרואיינות שקיבלו הכרה בכאבן ומענה רגיש מצד הרופא/ה תיארו הרגשת הקלה עצומה בזכות ההבנה ש"יש לזה שם" ומינוח רפואי, ועל כן הייתה להן מוטיבציה גבוהה לטפל בעצמן.

רפואה מודעת מין ומגדר היא תחום מדעי חדש למדי שמטרתו לפתח כלים לטיפול ולאבחון מתוך הבנה שמערכות הגוף מושפעות מהמין ומהמגדר. נשים אינן נכללות ברוב המחקרים הקליניים, ועקב זאת הרפואה אינה מכירה לעומק את מאפייניהן הייחודיים ומתמקדת באופן שבו הגוף הגברי מגיב על תהליכים שונים. שני שלישים מן המחלות שפוגעות בשני המינים נחקרו אפוא בקרב גברים בלבד (Jarvis et al., 2020). גם בתחום רפואת הנשים מתמקדים הלימודים בעיקר בפריון ובילודה, ולא עוסקים בהם די במחלות הפות והנרתיק, בכאבים ביחסי מין, באמצעי מניעה וכיוצא באלה (יופה, 2021). וגם כאשר נשים מדווחות על כאב מתקשים הרופאים לטפל בהן, משום שגם בקרבם יש חסמים כגון היעדר ידע, הרגשת חודרנות, מבוכה וקוצר זמן, והם מקשים עליהם לאבחן את מקור הכאב ולהעניק לנשים טיפול מיטבי. 52 אחוזים בלבד מהנשים הסובלות מכאב ופנו לרופא/ה מקבלות אבחנה מתאימה. האבחנה הזאת ניתנת לאחר שנתיים-שלוש בקירוב ולאחר שנפגשו עם 15 רופאים בממוצע (Vieira-Baptista et al., 2018). הנתונים האלה תואמים את סיפוריהן של המרואיינות במחקר זה, שתיארו אבחון וטיפול תרופתי מוטעה (לדוגמה, אבחון של פטרייה בנרתיק) וגם את אי-המענה לעניין הכאב ביחסי מין על אף פניותיהן החוזרות ונשנות בנושא. מלבד הקושי בקבלת האבחנה דיווחו מקצתן גם על יחס אנושי לא נאות מצד הרופאים.

### תמה 3: הפנים הרבות של חוויות הזהות הנשית

"הרגשתי מאוד מקולקלת כאישה. גדלתי בתחושה שאני שונה מהסביבה שלי וחריגה, לא רק בנשיות ומיניות.

ואז התווסף לי מין... זו הייתה הוכחה אובייקטיבית כזאת שאני באמת מוזרה, שונה, כולם מצליחים לעשות את זה ורק אני לא", אמרה לנו אחת המרואיינות. מרואיינת אחרת סיפרה ש"נחשפנו לעוד אפשרויות והחלטנו שמוציאים את החדירה מחדר השינה. זה לא היה בבת אחת כמובן וגם זה לא היה מוחלט, אבל זה ירד מהדיפולט. זה כבר לא היה הברירת מחדל. וזה היה מדהים בשבילנו, גם בשביל החשק שלי וההנאה שלי". המרואיינות במחקר דיברו על האופנים שבהם משפיעה התמודדות עם וסטיבולדיניה על חוויית העצמי שלהן, ובפרט על חוויית העצמי הנשית מינית. הן עסקו במנגנוני פיצוי זהותיים, בהרגשת חוסר נשיות, בכעסים, בתסכולים ובהאשמות עצמיות, ועם זה גם בניסיונות להרחיב את הזהות הנשית הדתית ומתוך כך לשנות את ציווי החדירה; ועל כך בהמשך המאמר.

## שינויים בהלכה והשפעתם על חוויית הזהות הנשית

ההבנה שחדירה אינה חייבת להיות חלק ממיניות כבר רווחת למדי בחברה החילונית ואף מעוגנת במחקרים. בחברה הדתית לעומת זאת עדיין נתון תהליך זה בראשית דרכו, והדרך להבנה עוד ארוכה. ועם זה נראה כי ישנה תנועה של שינוי בהלכה, ובשינוי זה יש משום הקלה גדולה לנשים שנחשפו אליו. בשנתיים האחרונות אפשר לראות ניצנים של פרקטיקות מיניות שיוצרות נשים דתיות, פרקטיקות שעיקרן לשמש נקודת מפגש שחוקרים בה מגע וחושניות בגוף הנשי השלם ולא חותרים לסוף החדירה. הן אינן מוצגות כפתרון לסובלות מכאבים אלא כדרך להכיר עונג נשי ומיני מסוג אחר. הפרקטיקות האלה הן תחילתו של שינוי חברתי תודעתי בנושא ציווי החדירה ושל האופן שבו נראית מיניות בין בני זוג ובין האישה לבין עצמה. תגובות החברה לשינוי זה חיוביות ברובן - יש הכרה בחשיבות הנושא והשינויים ועניין בהם. נראה כי הכלל צמא להבין את הנושא וללמוד אותו בצורה שתואמת את רוח ההלכה ואת כללי הצניעות (פרינס, 2018).

### תמה 4: ממשבר לצמיחה

"חברה שלי כתבה שיר בעקבות הסיפור שלי ובנוסף הייתה הצגה שהעלינו אני וחברות שלי על כל מיני סיפורי מיניות. מרגיש לי שהתהליך שלי הגיע עד לשם. ההצגה הייתה לי ריפוי", סיפרה אחת המרואיינות. מרביתן תיארו שינוי והתפתחות עצמית בתהליך שלהן עד כה. הן תיארו מעבר ממשבר לצמיחה, מחוסר שליטה לשליטה ומאי-

הכרה להכרה מצד הרופאים. אחדות מהנשים אף ציינו מעבר ממצב של נתמכת על ידי נשים אחרות לתומכת במתמודדות בתחילת דרכן.

במחקר הזה בחרו רבות מהמרואיינות להציע את עזרתן או להעלות את המודעות לתופעה באמצעים שונים. רובן עשו זאת בלי מערכת מאורגנת, מכיוון שקיימות מסגרות אחדות בלבד שעוסקות בנושא (וגם אותן הקימו המתמודדות עצמן בדרך כלל, מהן מרואיינות במחקר זה). נראה כי באמצעים האלה, פרטיים או במסגרת כלשהי, הן יצרו רשת תמיכה חשובה למאובחנות החדשות וגם להן עצמן, מכיוון שרבות מהן בחרו לעסוק בעניין בכלים שקשורים לתחום המומחיות שלהן.

## דיון

### אינטגרציה של הסיפור הדתי ושל המיניות

נושא הכאבים ביחסי המין באוכלוסייה הדתית מורכב מהשפעות מכיוונים שונים. בגלל הטאבו המוטל על מיניות ועל יחסי מין נוצר קושי גדול לדבר על הנושא ולשתף בו אדם מחוץ לזוגיות, ולעיתים הקושי קיים גם בין בני הזוג עצמם. לצד זה ישנו ציווי החדירה - ציווי שנובע מהתרבות המערבית ההלכתית. במחקרנו בולטים שני גורמים מרכזיים שמעצבים את השפעות וסטיבולדיניה על חווייתן של נשים דתיות:

(1) הקושי בתקשורת ראשונית בכל הנוגע למיניות. אף אחת מהמרואיינות לא הכירה את מחלת וסטיבולדיניה לפני נישואיה, ורובן המוחלט תיארו היעדר תקשורת בכל הקשור למיניות על כל גווניה. בגלל השתקת נושא המיניות בחברה הדתית, קל וחומר נושא הכאבים ביחסי המין, אפשר להבין את הנחתן של רוב המרואיינות ולפיה הכאבים שהן חשות ביחסי המין נורמליים, וכל הנשים סובלות מהן. אומנם גם הנשים החילוניות מתארות מעבר בין מספר רב של רופאים עד שהן זוכות לאבחנה (אורשלימי, 2015), אבל ההבדל בין ובין הנשים הדתיות נעוץ בזמן - מרבית הנשים החילוניות שרואיינו במחקר של אורשלימי (שם) החלו את הברורים הרפואיים מייד עם הרגשתן את הכאב, ואילו הנשים הדתיות במחקר זה סבלו שנה בממוצע עד שהבינו שעליהן לפנות לרופא כדי לברר את מקור הכאב ולקבל טיפול.

(2) הכאבים מתגלים רק לאחר נישואים ומחויבות. דבר זה נתפס כיתרון בעיני אחדות מהנשים הדתיות. החשש שמא יעזוב בן הזוג נוכח ומובהק בקרב החילוניות (שם), ואילו בקרב הנשים הדתיות שרואיינו במחקר זה החשש כמעט

## כיווני המשך

המחקר המתואר במאמר זה הוא מחקר ראשוני שבוחן את חוויותיהן הייחודיות של נשים דתיות שמתמודדות עם וסטיבולדיניה. נחוצים מחקרי המשך שיעמיקו את ההבנה על השפעות וסטיבולדיניה על נשים וכן קווים מנחים ברורים מהקיימים בקשר להתערבות ולטיפול (רפואי, נפשי וזוגי) למתמודדות ולבני או בנות זוגן. בתוך כך מומלץ לחקור את החוויה של גברים דתיים שבנות זוגן סובלות מכאבים ביחסי המין כדי לנסות ולהבין את ההתמקמות שלהם בקשר לאישה שמרגישה בודדה אף שבדרך כלל היא זוכה לתמיכתו של בן זוגה. מחקר המשך עשוי להרחיב את הידע על אודות כאבים ביחסי מין בחברות דתיות ושמרניות אחרות שחיות בישראל כגון החברה הערבית והחברה החרדית ולהשוות ביניהן. ישנה חשיבות רבה לחקר כל חברה דתית בפני עצמה כדי להתאים טיפול פסיכולוגי ורפואי רגיש תרבותית לכל אוכלוסייה. טיפול כזה יאפשר לכל אדם לפנות לטיפול פסיכולוגי שבו המטפלת/ת מבינים את הניואנסים של תרבותו הייחודית, חוקרים אותם ומתחשבים בהם.

## סיכום

מטרת העל של מחקרנו הייתה להדגיש את החשיבות הגדולה של הכרת אוכלוסיות שונות ומגוונות בחברתנו ואת תפקידנו כפסיכולוגים לעודד טיפול רגיש-מגדר ומותאם תרבותית וקהילתית במרחבים שאנחנו עובדים בהם. חשוב לעסוק בנושא הכאבים ביחסי מין בחברה בכלל ובחברה הדתית בפרט. השיח על מיניות אינו מספיק בכלל כאמור, ובחברה הדתית מושתק הנושא עוד יותר. כמו שתוארו זאת דרך חוויותיהן של המרואיינות, היעדר העיסוק בנושא עשוי להערים עוד קשיים ואתגרים שקשורים לסוגיות של מין ומיניות. כדי לאפשר טיפול במקרים שעוסקים במין ומיניות על המטפלת/ת לתת את הדעת על הרגישות התרבותית הנוגעת לאוכלוסייה הזקוקה לטיפול. בהקשר זה תפקידה של הפסיכולוגיה הרפואית לעסוק בקשרים שבין משתנים פסיכולוגיים ובין משתנים פיזיולוגיים ותרבותיים בעת התמודדות עם מחלות. בהקשר של וסטיבולדיניה עשויים הדרכה פסיכורפואית ומתן ידע מונגש על המחלה, על שכיחותה באוכלוסייה, על דרכי הטיפול בה ועל העיסוק בה בהקשרים הפסיכורפואיים והדתיים להיות התערבות בעלת ערך לנשים האלה. מרואיינות רבות תיארו את רגעי ההקלה והשמחה שבהבנה ש"שיש לזה שם" בתחום הרפואי. בתחום הנפשי תפקידנו כמטפלים לוודא שהנשים ירגישו שגם אנחנו יודעים לכנות את כאבן בשם, מכירים אותו ובו, מודעים להשפעותיו הרבות ומטפלים בו ברגישות הנדרשת.

אינו קיים. על אף הכאב והתסכול שחוות הנשים הדתיות הן תיארו את הרגשת הביטחון בהישארות בן הזוג איתן למרות הקשיים במערכת היחסים המינית. כן תיארו נשים רבות את בן זוגן כשותף מלא לחוויה וכמי שנתון גם הוא ל"ציווי החדירה". אף שבן הזוג ממלא את תפקידו כ"חודר" במרחב המיני המשותף הדגישו נשים רבות את רגישותו, ולא את אחריותו לכאב, וראו בו אדם קשוב ותומך. אומנם הנשים הדתיות בטוחות יותר ביכולתן להתמודד עם וסטיבולדיניה בלי לפגוע בקשר הזוגי עד כדי סיומו, אבל העובדה כי הכאבים מתגלים רק לאחר הנישואים, עם התבססות הקשר המיני בין בני הזוג, עשויה ליצור ריחוק של הנשים מגופן ועקב זאת גם ריחוק פיזי ונפשי מבן הזוג. אחדות מהנשים אמרו כי בגלל זה הן התחמקו מקיום יחסים ולא שיתפו את בן הזוג בכאבן, ובהמשך הקשר נוצרו קשיים וליקויים בתקשורת בין בני הזוג בפן הזוגי והמיני כאחד.

**העובדה כי הכאבים מתגלים רק לאחר הנישואים, עם התבססות הקשר המיני בין בני הזוג, עשויה ליצור ריחוק של הנשים מגופן ועקב זאת גם ריחוק פיזי ונפשי מבן הזוג.**

בתוך המורכבויות האלה מתהווה בשלוש השנים האחרונות קבוצת נשים אשר יוצרת את תחילתו של שינוי חברתי ושל שינוי בשיח, בהתנהגות ובלגיטימציה לדבר על המחלה בגלוי. הנשים הדתיות הסובלות מוסטיבולדיניה ומכאבים אחרים בזמן יחסי מין פעילות למען הנושא ברשתות החברתיות, ובזמן האחרון גם מחוצה להן. שם הן מושפעות ומשפיעות כאחת ומקדמות שינוי ותהליכים חברתיים נרחבים. הן כבר אינן מובכות ואינן מרגישות צורך להסתתר מאחורי מסך ומקלדת בגלל היותן נשים דתיות שמדברות על מין. הן פעילות ממש, אינן מתנצלות על הכאב ואינן רואות בו את אשמתן, כמו שתיארו שהרגישו בתחילת הדרך, ומחזקות נשים אחרות. אומנם הנשים האלה מעטות, אך פעילותן חשובה מאוד, וקולן בקרב קהילת הנשים הדתיות הסובלות מכאבים ביחסי מין נחוה כמשמעותי ותורם לנורמליזציה של הנושא, לשיח עליו ולריפוי. ועם זה גם הנשים המשפיעות והחזקות האלה מספרות על קושי גדול ועל הרגשת בדידות אדירה, על קושי במציאת מענה נפשי תואם אשר מבין את מצבן לאשורו. על כן חשוב ליצור רגישות תרבותית בעת טיפול בנשים האלה. כאשר תוכן מורכבות מצבן יהיה אפשר לתת מענה אמפתי בטיפול ולדון בו בכל המורכבויות והמתחים הנוגעים למצבן הייחודי של הנשים האלה.

- אורשלימי, ש' (2015). הטרנסקסואליות, כאב, התנגדות: חוויתיהן של נשים עם ויסטיבוליטיס. אוניברסיטת בר-אילן.  
 ברגר-רענן, ר' (2014). לקפוץ לבריכה שאין בה מים: חווית שנת הנישואין הראשונה של נשים דתיות. המכללה האקדמית תל אביב-יפו.
- הטב־בלום, ק' (2009). השתיקה אינה יפה להם, קשיים בתפקוד המיני בקרב בני זוג נשואים. בתוך ט' כהן (עורכת), **להיות אישה יהודייה**. קולך.
- וולפסון, נ' (2009). לקראת כלה לכו ונלכה - דגשים בהדרכת כלות. בתוך ט' כהן (עורכת), **להיות אישה יהודייה** (עמ' 143-154). קולך. ויניקוט, ד' (1958). **עצמי אמיתי, עצמי כוזב**. עם עובד.
- חול, ב' ונוה, ש' (2014). לצלול אל המצולות: מבט אישי על הנחיית קבוצה להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 2, 62-56. [https://isot.org.il/wp-content/uploads/2020/08/H-04-5\\_2014.pdf](https://isot.org.il/wp-content/uploads/2020/08/H-04-5_2014.pdf).
- יופה, ט' (2021). כאב ביחסי מין בקרב נשים מנקודת מבט ביופסיכופמיניסטי. **פסיכואקטואליה**, 82, 46-42. <https://www.psychology.org.il/StaticContent/magazine0421/42/index.html>
- לב־שגיא, א' (2020). **וסטיבולידיניה ממגע**. VCLINIC - מרפאה לטיפול במחלות הנרתיק והפות. <https://did.li/0ax5>.
- מרום, ר' (2012). **נשים בסקס - פוליטיקה, גוף ונפש**. האוניברסיטה העברית.
- פרינס, מ' (2013). התמודדות נשים דתיות עם מיניות וגוף לאחר החתונה. בתוך ט' כהן (עורכת), **אישה ויהדותה** (עמ' 135-143). קולך.
- פרינס, מ' (2018). **בין גוף לחברה: מיניות נשית בחברה הדתית לאומית** אוניברסיטת בר-אילן.
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). If sex hurts, am I still a woman? The subjective experience of vulvodinia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behave*, 37(2), 294–304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Bury, M. R. (1982). Chronic Illness as a biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–182. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10260456/>
- Jackson, M. (1984). Sex research and the construction of sexuality: A tool of male supremacy? *Women's Studies International Forum*, 7, 43–51. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277539584900839>
- Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F., & Alvarez, E. (2020). Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00583-z>
- Kaler, A. (2006). Unreal woman: Sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Feminist Review*, 82, 50–75. <https://doi.org/10.1057/palgrave.fr.9400262>
- Segal, O. (2018). "I am not myself, but I am not an other": Self-dissolution narrative in medical rehabilitation psychotherapy. In E. R. Severson & D. M. Goodman (Eds.), *Memories and monsters: Psychology, trauma, and narrative* (pp. 187–211). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315159713-10>
- Segal, O. (2022). "Tragic Knots" following acquired chronic medical conditions: A relational perspective in psychotherapy in medical settings. In D. Lemberger (Ed.), *Psychoanalytic investigations in philosophy: An interdisciplinary exploration of current existential challenges* (pp. 174–197). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Shalev, O., Baum, N., & Itzhaki, H. (2013). "There's a man in my bed": The first experience of sex among modern orthodox newlywed in Israel. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(1), 40–55. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.67502>
- Simonelli, C., Eleuteri, S., Petruccelli, F., & Rossi, R. (2014). Female sexual pain disorders: Dyspareunia and vaginismus. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 406–412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25211497/>
- Vieira-Baptista, P., Almeida, G., Bogliatto, F., Bohl, T. G., Burger, M., Cohen-Sacher, B., & Zalewski, K. (2018). International society for the study of vulvovaginal disease recommendations regarding female cosmetic genital surgery. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 22(4), 415–434. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29994815/>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: A systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual Medicine Reviews*, 7(2), 223–250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402732/>
- Winnicott, D. W. (1953). Mind and its relation to the psyche-soma. *Through Pediatrics' to Psychoanalysis*. Hogarth Press.