

# לפרוץ את חומת הזכוכית

## זוגיות ונישואין לאנשים עם מוגבלות

עורך: רפאל ש. פוירשטיין

עלינו ללוות זוגות עם מוגבלויות שכליות בהולכם בדרך זו, הודעה מחסומים, ולסייע להם לפתוח את השער אל החוויה של עצמם ושל זוגיותם כבעלי גוונים ארוטיים-אינטימיים חיוביים. חוויה זו מהווה חלק מהחוויה הרחבה יותר של היותם בני אנוש, הזקוקים לקשר אינטימי משמעותי של אהבה וזוגיות.

פעמים רבות זוגות מציעים סימפטומים מיניים ספציפיים אשר מייצגים חרדות וקשיים עמוקים יותר. ההיחסות לסימפטום ומתן טיפול בתחום המיני בלבד עלולים לחזמין את המענה הרגשי והבין-אישי לו הם זקוקים, ולהשאיר את המצוקה בעינה. כמו כן, לא נריר למצוא זוגות עם מוגבלויות שכליות המציגים סימפטומים וקשיים מיניים לא יציבים, כלומר – סימפטומים ספציפיים, המתחלפים עם סימפטומים אחרים במהלך טיפול. לדוגמה, זוג המגיע עם דיווח על קושי לקיים יחסי מין כשל חוסר ידע פרוצדורלי ואנטומי, מעלה בהמשך הטיפול פחדים ומחסומים רגשיים, ובשלב מאוחר יותר הם מדווחים כי לגבר יש הפרעת זקפה. הפרעה זו מתגלה כקשורה להפרעת כאב שיש לבת הזוג. כמו כן, פעמים רבות נצפים קשיים הקשורים למגע, לאינטימיות ולמיניות באופן כללי, ללא סימפטום ספציפי. אלו קשיים התפתחותיים ראשוניים, השייכים לטיב הקשרים הבין-אישיים המוקדמים ולהשפעת קשרים אלו על יכולת האדם עם מוגבלויות שכליות לקיים קשר זוגי ומיני אינטימי והרדי עם אחר משמעותי (להרחבה, ראו: וייס, 2016).

ג'ק אנון (Annon, 1981) פיתח את מודל הפליסיט (PLISSIT). מודל זה מתייחס לארבע רמות התערבות שונות בפנייה לעזרה בתחום המיני. על פי המודל, הרמה הראשונה, כלומר, המענה לו זקוקים רוב הפונים, היא מתן היתר (Permission) להתנהגות מינית או לצורך מיני לגיטימי שהפונה חושש שהם בעייתיים. הרמה השנייה היא מתן מידע מוגבל (Limited Information) אשר יספק לפונה את הידע לו הוא זקוק כדי להפחית את החרדה והראגה סביב נושאים הקשורים למיניותו או כדי שיוכל להמשיך בהתנהגות מינית בריאה. שתי רמות אלו במודל נתפסות כשייכות לתחום החינוך המיני. ברמה הבאה, הפונה זקוק לייעוץ ממוקד (Specific Suggestion), כדי שיוכל לעשות את השינויים הדרושים הקשורים למיניותו ובכך להתגבר על הקושי בגללו. פנה. תחום זה שייך לייעוץ המיני ומחייב ידע מעמיק יותר בתחום המיניות, וכמצבים הקשורים כבריאות גופנית ונפשית שבעטיים עשויים הפונים להגיע. הרמה האחרונה של המודל היא רמת הטיפול המעמיק (Intensive Therapy), המתיחסת לקשיים הדורשים טיפול פסיכו-סקסואלי מעמיק ואינטנסיבי יותר.

## טיפול זוגי-מיני באנשים עם מוגבלויות שכליות – בחזרה ל"משחק המיניות"

גבו וייס

כפרק זה אעסוק במקומו של הטיפול הזוגי-מיני כבעל פוטנציאל לשיקום והעצמה בקרב אנשים עם מוגבלויות שכליות. בהתייחסותנו למושגים השגורים מין ומיניות, חשוב כי נבחין בין מין המתייחס לפעילות בעלת מטרה של הגברת העוררות המינית והתפקודים המיניים בדרך לחרידה ולאורגומה, לבין מיניות המתיחסת לארוטיקה הזוגית ולמגע חושני ומענג בין בני הזוג. הבחנה זו חשובה מכיוון שאינה תמיד ברורה, לא לאנשי המקצוע, לא להורים וכיבוד לא לבוגרים עם מוגבלויות שכליות. על ההתערבות הטיפולית לאפשר נגישות למיניות (Tapper, 2000) ופיתוח של הערך העצמי המיני, עבודה המהווה משקל נגד לעמדות הסכיכה אשר הופנמו, החסמות ומרחיקות בוגרים עם מוגבלויות מלחונות עצמם כבני אדם מיניים, הראויים להיכלל ב"משחק הגדול" של מיניות ואינטימיות, או כפי שמציג זאת טאפר:

מסרים מיניים שליליים על אנשים עם נכריות מזינים עמדות שליליות ואמונות מטעות בנוגע ליכולתם המינית, והם משלמים על כך בערך-עצמי המיני. ערך-עצמי מיני נמוך המשולב עם מגבלות פיזיות, יכולת תחושתית פגועה, קושי בעוררות מינית, קושי בשפיקה או קושי באורגומה, עלול לגרום לכך שמיניות יחסיים מיניים ייראו חסרי טעם ויאשררו אמונות בלתי מבטאות של א-מיניות, ועלול להוביל למסקנה "למה לטרוח?". הגישה לעונג היא סוגיית הנגישות האמיתית. הרי בשביל מה אנו עושים את כל המאמץ? נגישות לעונג פירושה סיכוי סביר לקשר בין-אישי משמעותי... אנו חייבים לקדם את ההכללה של עונג מיני בלימודי נכריות, בפוליטיקה ובשח הצ'יברי (Lapper, 2000, 288) (הרגום של כותב הפרק – ג.ג.).

בואנו לתת את הסיוע לו זקוקים כוגרים בעלי מוגבלויות שכליות, בהתערבות בקשיים בתחום המיניות, רמת ההיתר והלגיטימציה היא משמעותית ביותר. אני מאמין כי בעבודה עם מתכבגרים וכוגרים אשר התמודדו ומתמודדים עם רמות גבוהות של איסורים ביחס לביטויי מיניות ומימוש, מתן ההיתר הבסיסי לזכותם לאינטימיות, למיניות ולעונג ממוע קרוב, מהווה צעד ראשון והכרחי בדרך למימוש הפרטנציאל המיני והאינטימי שלהם כבני אדם.

הבנה עמוקה של רמת ההיתר לפי מודל ה-PLISSIT מסייעת לאדם עם מוגבלות שכלית לפתח בתוכו את "הרשות להיות אדם בעל זהות מינית, צרכים מיניים, דאגות, פנטזיות ושאיפות למימוש האני המיני" (אלוני, 1998). בכדי לזמש זאת, על גורמי הטיפול לפעול ל"העצמה מינית" של האדם, כלומר – להגברת הערך העצמי המיני, שפירשו אמונה שאני בעל ערך ואטרקטיבי מינית, אני אוהב ומעריך את עצמי ואת גופי, ומאמין בכוחי וכיכולתי לתפקד מינית, לענג ולהענג.

ההיתר כרוך בעמדות של הסביבה הטיפולית ביחס למיניותם של אנשים עם מוגבלויות, בביטויי הגלוי (במילים הנאמרות באופן ישיר) והסמוי (בשפת גוף ופעולות החושפות שלא במתכוון עמדות אלו). תגובותינו כמטפלים – השפה בה נשתמש, טון הדיבור ושפת הגוף שלנו ביחס למיניותם של הפונים לעזרה לשם סיוע בפיתוח מיניותם, הן משמעותיות ביותר במתן ההיתר לכך שמדובר בפעולות, רצונות ומאווים לגיטימיים ובריאים.

אם כך, מהי הייחודיות בקשייהם של אנשים עם מוגבלויות בתחום המיני? איסורים, רתיעה וחרדה של הסביבה ביחס למיניותם של ילדים, של מתכבגרים, ולבסוף – ביחס למיניותם של כוגרים עם מוגבלויות שכליות, "ספגים" בגופם ובתודעתם של הכוגרים עם מוגבלויות ופעילים מתחם כאילו הם שלהם. לעתים קרובות אני שומע רתיעה, ביטויי גועל ואיסורים ביחס למגע מיני ואינטימי, המהווים החזנה של עמדות הסביבה אשר הופנמו על ידיהם, גם אם לא אוכל לשמוע עמדות אלו באופן מומי מאותה "סביבה".

כבידור עם ההורים או עם צוות הריוך בו מתגוררים הכוגרים בנוגע לעמדותיהם, אשמע לעתים תהייה והפתעה "מאיפה הם הביאו את זה". דוגמה לכך ניתן לראות בקבוצות לכוגרים העוסקות בחינוך למיניות וזוגיות. כאשר אני מבקש בקבוצות אלו תגובה ראשונה שעולה להם ביחס לאיבר המין, בייחוד איבר המין הנשי, כמעט תמיד התקבל התגובה המילולית: "איכס! ביטוי זה מלווה בביטויים גופניים של גועל ורתיעה. תגובה זו כמעט שאינה מתקבלת בקבוצות של מתכבגרים או כוגרים ללא מוגבלויות שכליות."

ניתן לראות כיצד, כבר מהשלבים ההתפתחותיים הראשונים, מובנה וצומח פיצול בין האדם עם המוגבלות לבין חזייה נוחה ונעימה ביחס לגוף, למגע, לעונג ולמיניות. פיצול זה הולך ומתרחב לאורך השנים עד שהוא הופך לנתק. לעתים הניתוק כה גדול, עד כי נראה כמעט בלתי אפשרי למצוא גשר בין העצמי לבין מיניותו. הכיטוי הגלוי של מצב זה מתקבל בעמדה של אינטימיות, וכיטויים כגון "זה לא קשור אליי, לא מעניין אותי". אך אולי בשונה מאנשים ללא מוגבלויות, המגבשים זהות א-מינית, זהות זו היא גמישה ומשתנה פעמים רבות לאחר קבלת לגיטימציה למיניות, בתהליך של טיפול או הדרכה מינית. בשל כך, אתייחס לכך כאל שלב התפתחותי שנחסם ונעצר, כאל שלב של פרה-מיניות ולא כאל מצב סטטי של א-מיניות (וייס, 2011).

התייחסותה של מטפלת למיניותה לאחר סיומו של תהליך טיפולי מבטאת בצורה יפה עמדה זו:

זה עצוב לי שכל כך הרבה שנים לא אהבתי את הגוף שלי, ושחשבת שכל הוברים האלה המיניים הם, איך להגיד את זה, שלא עושים את זה, שזה אסור, ורק בנות כאלה, מופקרות, מאוננות ונהנות מחיי מין. היום אני אוהבת את זה, אוהבת את הגוף שלי, זה כיוף לי ואני רוצה להמשיך ולהכיר את המיניות שלי, עם או בלי החבר שלי (וייס, 2011, 11).

מצב זה של צורך בקבלת לגיטימציה, הן חיצונית והן פנימית, כולט גם בתחום הזוגיות הרומנטית. זוגות רבים, אשר למרות שהם חשים ומציגים זהות זוגית משמעותית – כלומר, לעצם היותם זוג יש משמעות רבה בעיניהם, גם אם לא תמיד בעיני הסביבה – זוגיות זו נעדרת כמעט סממנים של אינטימיות וכיחוד היא חפה ממיניות. בשל תלות רבה בסביבה התומכת, ובשל עמדות ההתייחסויות השוללות ביטוי לגיטימי של מיניותם, ובהמשך לכך גם של זוגיות רומנטית ומינית, לא די במתן לגיטימציה שקטה לזוגיות זו. ללא מתן היתר באופן אקטיבי ויזום, ללא עידוד והכוונה וללא הדרכה, זוגות רבים יתקשו לצאת ממעגל הזוגיות הילדית, הפרה-מינית, ולאפשר לעצמם להתפתח לקראת מימוש הפרטנציאל המיני והאינטימי שלהם.

זוגות רבים אשר פנו אליי והראו זוגיות נעדרת מיניות או אינטימיות, יכלו לבטא באופן ברור את המשאלה להיות חלק מ"המשחק הגדול של המיניות", להיות שווים ונורמלים גם בתחום הנתפס כמסקרו, מסתורי ושייך לעולמם

בקוטב הניתוק ממין נראה גברים ונשים, המודווחים כי "מין לא קשור אליהם". בצדו הבריא של קוטב זה קיימת היכולת שלנו להיות לא מיניים בזמן שמין ותחושות מיניות חזקות אינם מתאימים – בעבודה, בלימודים או במפגש חברתי, למשל. בקוטב השני, של המין המנותק, נראה התנהגות מינית נעדרת חיבור ומודעות לתחושות, בייחוד לרגשות של עצמי או של האחר. בקוטב זה, בצורתו השלילית, ניתן לראות מין פורנוגרפי מוגזם או אף פגיעה מינית ואונס. בצורתו החיובית, מין זה מאפשר משחק מיני, התמקדות רק בעצמך או רק באחר מתוך בחירה, ומפגש עם מרכיבים המעוררים ומשמרים תשוקה, מרכיבים יצירתיים, בעלי איכויות פסיכוסמיות ומשחקיות, בתוך מסגרת של כבוד והסכמה הדדית. בריאות מינית אינה מתוארת כהשתקעות במרכז הגוף – במיניות המחוברת (הכוללת גם את הוויית המין האינטימי והמחובר). אני רואה בריאות מינית כיכולת להיות במרכז הגוף, בו אני מחובר לעולמי הרגשי ולעולמי הרגשי של האחר, אך גם לצרכים פיזיים ונפשיים, לתשוקות, למאוויים ולפנטזיות, ויחד עם זאת לחוש חופשי לנוע על גבי הציר אל שני קטביו בתוך הקשר האינטימי או המיני. יכולת תנועה זו דומה מבחינת החוויה למשחק של ילד, הנע בין מצבים רגשיים ופיזיים שונים. תנועה זו מתאפשרת כאשר הקטבים האחרים, אשר אינם "בשימוש" כרגע, נשמרים בתוכי כאפשרות או כפוטנציאל אותו אממש בזמן אחר, בהתאם לסיטואציה החברתית, הכין-אישית והאישית בה אני נמצא. מצב זה הוא לב הבריאות המינית על פי הגישה המתוארת בציר המיניות. מניסיוני, ציר זה מסייע באבחון מצבו המיני של המטופל, ובקביעת מטרות הטיפול וכיוון השינוי בו עלינו לסייע למטופל לנוע מבחינת התפתחותו המינית.

הסיבות להשתקעות באחד הקטבים קשורות למפגש הטעון במשולש שקורקרוי הם: סביבה משמעותית, מוגבלויות ומיניות. אתיחס כאן לחלק מהצמחים המשמעותיים ביותר, להבנתו, התורמים לקושי של המתבגר והבוגר עם מוגבלויות לממש את הפוטנציאל של מיניות אינטימית.

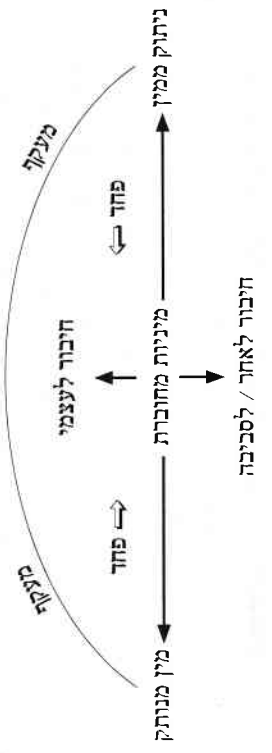
התקשרות (Attachment) החל מהשלבים הראשונים  
 תיאורית ההתקשרות פותחה על ידי בולבי בסוף שנות ה-60 של המאה הקודמת (Bowlby, 1969) ועסקה בהשלכות ההתפתחותיות של הקשרים המשמעותיים בין התינוק והילד לבין הדמויות התוריות המשמעותיות שלו. בספרו *A Secure Base* (Bowlby, 1988) הוא מדגיש את הצורך ביצירת בסיס של כישוץן הדרוש לאדם כדי שיוכל לחקור את עולמו הפנימי והחיצוני.

של אחרים, יפים ובריאים. עם זאת, חשוב לזכור כי לעתים קרובות, המין הוא מכשול בפני המיניות. למשל, אם בשל מגבלה גנטית, פיזית או נפשית או בשל טיפול תרופתי האדם לא יכול להגיע לתפקוד מיני (אין עוררות – זקפה או רטיבות), פעמים רבות, מצב זה יוביל לחוסר חשק וחוסר נכונות להיכנס לכל מפגש מיני, גם בחלקים במיניות לגביהם אין קושי אורגני. לדוגמה, גבר אשר בשל טיפול תרופתי שהוא מקבל מתקשה להגיע לזקפה מלאה, יימנע גם מחיבוקים, ליטופים ומגע מיני אשר אינו כולל חדרה.

בנוסף לכך, המין עצמו עלול לשמש כהגנה (מוסרית היטב) מפני מיניות (Bertolini & Neri, 2005). כלומר, התמקדות מוגברת בפעילות של חדרה, ואורגזמה או התייחסות צדה לקשיים בפעילות זו וטיפול בסימפטומים בלבד, עלולים להוות מעקף להתמודדות עם פחדים וקשיים עמוקים יותר, הקשורים בחוויית האינטימיות והקרבה הגופנית והנפשית. לעתים, כדי לסייע בפיתוח המיניות ממצב של מין ללא אינטימיות או ממצב של אינטימיות, עלינו לזהות יחד את הקשיים המעוררים את הצורך בהגנה והימנעות, את הצורך בהפעלת מנגנוני הגנה של התכנסות, התרחקות ו"השתכללות", כלומר – ניתוק ממין, או של פעילות מוגברת ומין מנותק מהחוויה הרגשית.

ציר המיניות (וייס, 2011) מתאר תנועה זו, העוקפת מיניות אינטימית, המחוברת ומודעת לעולמו הרגשי של הפרט ושל זולתו (הזולת עמו הוא מקיים קשר אינטימי). ניתן לראות בו תנועה האופיינית לבוגרים עם מוגבלויות התפתחותיות, בין שני הקטבים העוקפים את המרכז – מיניות אינטימית ומחוברת: קוטב הניתוק ממין וקוטב המין המנותק.

## ציר המיניות



תרשים 1: ציר המיניות  
 חיבור לאחר / לסביבה  
 ניתוק ממין

דפוסי התקשורת, המתפתחים לאורך הילדות המוקדמת כנוטים יותר לכיוון הכטות, או כנוטים יותר לכיוון הלא כטות, ממלאים תפקיד מרכזי ביותר במיניזם ובזיהים האינטימיים של אנשים עם מוגבלויות. קיימת עדות לקשיים בהתפתחותה של התקשורת כטוה בקרב ילדים עם מוגבלויות. התקשורת כטוה נוצרת בתוך הקשר הורה-ילד, קשר בו ההורה מאפשר לילד הרגעה וביטחון כאשר הוא נמצא במצב של מותח, סיכון, פחד, עוררות יתר או הזדקקות אחרת. ההורה יכול להרגיע את הילד באמצעות מחוות של התקרבות והרגעה, מגע מנחם, קולו המוכר, המשרה ביטחון, וכדומה. אולם, פעולות אלו תלויות במצבו הרגשי של ההורה וברגשות אשר מעוררים בו הקרבה לילד והקשר עמו. כאשר נולד ילד עם מוגבלות, תהליכים רבים משפיעים על השדה הרגשי והפיזי בין הילד להורה.

עם לידתו של ילד עם מוגבלות, או עם גילוי או חשד לקיומה של מוגבלות בגיל צעיר, מתחיל תהליך המתערב בהתקשורת הורה-ילד. ההורים עוברים משבר בעת המפגש עם המוגבלות של תנוקם. הם כואבים עליו, כואבים על עצמם ומלאים פחדים על העתיד לבוא והגשות אשמה על דברים שעשו או לא עשו טרם הלידה. מחקרים רבים מראים כי הורים לילדים עם מוגבלויות חווים דיכאון (Olsson & Hwang, 2006; Singer, 2006). בעיות בקשר הראשוני בין האם לילד (Blacher & Meyers, 1983) מאגז פיזי לא מותאם (לוי-שיף ושולמן, 1997) ועוד. ילדים עם מוגבלויות עלולים להינטש בבתי החולים, וחלקם מוצאים מהבית ועוברים לטיפול מוסדי בגילאים צעירים. להתליכים אלו יש השפעה על התפתחותם של דפוסי ההתקשורת הרבים מהם, יחסית לאוכלוסייה הכללית, יפתחו דפוסי לא כטוהים (וייס, 2000).

נוכל לראות בקלות כיצד פעילות מינית אינטימית מכניסה את הפרט למצב בו עליו להעז להחקור את עולמו הנפשי והגופני של האחר ושל עצמו, ובר בזמן להיות חשוף לחקירה ו"חרידה", בזמן הכפול של המילה, של האחר לתוכו ולתוך עולמו. שדל (Schaedel, 2005) מציינת כי אדם עם עצמי לא כטוה (או דפוסי התקשורת לא כטוהים) עלול לחוות מיניות ומין אינטימי כמעוררים חרדה רבה. חרדות אלו יכולות לקבל ביטוי כבגרות בסימפטומים מיניים רבים ושונים. חוקרים שונים בתחום ההתקשורת מראים כיצד דפוסי התקשורת כטוהים או לא כטוהים – בעלי מאפיינים של חרדה תלוית או חרדה הימנעיתית או שתיהן יחד – משפיעים על היכולת ועל טיב המיניות והזוגיות האינטימית בבגרות (1990; Simpson, 2004; Shaver & Vernon, 2004; Davis, Shaver & Vernon, 2004).

אכן, בקליניקה של הפרעות בתחום המיניות והאינטימיות, ניתן לראות כי מרבית הקשיים מהם המטופלים סובלים קשורים לעצמי לא כטוה ותלותי, הזיקה לאשורה

ולקרבה, אשר מצד אחד מאיימת על האחר ומצד שני מתגשה אותו, או לעצמי נמוע ו"משתבלל", השומר על מרחק מאינטימיות ומכל קרבה לכן או בת זוג ותלות רגשית או פיזית בהם. דיוויד שנרש (Schnarch, 2009) מציין כי הבסיס לקיומו של קשר זוגי, המשמר אינטימיות ותשוקה לאורך זמן, קשור בהכרח בפיתוח של תחושת עצמי יציב (solid sense of self). בשל הסיכונים הרבים בדרך להתפתחותה של תחושה פנימית של עצמי יציב וכטות, ולפיתוחם של דפוסי התקשורת כטוהים באוכלוסייה של בוגרים עם מוגבלויות שכליות, פיתוח תחושת עצמי יציב מהווה שלב בסיסי בטיפול בקשיים האינטימיים והמיניים של בוגרים אלו (וייס, 2015).

התנהגות מינית ואינטימית של בוגרים עם דפוסי התקשורת לא כטוהים נפוצה בקליניקה המינית בקרב זוגות עם מוגבלויות שכליות. את הצד של דפוס ההתקשורת הנמוע מייצגות גישות של ניתוק מעולם המיניות, ואמירות כמו "מין לא קשור אליי" ו"זה לא מעניין אותי". לצד הדפוס החרד-תלותי נפגוש זוגות בהם אחד מהם או שניהם זקוקים למין לשם הרגעת תחושות לא נעימות כמו תסכול, כעס, בדידות, חוסר מסוגלות וכדומה. האדם מעוניין להיפטר מתחושות אלו ואינו יכול להישאר עם המשמעותיות הרגשית והבין-אישיות הגולמות במפגש עמן (צ'ירדון, 2001). המין במקרים אלה יהיה דחפי וללא יכולת להרגעה עצמית, המאפשרת התחברות לעולם הרגשי של העצמי או של כן או בת הזוג. בני הזוג שלהם יחושו כי "לא רואים אותי", "רוצים רק את הגוף שלי", "לא מעניין אם אני רוצה או לא, אם כואב לי או לא".

עם זאת, בטיפול הזוגי נפגוש זוגות רבים אשר נוהגים מאוד ממגע הכללי חיבוקים, התגפפיות, ליטופים אינטימיים ואף מעוררים מבחינה מינית. זוגות אלו אמנם חווים אינטימיות וקרבה, אך מתקשים לעבור להתנסויות מיניות הכוללות חדירה ולעתים אף אורגזמה, סיפוק ופורקן מיני כאשר הם נמצאים יחד. נראה שמקרים נפוצים אלו קשורים לחוסר העזה שלהם להעמיק ולחקור את העולם הפנימי ואת הסביבה.

הביטחון הבסיסי, המאפיין את אותם בוגרים אשר פיתחו דפוסי התקשורת כטוהים, מהווה תנאי להעזה כזו. עם זוגות אלו, אשר מעלים להיות במצב של קרבה ותלות אינטימית, חשוב ביותר לעזור ולפתח יותר את תחושת "הבסיס הכטות" בעצמם ובקשר הזוגי, כך שיוכלו להתנסות ולחקור יותר את המרחב המיני הפרטי והזוגי על עצמקו השונים.

להלן, אציג תיאור מקרה המדגים את הגישה המתוארת לעיל, ואת משמעותיה הטיפוליות.



**תיאור מקרה**

צחי ובצלאל! הם זוג החי בדירור בקהילה לבוגרים עם מוגבלויות שכליות ותפקודיות, בדירה משותפת להם ולעוד מספר דיירים. שניהם היו בני 30 בעת שהחלו הפגישות בינינו, נשאים כשנה ומקיימים זוגיות כשנתיים. לשניהם יש מוגבלות פיזית קלה הקשורה לקשיים כלידה ולשיתוק מוחין (CP). שניהם עובדים בעבודות כשוק החופשי אך בסיוע רכות ההשמה של הדירור. הסיבה המוצהרת להגעתם לטיפול היא רצונם המשותף "להתקדם לקראת שלבים נוספים במיניוּתם, כולל היכולת לקיים יחסי מין מלאים". בנוסף לכך, צחי ובצלאל נתקלים בקשיים וקונפליקטים בחייהם המשותפים כווג, באיזון בין חייהם החברתיים הנפרדים זה מזו לבין חייהם הזוגיים האינטימיים. בחווה הזוגי שלהם, צחי נוטה לגלם את תפקיד הילד המתבגר, המורד ומחפש נפרדות, בעוד שבצלאל מגלמת את תפקיד האם, המנהלת את הדירה והזוגיות, ומבקשת יותר קרבה, מעורבות ואינטימיות.

מבחינה מינית, לשניהם אין התנסויות מיניות קודמות. הם מגדירים את עצמם כמאוד מיניים, כבעלי רחפים מיניים, פנטזיות מיניות ורצון למימוש מיניותם במסגרת הזוגית. עם זאת, כוונותם לא קיימו יחסי מין מלאים וחוו מספר בודד של מפגשים מיניים מהנים, הכוללים עינוג הדדי ואף אורגזמה. מפגשים אלו זכורים להם כחיוביים וכציוני דרך התורמים לאינטימיות הזוגית שלהם, ואף לערך ולדימוי העצמי של כל אחד מהם כבוגרים מיניים, נורמלים ובריאים. אך בין מפגש מיני כזה לבא אחריו עוברים בדרך כלל חודשים רבים בהם הם חשים בודדים, מרוחקים, מנוכרים, והרגשות העיקריים המתקיימים ביניהם הם כעס וכיקורתיות. לצד זאת, לאורך כל חייהם הזוגיים, גם בתקופות של כעס וריחוק, הם מייצרים מרחבי הפוגה בהם הם נהנים מליטופים, מסאייס, חיבוקים, שינה צמודה ב"כפיות" וכדומה. זאת, כאמור, מבלי לעבור ממרחב המגע האינטימי למרחב המיני הארוטי.

ניתן לראות כי צחי נע בין ביטויי התקשרות כמו חיבוקים, ליטופים וקרבה באמצעות מגע, לבין התרחקות והימנעות מקשר. או הוא ממוקד בעצמו ומקיים "מין מנותק". הוא פונה לפרונו לסיפוק עצמי ומנסה להסתיר זאת מחבצלת. ניתן לראות שגם חבצלת נעה בין התנהגויות התקשרות וחיבור לבין הימנעות

1. כדי לשמור על פרטיותם של המטופלים, הוזג המתואר אינו זוג אמיתי, אלא מורכב ממאפיינים נפוצים של זוגות רבים עמם עבדתי.

טיפול זוגי-מיני באנשים עם מוגבלויות שכליות – בחזרה ל"משחק המיניות" ■ 295

והתרחקות מאינטימיות. אז היא פונה לקוטב הנגדי מזה של צחי, קוטב ה"ניתוק ממין". היא מושקעת בניחול הבית ואורח חייהם, בהתאם למה שהיא תופסת כצפיפות של צוות הדירור ושל הוריהם, אותם היא מנסה לדחות. חבצלת נוטה ללחוץ על צחי ולדרוש ממנו יותר קרבה ומעורבות, יותר אינטימיות ועשייה משותפת. זאת, לצד רצונה כי יפחית את קשריו החברתיים האחרים, אשר מהווים איום עבורה. לדוגמה, היא יכולה להגיד פעמים רבות: "אני מרגישה שאני לא מעניינת אותו". בקשות אלו גורמות לצחי לנוע בין בריחה לפרונו והתרחקות, לבין רצון לקרבה, חנופה וריצוי של חבצלת. זהו מצב מעגלי, שבו ניתן לראות כיצד ככל שצחי מתרחק ונמנע מאינטימיות ותלוציות, כך חבצלת כועסת, פגועה וביקורתית יותר, מצד אחד, אך לוחצת יותר לקשר קרוב, מצד שני.

המפגשים האינטימיים ביניהם, כאשר הם מצליחים לקיים "מיניות מחוברת", מרגשים ונעימים, אך גם מלאים בחששות. ההתחברות לעולם הרגשי של עצמם ושל האחר עמו הם באים במגע אינטימי, פירושה התחברות גם לחרדות, פחד מתלות, מפגיעה, מנטישה, מעלבון, מהיכלעות וכדומה. הם מאוד זהירים, פוחדים לפגוע באחר, להבהיל, להכאיב, לטעות ולהיות בלתי קשובים. הם מתנסים במעט מאוד חידושים ומעט מאוד חקירה מעבר למה שבו כבר התנסו, ונראה להם כשות. פעמים רבות הם קוראים ספרי הדרכה או מתכוננים בסרטי הדרכה למגע ארוטי, זאת למרות שאין בכך כל צורך טכני עבורם. חומרי הדרכה אלו מהווים עבורם אובייקטים להישענות, המסייעים להם להידגדג ולחוש ביטחון שביר בחקירתם המינית המהוססת.

נראה כי רוב המגע המיני שלהם קשור בשינה והירדמות. פעמים רבות בשיחה אשמע דיאלוגים כגון: "מה, באמת עשית לי ככה? כנראה שכבר נרדמתי" או "ליטפתי אותה עד שהיא נרדמה" ו"אחרי שהגעתי לפרוקן אני חושבת שנרדמתי, אני לא יודעת אם הוא גמר אחר כך" או "אנחנו מענגים זה את זו וממש נהנים...". ואיך זה מסתיים? אנחנו פשוט מתעייפים ונרדמים". גם כאן, נראה שהשינה מאפשרת מפלט ממחויבות לעונג המיני ולחקירה ערה של העצמי המיני יחד עם חקירת מיניותו של בן או בת הזוג. כך המיניות מתקיימת באזור דמדומים שבין ערות לבין שינה, משתחררת מעט ואז נעצרת ונבלמת.

זוגות רבים עם מוגבלויות שכליות מציגים תמונה מינית דומה, פחות או יותר, לזו שמציגים צחי ובצלאל. כלומר, זוהי תמונה של מעגל החוזר על עצמו, בו נעים סביב מין ומיניות – במרחב בו מתקיימת תנועה – בין ריחוק וניכור לבין ידירות וחום ילידים, חפים ממיניות. מדי פעם, המעגל נפרץ לאזור המיני,

אך הפריצה תהיה קצרה, מרגשת ומפחידה, ומשם יהדפו בחזרה למעגל המוכר והבטוח. כאמור, מעגל זה מאפיין זוגות עם מוגבלויות שכליות מתחילת הקשר ביניהם, והוא שונה באיכותו מהקשיים המיניים עליהם מתלוננים זוגות רבים ללא מוגבלויות שכליות, בדרך כלל בשלבים מאוחרים יותר בחייהם הזוגיים. השיפול, אם כך, עוסק במסע בדרך להצמח מינית ובפיתוח תנועה לכיוון של יצירת כסיס בטוח, המאפשר חקירה. תנועה זו תעבור דרך מיניות אינטימית ומחברת לעולמם הרגשי, אך לא תישאר רק שם ולא תישאר רק על פני השטח (רק לטופים), אלא תוכל גם להעמיק (ליחסי מין). כסופו של דבר, התנועה תוכל להכיל ללא בהלה גם מיניות רכה וקרובה, השייכת לשפת הרוך של המיניות הילדית, כפי שיש לצחי וחבצלת כבר כיום, אך גם מין עם תשוקה, תעוזה ועוצמה, מין השייך לשפת התשוקה של המיניות הבוגרת על פי המשגותיו של פרנצי (פרנצי, 2003).

נעבור כעת להתבוננות במספר אלמנטים בטיפול המיני בצחי וחבצלת, אשר הם מרכזיים בטיפול במיניותם של זוגות בוגרים רבים עם מוגבלויות שכליות.

## דימוי עצמי מיני

דימוי עצמי מיני משקף את התייחסות האדם אל עצמו כאדם מיני. הוא נע על רצף שבין תפיסה שלילית לחיובית ובין תחושת מסוגלות לתחושה של חוסר מסוגלות. כל אדם מפתח את הדימוי העצמי המיני שלו בהתאם להתנסויות, להדים ולמשוב שקיבל במהלך חייו לגבי היותו בעל ערך וראוי להיות נאהב, מושך ובעל ערך מיני – בעל ערך ב"שוק המיניות" או ב"שוק השידוכים", הנקבע על פי ערכי החברה בה הוא חי.

בכל תרבות וחברה יש תבחינים שונים לאותו ערך. בחברה המערבית, התבחינים לערכו המיני של אדם קשורים בדרך כלל להצלחה כלכלית, להישגיות, לאידיאל היופי כפי שמשתקף בפרסומות, בקולנוע ובטלוויזיה, לשנניות, למחשבה מהירה ולאינטליגנציה גבוהה. ככל שנתונך קרובים יותר לתבחינים הללו, כך עולה הסיכוי שהדימוי המיני שלך יהיה בריא וגבוה יותר. ככל שאתה הולך ומתרחק ממצב זה, כך עולה הסיכוי שהדימוי המיני שלך יהיה נמוך יותר. ילדים ומתבגרים עם מוגבלויות שכליות מסמלים, פעמים רבות, אנטי-תזה למגמה חברתית זו. הם נתפסים כלא מיניים וכלא ראויים להיות חלק ממעגל המיניות החברתית (אלוני, 1998). בנוסף, מכיוון שמיניות בחברה

טיפול זוגי-מיני באנשים עם מוגבלויות שכליות – בחזרה ל"משחק המיניות" ■ 297

המערבית היא עניין של תחרות, בעלי נכויות שכליות עלולים להגיד לעצמם: "אני לא מהמצליחים בחברה, בלימודים, אני אטי יותר, דחוי יותר, תלוי יותר בעזרה מהסביבה כמעט בכל תחום ולכן גם אין לי סיכוי להצליח בתחרות המינית". או כפי שמציין טאפר, הם עלולים להגיע אל המסקנה המיאשת לפיה "למה לטרוח" (Tapper, 2000):

בשיח על דימוי עצמי מיני יש לקחת בחשבון גם חוויות שליליות המעצבות אותו, כגון: פגיעה מינית (ידוע כי ילדים ומתבגרים עם מוגבלויות נפגעים במידה רבה יותר מילדים ומתבגרים ללא מוגבלויות); הערות מעליבות על הגוף והמראה; הערות ו"צחוקים" על התפקוד (קשיי דיבור, צליעה, קשיים שכליים); חוויות של דחייה חברתית (משותפות לאנשים רבים עם מוגבלויות ומתחילות כבר בגן), והערות פוגעות על המיניות וההתנהגות המינית (דבר הקורה לעתים בשל קשיים בהתנהגות מתאימה ומקובלת מצד הילד עם מוגבלות שכלית). כל אלו יוצרים את הדימוי העצמי המיני ואת תחושת הערך המיני, ועלולים לעצב את האדם עם מוגבלויות בכיוון של חוסר אמונה בהיות האדם בעל ערך מיני, בוששה בגוף ובלקות, ושנאה עצמית. אנשים עם מוגבלויות מגיעים פעמים רבות לניתוק בין הנפש לבין הגוף, לחוסר יכולת לאהוב את הגוף, לחוסר יכולת או רצון לעינוג עצמי, ומכאן גם לחוסר אמונה ביכולת להיות ראוי לאהבה, לאינטימיות ומיניות, ולזכות בהן.

בעבודתי עם צחי וחבצלת, אני עושה כמיטב יכולתי להפוך את המפגש בינינו לבטוח ומפיל עבורם, מפגש אשר בו נוכל לחקור את מיניותם באופן אמין וכן, אך גם תומך ומעודד. כדי להקנות להם כישותן, אני מעודד אותם ומדגיש את היותם מוצלחים מבחינה מינית וראויים למין ולמיניות. אנו מפרשים מחדש חוויות שהם תופסים כשליליות ובכך מעלים אט-אט את הביטחון העצמי והדימוי העצמי המיני שלהם. לרוגמה, כאשר חבצלת התאר מתוך אמונה כי "היא לא בסדר" כיצד המגע שלה בצחי היה לא יעיל וכנראה לא מהנה, אעודד את צחי להציג בפניה כיצד הוא חווה זאת. במצב זה נוכל כולנו לשמוע צד אחר של הסיפור מפי צחי: "מתוקה שלי, זה היה כל כך מרגש שהעזת ונגעת בי, אני כל כך אוהב את המגע הרוך של היד שלך בי. זה ממש לא משנה שלא הגעתי לפורקן, בכלל לא חשבתי על זה, רק על הפלא הזה שיש לנו כרגע יחד". לכן אני בדרך כלל מצרף את הערכתי לחקירה ההדדית שלהם, לכנות ולתעוזה לחקור ולצאת מהתחום הבטוח של המוכר אל עבר התנסויות במין בוגר וחדש. סבבים חוזרים ונשנים של העצמה מינית עבור כל אחד מהם נפבר ועבורם כווג,

מאפשרים לנו לפגוש יותר ויותר התנסויות כאלו, יותר חקירה ויותר אמונה כי המאוריים המיניים שלהם מכובדים ודאויים.

תוך כדי טיפול, הם מעזים יותר לבטא פנטזיות ומשאלות מיניות, ולבקש זה מזה לסייע להם להגשימן. למשל, חבצלת מבקשת מצחי להוריד במחשב סרט ארוטי שאהבה ולארגן להם ערב צפייה משותף. בכך צחי יכול לגייס את שליטתו בהורדת סרטים למען המיניות האינטימית שלהם. הם מכלים ערב ארוטי מענג יחד, צופים ונוגעים זה בזה. סיפורים אלו, המוכאים למפגש הטיפולי, מאפשרים להם טיפוס ספירלי במעלה הערך העצמי המיני של כל אחד מהם ושלהם כוונג, עם לגיטימציה למיניות ולחקירה מינית של עצמם ושל כן או בת הזוג.

היבט אחר הקשור לדימוי העצמי המיני, הוא הקשר של כל אחד מהם עם גופו. גברים ונשים רבים עם מוגבלויות שכלית חווים את גופם כמקור לאכזבה, עלבון וכאב. הגוף מייצג עבורם לעתים קרובות את חוויות המוגבלות. הגוף הוא הראשון שפוגש את העולם שמוחו לסיכבה הקרובה והמוכרת. הגוף הוא הראשון שפוגש עלבונות מילדים אחרים, מבטים מרחמים של זרים בהם הם נפגשים ברחוב. צליעה, מראה תסמונת, יד שאינה מתפקדת, דיבור משובש, כל אלה גורמים לאחרים לחשוב שאין בהם הבנה או לב מרגיש ורגיש. הגוף סופג את רגשות הבושה וההשפלה, ובסופו של דבר הופך הוא עצמו לאויב של העצמי, למי שיש להעלים ממנו ובטח לא לספל בו, לטפח, לפנק ולענג אותו או להתענג ממנו. תיאוריות ומחקרים על "ילדים יפים" (Cobb, Cohen, Rubin & Houston, 1998) מלמדים אתנו על יחס מועדף שמקבלים ילדים הנחשבים יפים מהגנות ומהילדים האחרים. הם מקבלים יותר מבטים תומכים וחיוניים, ילדים רבים יותר מעוניינים לשבת לידם, לשחק איתם ולהיות בקרבתם. ילדים ומתבגרים אשר אינם עומדים בסטנדרטים, אשר גופם רחוק מספר סטיות תקן ממה שנחשב ליפה ואטרקטיבי (תווי פנים וגוף סימטריים, לדוגמה), אשר גופם מציג לראווה את חריגותם, מקבלים יחס הפוך, יחס של רתיעה, התרחקות ופגיעה. מתקיים פחות מגע בינם לבין האחרים המטפלים או בני הגיל, וכאשר יש מגע, הוא יהיה פחות נעים יותר מעניש, מנגדל או מכאבי.

גם למגע ההורי בתוך המשפחה יש חלק משמעותי בעיצוב החוויה של האדם כלפי גופו. לעתים קרובות ילדים עם מוגבלויות שכליות הם בעלי מראה אופייני לחריגותם או בעלי פגמים אסתטיים אחרים המקשים על האם להיות במגע קרוב עם התינוק (Blacher & Meyers, 1983). לרי-שיף ושלמן (1997) מציינים באופן דומה, כי מגע פיזי של הורים עם ילדים עם מוגבלויות הוא לעתים שלילי ומכאיב יותר מאשר מגע עם ילדיהם ללא מוגבלויות.

טיפול זוגי-מיני באנשים עם מוגבלויות שכליות – בחזרה ל"משחק המיניות" ■ 299

חוויות של מגע וקרבה אינטימית בשנות הינקות והילדות, הן במרחב המשפחתי והן במרחב החברתי, הן משמעותיות ביותר לפיתוח היכולת הביטחון או לחילופין – לקשייניו, בכל הקשור לעונג ומיניות בבגרות. כספרו ה'אני-עורי' מתייחס לכך אניייה:

עורו של התינוק הנו אויביקט להשקעה ליבידינלית מצד האם. המזון והטיפול מלווים במגעם של עור בעור, בדרך כלל מענגים, המדריכים את האוטו אורטיות וממקמים את הנאות העור כרקע אופייני להנאות המיניות... אם התמיכה של הריגוש המיני אינה מובטחת, הסובייקט הבוגר אינו חש בטוח דיו כדי להתנסות ביחסי מין מלאים, המובילים לסיפוק גניטאלי הדדי (אניייה, 2004, 152).

חבצלת עסוקה, יותר מצחי, בחוויה זו של גופה כלא אטרקטיבי וכמקור לבושה. בכדי לסייע לה לקבל ולאהוב את גופה אנו מפתחים במפגשים שיש של קבלה וחמלה עצמית (Germer & Neff, 2013). כשיח זה, שהוא חדש עבורה, חבצלת לומדת להיות רכה ומקבלת. היא מתחילה להתייחס אל גופה ברוך ובנחתמות שהייתה רואה עם מוגבלות דומה לזו שלה. אנו עושים האנשה של הגוף כמי שהיא יכולה להתבונן בו מעט ממרחק, ומתייחסים לצרכי הראשוניים והרגישים ביותר.

בפגישות חבצלת לומדת להתייחס אל גופה כפי שהייתה רוצה שיתייחסו אליה ואליה במשך כל חייה. לאט לאט פוחת הדיבור הביקורת, ואת מקומו תופס דיבור אוהב ומקבל, לצד יכולתה לחוות זיכרונות ורגשות של עצב וכאב, ולדבר עליהם. ליכולת זו, לחוות ולשתף בכאב במסגרת זוגית, מקשיבה ותומכת, השפעה חיובית בדרך לריפוי פצעים נפשיים מוקדמים וביצירת בסיס בטוח. ביטחון זה מאפשר ליצאת מתקיעות החזרות על עצמן בקשר הזוגי, ולנוע לעבר צמיחה ואינטימיות (Borofsky & Borofsky, 2012). בשלב זה, חבצלת מתחילה לטפח את גופה, לדבר ולהתייחס אליו בכבוד, ומעוניינת לתת לו חוויות טובות ומעצימות. בהמשך, היא מצליחה לשמוע ולחוש ברור יותר את משיכתו של צחי אליה, ולהנות מכך ללא אשמה ותחושות שליליות, אשר בעבר תמיד היו מעורבות בחוויה המינית. חוויה חדשה זו ביחס לגופה מאפשרת לשניהם להגיע לרמות חדשות של הנאה ממיניותם ומגופם, הראוי למגע, הערכה והתלהבות.



## פחדים הקשורים לפעילות המינית

מעבר לחרדות ולחוסר הביטחון הבסיסי אליו התייחסתי כאן, זוגות עם מוגבלויות שכליות חווים פעמים רבות פחדים ספציפיים הקשורים להתפתחות המינית של האדם עם מוגבלות. גברים רבים מבטאים פחדים מפגיעה של עצמם או של בת הזוג בזמן החדירה. הם חוששים שיש שם סכנים, שלא יצליחו להתנתק או שאיבר המין לא יצא. כמו כן, פעמים רבות הפחדים קשורים לדימויים שהם ראו או שמעו כלילדותם, לאירועים שהיו מבהילים ולא מעובדים, ונתפסו כמכאיבים או כמסוכנים: צפייה בכלבים ש"נרדקו", שמיעת סיפורים ש"זה כואב", אי-הבנת ההקשר של הדם במחזור החדשי וייחוס צעקות עונג של האישה לכאב.

אנשים עם מוגבלויות מפנימים במקרים רבים את פחדי הוריהם והגורמים המטפלים בהם ממניניות ומניצול מוגבלותם לפגיעה מינית בהם. כמו כן, פחדים אלו יכולים לבטא, כמו אצל רבים ללא מוגבלויות, חרדות אוניברסליות, מוקדמות יותר, כגון חרדת סידוס (פרויד, 2008). השיפה הדרגתית, דיבור על פחדים, המחשה והסבר באמצעות דגמים עשויים להגיע חודות אלו, ולהפחית אותן במידה ניכרת.

צחי וחכצלת מוצאים עצמם במעגל של דאגות ופחדים מוגזמים אחד כלפי השני. הם מראים רגישות יתר לכל מה שנראה להם כסימן לכאב או אי-נוחות של בת או בן הזוג. דריכות זו מקשה עליהם ליהנות ולהשתחרר במפגש המיני, מפני שכאשר מערכת חיפוש סימני הכאב שלהם תאמין כי מצאה סימן כזה, היא מיד תיכנס לפעולה במלא העוצמה ותכבה באופן מוחלט כל פעילות מינית. מערכת זו פעילה יותר בשלבים המתקדמים למין בוגר עם קצב ועוצמה של שלב התשוקה.

פעמים רבות ניתן לשמוע בטיפול דיאלוג בו בני זוג מנסים לברר מה בדיוק קרה שם: "אבל מדוע הפסקת? זה היה מעולה... כי שמעת אותך לוקחת נשימה עמוקה וזה הבהיל אותי, הייתי בטוח שכואב לך... או ממש לא, נשמתי עמוק מרוב תענוג, חבל...". הבסיס הלא בטוח עמו הם מגיעים למפגש המיני נותן את הטון ומשתלט על היכבים אחרים אשר היו יכולים להיות נוכחים במיניותם, כגון משחקיות, חקירה, שובבות, התלהבות וכדומה.

במפגש הטיפולי אנו מאפשרים לכל אחד מהם לקחת אחריות על הכאבים והמקומות בהם לא טוב לה או לו, ולשחרר את האחד מראגת יתר ולקחת אחריות על שלום זולתו. אחריות יתר של בן זוג אחד כלפי חברו פוגעת פעמים רבות בערך העצמי ובתחושות המסוגלות, העצמאות, הנפרדות והבריאות של בן

או בת הזוג. אני מעודד אותם להתנסות בהתרחקות ממרכז ציר המיניות, המשמר אצלם מעורבות יתר, ממנה אינם מצליחים לנוע לעבר חקירה של עולמם המיני ועולמו המיני של בן או בת הזוג. למשל, תנועה עדינה לכיוון המין המנותק ולכיוון התמקדות בעצמי על הגוף הדרימרי של ציר המיניות, תאפשר להם להתמקד יותר בעצמם, במה שנעים להם, במה שהם חשים כרגע, בדבר לו הם זקוקים מינית כרגע, ואלו תנועה בכיוון האחר (התמקדות בזולת, בסביבה) תאפשר להם להיות שם עבור האחר ולהניח בצד את עצמם, את הפחדים והראגות שלהם או את צורכיהם המיניים. כך, מתוך התרחקות ממרכז הציר וקיומה של נפרדות ברורה יותר, הם יכולים להיות הן סובייקטים והן אובייקטים מיניים זה לזה, תוך כדי שמירה על מגע עם מרכז הציר, כלומר – על החיבור האינטימי ביניהם, או כשפת ההתקשרות – לשמור על "קשר עין" עם "הבסיס הבטוח" ממנו יצאו למסע של חקירת מיניותם.

עם זאת, קיימים גם פחדים קונקרטיים וברורים מאוד. פחד כזה הוא הפחד מהיריון. הוא מורכב ממשושות, אמונות ופחדים הנוכחים ממש בתוך המפגש המיני, ולעתים קרובות לא מאפשר כל הנאה ומשחקיות מינית. הפחד מהיריון ניוון מקשים בידע ובהבנה, אך גם, ואולי בעיקר, מהמשמעות של היריון כפי שהופנמה על ידי שני בני הזוג – כשיא וכמימוש של אהבה וזוגיות, ואף כמימוש של הפרט בחברה שלנו. מצד אחד, היריון נתפס כמשוזה נשגב, שכמהים אליו. מצד אחר, מועברים מסרים ישירים ועקיפים לפיהם היריון הוא דבר מסוכן ואסור. מסרים אלו עובדים בדרך כלל על ידי המשפחה הרחבה, כשיש בת עם מוגבלות שכלית, מתוך דאגה אמיתית לשלומה, שמא ימצא הזוג את עצמו במצב של היריון לא רצוי כשל חוסר הבנה או קושי בהפעלת שיקול דעת מתאים (Murphy & O'Callaghan, 2004). חרדה מהיריון עלולה להיות מוכללת ולהפוך לחרדה מכל מפגש מיני.

לעתים, סוגיית ההיריון מבטאת באופן ברור את המוגבלות: "אני לא אוכל לגדל ילד משלי". זהו נושא טעון וכואב, המאופיין בקונפליקטים פנימיים, זוגיים ומערכתיים, ובאמביוולנטיות בין הכמיהה להרות, להוליד ולגדל ילד משלי, לבין החשש ממצב זה, הנתפס כלא אחראי, כמסכן את הילד ("כי ייקחו לי אותו") וכלא מתחשב במשפחת המוצא. אשר עליה תיפול אחריות לגידול הילד. פחדים מהיריון אסור גורמים פעמים רבות להימנעות מחזירה ומשפכה. הימנעות זו "נעזרת" בסמפטומים מיניים שונים, המשמשים כ"מטרייה" המכסה על הפחד הממשי, שאינו מודרך.

כאשר שאלתי את צחי מדוע פעמים רבות הוא דואג לענג את חכצלת ומביא אותה לאורגומה אך מיד אחר כך מסיים את הפעילות המינית מבלי להמשיך לפרוק מיני שלו יחד עמו, תשובתו הגיעה מהר מאוד לאזור הפחד מהיריון. פחד זה מקבל ממדים מיתיים כשל חוסר ידע על אמצעי מניעה ועל הפיזיולוגיה של המיניות. בהמשך להתייחסות לדימוי העצמי המיני, הם אינם חשים כי יצליחו לנהל מפגש בו יקיימו יחסי מיין מלאים בהצלחה, ללא "תאונות". פחדים אלו, הנפגשים עם חוסר ביטחון בסיסי יותר, מציפים אותם רגשית ופוגעים בתפקודם המיני ובהנאתם המינית. עזר כדי כך, שהם יכולים ליהנות ממיניות רק כאשר ברור להם שהמפגש המיני לא יתקרב לאזור המסוכן. שימוש בשלב השני של מודל ה-PLISSIT (Annon, 1981), העוסק בידע ממוקד והורכה מותאמת לצורך הרגעה ומתן שליטה בהתרחשות המינית, מסייע להם במידה רבה להשתחרר מהעכבות וליהנות ממפגשים מיניים נועזים יותר ומשחרורים יותר.

### "תסמונת הדלת הפתוחה": קשיים בכינון מרחב של פרטיות

במאמר אחר (וייס, 2015) הצגתי את "תסמונת הדלת הפתוחה". פיתחתי מושג זה בעקבות מאמרה של רינה בר לב אליאלי (2000), שבו היא מתייחסת לדלת חדר הילדים כגיל ההתבגרות, הסגורה בפני הזורים, כאל פנטזיה משלימה לסגנה הראשונית. תסמונת הדלת הפתוחה היא תסמונת משפחתית הקשורה במובהק לאוכלוסיות השיקום. היא מהווה תמונת ראי ל"דלת הסגורה" של המתבגר, שמולה עומדים הזורים ומפנזים על זה קורה שם בפנים. ב"תסמונת הדלת הפתוחה", למתבגר אין דלת בחדר, או יש לו דלת אך היא לעולם לא נסגרת, או אין בה מנעול, או שהזורים פותחים אותה כלי להקיש על הדלת וכלי לבקש רשות. כשמדובר באדם עם מוגבלות שכלית, תופעה זו ממשיכה גם אל תוך הבגרות. כך, קטנה האפשרות שלו לפתח אינטימיות עם עצמו או עם מישהו אחר. תסמונת זו נפוצה כל כך, שיש להתייחס אליה כבר בשלב ההיכרות הראשונית, ובתחילתו של כל טיפול העוסק במיניות ובווגיות של בוגרים עם מוגבלויות שכליות. טיפול ב"תסמונת הדלת הפתוחה" מתחיל קודם כול בשימת לב לתופעה, ואף בחיפוש אותה באופן יזום באמצעות שאלות ישירות ופשוטות: האם יש לך או לכם דלת בחדר? האם מותר לסגור אותה? האם מותר לנעול אותה? כיצד נכנסים הזורים/השותפים/המורידים לחדר?

לאחר שמעמיקים בהיבטים הטכניים, לכאורה, של התסמונת, וחוקרים יחד

את ההיבטים הרגשיים והחברתיים הקשורים בפעולת סגירת הדלת – קושי לבטא הצהרת פרטיות ברורה, קושי להתייבב מול הזורים או המורידים – ניתן לפעול לשינוי המצב. בתחילה, יש לעודד את הפרט או הזוג לבטא נכונות להיות לבד מאחורי דלת נעולה. בהמשך, יש לעודד אותם להציב גבולות לסביבה באמצעות דיבור (מעשה אף אחד לא נכנס לחדר שלי בלי לדפוק בדלת וכלי לקבל ממני הזמנה להיכנס) ובאמצעים טכניים (קניית מפתח, תליית שלט).

היעדר פרטיות, בייחוד בריוור מוגן ובמעונות, הוא אחד המחסומים המערכתיים הגדולים ביותר בדרך לפיתוח מיניות בריאה בקרב גברים ונשים עם מוגבלויות התפתחותיות (Di Giulio, 2003). ברוב המוסדות של דיוור מוגן אין דירות לדיירים יחידים ואף נדיר למצוא בהם חדר פרטי. אני נמקל במקרים רבים שבהם דיירים או זוגות מתקשים לבצע את האקט – שמתברר כדרמטי – של סגירת דלת חדרם בפני שותפים לדיורה. גם אם הם סוגרים את הדלת, אין מנעול או אין רשות לנעול. החשש שדייר אחר או מדרין ייכנסו בכל עת קיים תמיד. גם צחי וחכצלת מציגים פחד מפתחתה של הדלת כמחסום לצמיחת מיניותם ולמימוש. הם מתארים כי כאשר הם נמצאים בסופי שבוע יחד אצל הוריהם, אין כל התייחסות אל הדלת של חדרם. הם מציינים כי חוזר משמש גם לדברים אחרים, וכי בכל רגע אימא או אבא יכולים להיכנס פנימה בלי לדפוק על הדלת. מצב זה יכול להכביעם, אך הוא גם נתפס כטבעי, "כך היו הדברים מעולם". העובדה כי הם כבר מבוגרים ונשואים אינה מספיקה כדי לשנות דפוסי בסיסיים אלו.

באחת הפגישות האחרונות שיתפו צחי וחכצלת בחוויה מינית ומשעשעת של קניית אביזר מין וספר הדרכה מינית בחנות סקס. ההתרגשות והשמחה נעלמו ברגע שסיפרו כיצד המדריכה, שבודקת את הסדר באורנות ומוודאת "שאין לנו שם בלגן ודברים מיותרים", מצאה את הקנייה השוכבה. יחסה אל הקנייה, בעיקר עצם הגילוי והחשיפה, השפיל אותם ופגע בהם. אירוע הגילוי על ידי המדריכה ממחיש בריוק אותה חוויה של היעדר מרחב פרטי המהווה "מעבדה" לחקר אישי ומיני, ואת התשתית לפיתוחן של אינטימיות ומיניות (Bertolini & Netti, 2005, p. 120). בכדי שנוכל להתקדם בחקירת מיניותם ובפיתוחה, היה עלינו לייצר מרחב בטוח קונקרטי סביב פתיחת הדלת שלהם בחדרם וסגירתה על ידי שאר הדיירים ברירה. פעולות אלו השפיעו, מעבר לפן הטכני, גם על פיתוח הערך העצמי שלהם וזהותם כבוגרים מבחינה מינית, הראויים לפרטיות ולכיבוד הזמן האינטימי שלהם.

## סיכום

למרות המחסומים והקשיים עם מתמודדים בוגרים עם מוגבלויות שכליות כתחום המיניות והאינטימיים, מדובר בתחום בו יש גמישות ואפשרויות משמעותיות ביותר לשנינו וצמיחה. כפי שראינו במקרה של צחי וחבצלת, השיקום המיני מתחיל במפגש בו מתבססת תחושת ביטחון, המסייעת להם להאמין בעצמם כבוגרים ראויים לאהבה ולאינטימיות זוגית, רומנטית וארוטית. חיזוק הביטחון הבסיסי מאפשר בהדרגה לחקור רגשות, אמונות מוטמעות ותחושות גוף אוטומטיות ככל הקשור למין, למיניות ולאינטימיות. חקירה זו בחדר הטיפול מהווה הזמנה לחקירה הדדית גם לאחד סיום המפגש השיטלי. כדי לאפשר חקירה מינית עצמית וחדרית, יש לבדוק את כל הקשור ל"סתמונת הדלת הפתוחה" ולפתח את היכולת הפסיכולוגית והחברתית להיות בפרטיות שמורה ומוגנת. השגת היבט יסודי זה של פרטיות, ובעקבותיו – פיתוח החקירה של מיניותם, יכולים להוביל למפגש עם תחושות ורגשות שעד כה הוסוו והושתקו. תחושות ורגשות אלו יכולים לבטא תשוקה, התלהבות, התרגשות מינית ואהבה, אך גם כהלה, התכווצות, פחד, רתיעה ועצב. המפגש עצמו, יחד עם היכולת להישאר איתם ללא כהלה וחסמה, מאפשרים לזוג לפתח את חקירת עולמם האינטימי והמיני, ולחזק את תחושת הקרבה והשייכות זה לזו. עבור בוגרים עם מוגבלויות שכליות, כניסה לעולם המיניות והתחושות הגופניות המענגות מהווה אתגר משמעותי ביותר.

בשל גורמים התפתחותיים שהזכרתי בגוף הפרק ובמאמרים קודמים, פעמים רבות עלול להתפתח נתק בין הגוף החושני, חוויית האהבה העצמית והיכולת להיות נאהב, לבין העצמי המתפקד ומגצה באופן טכני – העצמי הקם לעבודה, מסדר את החדר לקראת מסדר המדינה, משתתף במסיבות במועדון של הדיור ואף מקיים זוגיות, אך ללא חושניות ומיניות ארוטיות. ניתן לגשר על נתק זה ולהתקרב אל הכאב שספוג ברקמות הגוף בעזרת פיתוח חמלה ואהבה עצמית. פיתוח יכולות אלו במסגרת טיפול זוגי מסייע לשני בני הזוג להתחייס אל גופם ואל גופו של כן או בת הווג כרוך, כסקרנות, כחקרנות, לצד העזה להתקרב, לחשוף ולהיות חשוף, לחדור ולהיות נחדר, הן ברמות הנפשית והרגשית והן ברמה הפיזית הקונקרטית ביותר, לחוות תשוקה, התלהבות, עוררות מינית ואיבוד שליטה בתוך חוויה מינית אינטימית ובטוחה.

חורה אל המשחק המיני והחושני, המניע את העולם, המאפיין כל כך את חיינו החברתיים האנושיים, ממנו מודרים רבים כל כך מקרב האנשים עם מוגבלויות,

טיפול זוגי-מיני באנשים עם מוגבלויות שכליות – בחזרה ל"משחק המיניות" ■ 305

צריכה להיות מטרה של התערבות חינוכית ברמה הלאומית והעולמית. מטרה זו היא לבה של התערבות טיפולית ברמה של הפרט או הזוג, המבקשים עזרה במציאת הדרך אל תוך המשחק, אל תוך עולם האהבה, השייכות, והמגע האינטימי והמיני.

## מקורות

אלוני, ר. (1998). טיפול מיני באנשים עם פיגור שכלי. בתוך: א. דובדבני, מ. חובב, א. רימרמן וא. רמות (עורכים). **הורות ונכות התפתחותית בישראל**. ירושלים: מאגנס.

אנייה, ד. (2004 [1995]). **האינטימיות**. תרגום: אורית רזון. תל אביב: הוצאת תולעת ספרים.

בר לב אליאלי, ר. (2000). "הרהורים על הורות" או "חדר הילדים הסגור" – פנטזיה משלימה לסצנה הפרימריית. בתוך: הורים, הורות ומתבגרים: לקט **הרצאות מיום עיון**, נובמבר 2000 (13-30). "מכון סאמיט": ירושלים.

וייס, ג. (2000). תפקיד היועץ החינוכי בהתערבות טיפולית בהתפרצויות אלימות של מתבגרים בעלי פיגור שכלי והפרעות התקשורת: השלכות ויישום של תיאוריית ההתקשורת. **הייעוץ החינוכי**, ט, 141-156.

– (2011). פרד'מיניות בקרב נשים עם נכויות התפתחותיות: התערבות במסגרת טיפול מיני-זוגי. פורסם ב"פרסומים מקצועיים" באתר האגודה הישראלית לטיפול זוגי ומשפחתי.

– (2015). מעגל התגובה המינית: דגשים להכנה ולהתערבות בטיפול המיני והזוגי בקרב אנשים עם נכויות התפתחותיות (גרסה אלקטרונית). נלה ב' 2015. 18.8. מאתר פסיכולוגיה עברית <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3321>

– (2016). היסטריה בשיקום: תהליכי העברה והעברה נגדית ארוטית בטיפול המיני והזוגי באנשים עם מוגבלויות התפתחותיות (גרסה אלקטרונית). נלה ב' 2016. 1.11. מאתר פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3444>

לוי-שיף, ר. ושולמן, ש. (1997). משפחות עם ילד הסובל מנכות התפתחותית: תפקיד הורי, זוגי ומשפחתי. בתוך: א. רימרמן, מ. חובב, א. דובדבני, א. רמות (עורכים), **נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל: צרכים ומענים** (15-33). האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.

- פרודי, ג. (2008). **מיניות ואהבה**. תרגום: אדם טננבאום ודוד זינגר. תל אביב: עם עובד.
- פרנץ, ש. (1999). כלכל השפות בין המבוגרים לילד: שפת הדוך ושפת התשוקה, **שיחות**, ג' (2), 92-97.
- צ'ורדן, פ. (2001). **כשהדברים מתפרקים**. תל אביב: פראג.
- Annon, J.S. (1981). PLISSIT Therapy. In: R.J. Corsini (Ed). *Handbook of Innovative Psychotherapies* (pp. 626-639). Wiley & Sons, New York.
- Bertolini, M. & Neri, F. (2005). Sex as a Defense against Sexuality. In: L. Caldwell (Eds.), *Sex and Sexuality: Winnicottian Perspectives* (pp. 105-120). London & New York: Krank Press.
- Borofsky, R. & Borofsky, A.K. (2012). The heart of couple therapy. In: C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deeping mindfulness in clinical practice* (pp. 280-292). New York & London: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, I: Attachment*. London: England Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Cobb, J.C., Cohen, R., Houston, D.A. & Rubin, E.C. (1998). Children's Self-Concepts and Peer Relationships: Relating Appearance Self-Discrepancies and Peer Perceptions of Social Behaviors. *Child Study Journal*, 28(4), 291-308.
- Davis, D., Shaver, P. & Vernon, M. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *PSPB*, 30(8), 1076-1090.
- Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues. *The Canadian journal of human sexuality*, 12(1), 53-65.
- Germer, C.K. & Neff, K.D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology: In session*, 69(8), 856-867.
- Murphy G.H. & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adult with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine*, 34, 1347-1357.

- Olsson, M.B. & Hwang, C.P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 45(6), 535-543.
- Schaedel, M. (2005). Working with women in an NHS outpatient clinic for sexual dysfunction. In: L. Caldwell (Ed.). *Sex and Sexuality: Winnicottian Perspectives* (pp. 121-144). London & New York: Krank Press.
- Schnarch, D. (2009). *Intimacy & Desire*. New York: Beaufort Books.
- Simpson, J.A. (1990). Influence of attachment style on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971-980.
- Singer, G.H.S. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mother of children with and without developmental disabilities. *American journal of mental retardation*, 111(3), 155-169.
- Tapper M.S. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283-290.