

פיזיותרפיה כטיפול בנשים עם הפרעות בתפקוד המיני

תקציר:

תפקוד מיני תקין מחייב בריאות גופנית, נפשית ורגשית. מרכיבים גופניים העלולים להגביל את התפקוד המיני כוללים תנועתיות מופחתת, שינויים בתחושה, ירידה בזרימת הדם באזור אברי המין וכאב. פיזיותרפיה, אשר מטרתה הן שיפור התנועתיות, ויסות התחושה, הגברת זרימת הדם ושיכוך כאב, מהווה נדבך חשוב בקידום תפקוד מיני מיטבי. במאמר זה מוצגות ארבע פרשות מטופלות, המדגימות את החיוניות שבהכללת פיזיותרפיה בתוכנית הטיפול ואת התפקיד המכריע שיש לפיזיותרפיה בהצלחת הטיפול בהפרעה בתפקוד המיני.

טלי רוזנבאום¹
ענבל בן־דרור²

¹ יציבות פנימית בע"מ
² מרפאת "שלובים", חיפה

מילות מפתח:
:KEY WORDS

פיזיותרפיה; וגיניזמוס; דיספראוניה; ביופידבק; רצפת האגן.
.Physiotherapy; Dyspareunia; Pelvic floor; Vaginismus; Biofeedback

הקדמה

קידום הבריאות המינית מהווה יעד טיפולי בתחומים רבים ושונים של מקצועות הרפואה ובריאות הנפש. בעיות רבות בתחום התפקוד המיני הן רב ממדיות, וטיפול מקיף בהן עשוי לכלול מתן הדרכה וחינוך, ייעוץ רפואי, הערכת משטר התרופות, בחינת הפניה לניתוח, טיפול פסיכולוגי ופיזיותרפיה.

פיזיותרפיה עוסקת בשיקום התפקוד, בשיפור תנועתיות, בהפחתת כאב ובמניעת מוגבלויות בקרב מטופלים עם פגיעה או מחלה. בריאות מינית מהווה מרכיב בלתי נפרד מהבריאות הכללית, ויחסי מין כרוכים בפעילות גופנית לכל דבר. הופעת תסמינים המגבילים את התפקוד המיני, כגון כאב באזור אברי המין או עוררות אברי מין מופחתת, קשורה לעיתים קרובות במעורבות מערכת השריר־שלד [1]. במחקרים עדכניים בתחום עוסקים החוקרים בבחינת היעילות של שיטות מתחום הפיזיותרפיה בהגברת ההנאה המינית ובהפחתת כאב, ובהתייחסות לבעיה בתפקוד המיני הקשורה במצבים מוגדרים, כגון בעיות אורו־גינקולוגיות וסיבוכים עקב ניתוחים [2].

במאמר זה מוצגות ארבע פרשות מטופלות המדגימות את החיוניות שבהכללת פיזיותרפיה בתוכנית הטיפול, ואת התפקיד המכריע שיש לפיזיותרפיה בהצלחת הטיפול בהפרעה בתפקוד המיני.

בעיות של כאב בתפקוד המיני בקרב נשים מסווגות לווגיניזמוס ודיספראוניה [3]. לפי ה־Manual of Diagnostic and Statistical Mental Disorders-IV (DSM-IV), מוגדר וגיניזמוס ככיווץ עוויתי (Spasm) של השרירים בשליש החיצוני של ה־Vagina), המפריע במשגל. בהגדרה מעודכנת יותר הורחב המונח וגיניזמוס לתיאור קושי של האישה לאפשר חדירה ללדן מכל סוג שהוא, ולא רק במשגל [4]. בהגדרה זו מודגשת מעורבות מרכיבים נוספים מלבד כיווץ השרירים, כגון חרדה, הימנעות וכאב. בפרשת המטופלת הראשונה במאמר זה מדווח על אישה עם וגיניזמוס שטופלה בפיזיותרפיה. דיספראוניה הוא כאב המיוחס למשגל. הכאב יכול להופיע בפות או עמוק ומפושט יותר בלדן ובאגן. בחלק מן המחקרים ניתן להצביע

על גורם גופני ברור, כגון חתך חיץ או קרעים מילדותיים, דלדול (Atrophy) ויובש על רקע חדילת וסת או הדבקותיות לאחר ניתוח. עם זאת, ברוב הנשים הגורם לדיספראוניה הוא רב־מרכיביים וכולל תהליכים גופניים, קוגניטיביים, בין־אישיים ועוד [5]. סיבה שכיחה לדיספראוניה היא וולודיניה (Vulvodynia), המוגדרת ככאב בפות, לרוב בעל אופי שורף, המופיע ללא ממצא ניכר לעין [6]. קיימות הערכות לכך שוולודיניה מתפתחת בקרב 16% מהנשים באוכלוסיה הכללית [7]. הכאב בוולודיניה יכול להיות מפושט בכל אזור הפות (Generalized) או נקודתי (Localized), ויכול להופיע באופן ספונטני (Unprovoked) או בעקבות גירוי מסוים (Provoked). ב־Localized Provoked Vulvodynia (LPV) מופיע הכאב באזור מסוים של הפות, לרוב בחלקו האחורי של פתח ה־Vagina, ומתעורר בעקבות מגע או לחץ במקום. LPV היא הסיבה השכיחה ביותר לדיספראוניה בנשים צעירות ומתפתחת ב־12% מהנשים באוכלוסיה הכללית בגיל הפוריות [7]. בפרשות המטופלות השנייה והשלישית במאמר מדווח על פיזיותרפיה בעקבות דיספראוניה. בפרשה האחרונה מדווח על אישה עם חשק מיני מופחת, עד כדי נתק וסלידה מינית, ככל הנראה על רקע תקיפה מינית. הפרעה זו מוגדרת ב־DSM-IV כסעיף בהפרעות בתפקוד מיני הקשורות בחשק המיני [3]. בכל אחת מהפרשות מודגם היבט אחר ושונה בטיפול הפיזיותרפיה.

מפרשת מטופלת 1: וגיניזמוס

ג', רווקה בת 23. תלונתה העיקרית הייתה כאב בניסיון לקיים יחסי מין וחוסר יכולת לאפשר חדירה ללדן מכל סוג שהוא, כולל טמפון בתקופת הווסת. מערכת היחסים הראשונה שלה החלה לפני שנתיים, כשהייתה בת 21. ג' תיארה את עצמה כבחורה פתוחה ומשחררת, אשר קיימה עם בן זוגה קשר אינטימי ער ומגוון. ג' דיווחה על יכולת טובה להתעורר ולהגיע לאורגזמה, אך לא הצליחה לקיים יחסי מין מלאים עם חדירה ללדן, בעיקר בשל חשש בלתי מוסבר וכאב. כתוצאה מכך, הלך הקשר והתערער, וההתלהבות המינית של שניהם דעכה. ג' לא זכרה חוויות מיניות שליליות, הטרדה או חינוך שמרני במיוחד, ולדבריה נהגה לאונן ללא תחושות אשמה מאז

עדיין חשש וחוסר התלהבות לזיום יחסי מין. בשלב זה המליצה הפיזיותרפיסטית ל'ג' ובן זוגה לחזור לטיפול המיני, על מנת לעבד את משמעות המציאות החדשה, שבה קיימת היכולת לקיום יחסי מין, אך חסרה ההניעה (המוטיבציה).

דיון: פיזיותרפיה לווגיניזמוס כוללת שיטות הרפיה וחיפה הדרגתית למגע המיועדות להפחתת חרדה, לשיפור השליטה בשרירים ולהפחתת כאב [11]. בנוסף כולל הטיפול תרגילי תנועה כוללים המיועדים לשיפור המודעות הגופנית והתנועתיות, על מנת להביא לתחושת נוחות ונינוחות בתפקוד המיני. חשיפה הדרגתית לחדירה ללדן אומנם מתבצעת פעמים רבות בהצלחה בהנחה בלבד על ידי מטפלים מיניים, אולם מטופלות רבות אינן מצליחות לבצע אימון זה באופן עצמאי על סמך הנחיות מילוליות בלבד. בפיזיותרפיה, לעומת זאת, מתבצע האימון במרפאה תחילה ורק לאחר מכן בבית. כך ניתן להתאים את יעדי האימון למסוגלות המטופלת, וכן לזהות, לשקף ולתקן דקויות של דפוסי פעולה שגויים. בנוסף מסייע האימון במרפאה להתמודד עם חוויה חדשה ומאיימת במסגרת בטוחה, מסייעת ותומכת.

מפרשת מטופלת 2: דיספראוניה

ח', בת 21, היא אישה דתייה שהופנתה לפיזיותרפיה על ידי רופא הנשים שלה. היא החלה להיות פעילה מינית בליל כלולותיה והרתה לאחר 3 חודשים. בעת הופעתה לטיפול הייתה 5 חודשים לאחר לידה, מיניקה ונטלה גלולות למניעת הריון Desogestrel.

ח' התלוננה על כאבים ביחסי מין בשלב החדירה שהחלו מזמן שהחלה לקיים יחסי מין, אך התגברו לאחרונה, לאחר הלידה. אומנם היא דיווחה כי היא נהנית ממשחק מקדים ומגיעה לעוררות ולאורגזמה מגירוי ידני, אך המשגל עצמו גורם לה לכאב עז והיא אינה נהנית ממנו כלל. בנוסף ציינה ח' חוסר חשק מיני. היא שללה תסמינים בדרכי השתן, מלבד אי נקיטת שתן במאמץ, שהתפתחה בתקופת ההריון וחלפה זמן קצר לאחר הלידה. היא תיארה תהליך לידה ממושך וקשה שהסתיים בלידת מלקחיים, בחתך חיץ הנקבים (אפיזיוטומיה) ובמספר קרעים פנימיים. ח' הופנתה לפיזיותרפיה על ידי רופאת הנשים שלה בעקבות אבחנה של LPV. אבחנה זו ניתנת בעקבות הופעת כאב נקודתי בפות בעל אופי חד ושוורף, אשר מתעורר כתוצאה ממגע או לחץ במקום [12].

בדיקה: בבדיקת הפות נצפתה רירית יבשה, אך ללא דלדול. כן נצפתה צלקת מילדותית מצד ימין של חיץ הנקבים המגיעה עד לחלקו הפנימי של הלדן כשהעור סביבה מתוח. אובחנה רגישות רבה למגע קל במבוא הלדן, במיוחד מימין בנקודה 7:00, ובאזור חתך חיץ הנקבים. בבדיקה תוך-לדנית ניתן היה לחוש בטונוס מוגבר בשרירים השטחיים של רצפת האגן. ניתן היה להחזיר שתי אצבעות ללדן, אך המטופלת דיווחה שהפעולה מעוררת בה כאב הדומה לכאב שהיא חווה במשגל. בהוראה לכווץ את שרירי רצפת האגן הופק בעיכוך כיווץ קצר וחלש בלבד. החזרה להרפיה הייתה אף היא מעוכבת. פעולת הכיווץ בוצעה תוך עצירת נשימה ועוררה כאב, דומה לדבריה לכאב המוכר לה.

טיפול: הטיפול כלל הדגמה והנחיה למגע עצמי עדין באזור מבוא הלדן, על מנת להתרגל לתחושה של מגע שאינו כואב. בהמשך התקדם הטיפול לעיסוי התפרים לשם מתיחה והגמשה של פתח הלדן. העיסוי בוצע תוך יישום שמן שקדים כחומר סיכה ובמידת הצורך יישום 5% Lidocaine לשיכוך הכאב. שיטה זו של מתיחה והגמשת פתח הלדן בוצעה תחילה על ידי הפיזיותרפיסטית. לאחר

נעוריה המוקדמים. הקשר עם הוריה ואחותה חם ותומך, אך היא לא חלקה עימם או עם חברותיה את בעייתה זו. ג' דיווחה על עבר רפואי ללא מחלות ואשפוזים, ולא נהגה ליטול תרופות כלשהן, פרט לגלולות למניעת הריון Drospirenone ו-Ethinyl estradiol.

טיפולים קודמים: ג' ציינה שפנתה במהלך השנתיים האחרונות למספר רופאי נשים, אך לא הצליחה בשום אופן לאפשר בדיקה בלדן. היא אובחנה כלוקה בווגיניזמוס והופנתה לטיפול מיני. הטיפול המיני סייע מאוד בשיקום התקשורת הזוגית והחזיר לבני הזוג את היכולת ליהנות מיחסי מין ללא חדירה, אך כל ניסיון שנעשה בהמשך להוביל אותם בהדרגה לחדירה ללדן נכשל. ג' קיבלה הוראה לרכוש סדרה של ארבעה מרחיבי לדן בגדלים שונים, אך לא הצליחה להביא את עצמה לבצע פעולה כה מאיימת עבורה. הייתה זו המטפלת המינית שהפנתה את ג' לפיזיותרפיה.

בדיקה וטיפול: מהתבוננות ראשונית ניתן היה לזהות אצל ג' שפת גוף המצביעה על חרדה [8], כולל נשימה שטחית ופעילות שרירים הגנתית בגוו ובגפיים. בבדיקה גופנית להערכת התנועתיות בגוו ובגפיים נמצאו לרדוזה מותנית מוגברת וקיצור בשריר Psoas Major. בניסיון להעריך את אורך השרירים מקרבי הירך בשכיבה על הגב, הפעילה ג' התנגדות הגנתית לתנועת הרחקת הירכיים (abduction). בבדיקה הגופנית הודגמו בנוסף תנועת גוף מסורבלת וחוסר יכולת להבין הוראות מילוליות לתנועה, כגון הטיית האגן. אלו עשויים להצביע על מודעות גופנית מופחתת, ירידה בתחושה הפרופוריוספטיבית או חרדה. מסיבות אלו נבחרה לטיפול שיטת הרפיה המבוססת על שיטת Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). שיטת טיפול זו יעילה להפחתת מצוקה וחרדה המופיעים בחיי היומיום ובמחלות כרוניות [9], ונמצאה יעילה גם בטיפול המיני [10]. שיטת הרפיה זו בוצעה בשילוב עם לימוד ותרגול נשימות סרעפתיות, והנעה חלקה וזורמת של חלקי הגוף השונים, בדגש על הרגליים, הבטן ורצפת האגן. תרגילי ההרפיה התבצעו עם בגדים, ובהדרגה ללא מכנסים וללא תחתונים (כאשר מכוסה בסדין רחב). ג' התבקשה להתאמן בבית על דרך הרפיה זו. הפגישה השנייה כללה חזרה על שיטות אלו ובנוסף התבוננות על הפות מול מראה והבנת האנטומיה החיצונית. הפות נראה תקין. בבדיקת הלדן התבצעה רק בפגישה השלישית. שלבים מקדימים לבדיקת הלדן כללו הנחת יד רחבה על הפות והנחת אצבע בפתח הלדן. הפעולה חזרה על עצמה מספר פעמים, ובכל פעם ניתנה ל'ג' שהות מספקת להתרגל לתחושה. לאחר ההכנה הצליחה ג' לשמור על נינוחות יחסית גם בהנחת האצבע בתוך הלדן והופתעה לגלות שאינה חשה כאב.

במהלך הפגישות הבאות התנסתה ג' במגע עצמי בפתח הלדן ובהחזרה עצמית של מרחיב או אצבע ללדן. היא למדה כיצד להימנע מדחיפת המרחיב או האצבע, אלא לתת להם להחליק לתוך הלדן, תוך שמירה על הרפיה מבוקרת של שרירי רצפת האגן. הדגש בהנחיה היה לתת כלים שיאפשרו לה להצליח לשמור על נינוחות. היא למדה לזהות את תגובות ההגנה האוטומטיות שלה שהופיעו במגע הראשוני בפתח הלדן ועם כל תזוזה נוספת שהיו מלוות בכאב. בן זוגה, שהיה נוכח לסירוגין בפגישות בתור צופה ותומך, למד אף הוא להיות קשוב יותר לתגובות אלו.

בכל פגישה הצליחה ג' להניח בלדן מרחיב גדול יותר. ההתנסות הראשונית עם מרחיב חדש הייתה תמיד במרפאה, מכיוון שהיא לא העזה לנסות זאת לבד בבית. במפגש השישי דיווחה ג' שהרגישה מספיק בטוחה לנסות לקיים יחסי מין מלאים, שהתבצעו ללא כאב. למרות הסיפוק הרב בהשגת היעד הנכסף, נותרה ג' מוטרדת. אל מול תחושת המסוגלות והסרת המחסום הגופני, נותרו בה

בעלה טען, כי השפיכה המוקדמת שלו נגרמת בשל קיום יחסי מין לעיתים רחוקות. לפני 6 שנים עברה הריון מולרי ולאחריו כריתת רחם וכימותרפיה. בעת פנייתה טופלה במדבקות אסטרוידול 75 מ"ג פעמיים בשבוע ובנוסף בקרם אסטרוגן לפני 3 חודשים.

בדיקה: בהתבוננות בפות ובלדן ניתן היה לצפות ביובש ובדלדול ניכרים של הרירית. הנחת אצבע אחת בלדן עוררה אי נוחות קלה. מתיחת הלדן לצדדים ולאחור עוררה כאב, וניתן היה לחוש בתנועתיות מופחתת של רקמת הלדן. למרות הכאב, לא עוררה המתחה תגובת כיווץ הגנתית, השרירים סביב הנרתיק נותרו רפויים ורא' נותרה רגועה. בהוראה לכווץ את שרירי רצפת האגן ניתן היה לחוש בכיווץ חזק ומיידי. א' הצליחה לשמור על הכיווץ במשך 10 שניות, וגם ההרפיה הייתה מיידי וברורה.

טיפול: א' קיבלה הנחיות כיצד לבצע עיסוי עצמי, ומתיחה עדינה והדרגתית של חיץ הנקבים ודפנות הלדן במשך 5 דקות ביום, כולל הדגמה ובדיקה שהיא מבצעת את הפעולה כראוי. בהמשך ניתן הטיפול הידני לצורך הנעת רקמות חיבור באזור הבטן התחתונה וצלקת הניתוח שמעל עצם החיק. אלו גרמו לה לתחושת "חום זורמה" באזור אברי המין והביאו לעלייה בסף הרגישות למגע בלדן. לאחר 4 מפגשים דיווחה א' שקיימה יחסי מין ללא כאב, אם כי עדיין בחשש מה ולא בחופשיות. היא מאמינה שכעת – לאחר שהוסר מחסום הכאב – ילכו יחסי המין וישתפרו.

דיון: דיספראוניה לאחר חדילת הווסת מיוחסת בדרך כלל לדלדול רקמת הלדן, אולם ייתכנו לכך גורמים רב-מערכתיים נוספים. במקרה זה, עשויים הגורמים לכאב להיות קשורים למרכיבים זוגיים, להשלכות גופניות ורגשיות של חדילת הווסת, ולהשלכות של הניתוח לכריתת הרחם. הטיפול בבעיה אמור, אם כן, להיות רב תחומי [15]. הפיזיותרפיה במקרה זה נועדה להגמשת רקמות הלדן ולהנעת רקמת צלקת בבטן התחתונה. אלו, בתוספת יישום קרם אסטרוגן מקומי, שיפרו את התחושה בלדן ותרמו לשיכוך הכאב. עצם הירידה בכאב עשויה לעיתים לתרום לשיפור ספונטני של הגורמים האחרים. כמו כן, הטיפול במרכיב הגופני של הבעיה יוצר לעיתים סביבה שבה המטופלת מרגישה נוח להעלות גם היבטים נוספים של בעייתה המינית, ולהגיע לתובנות המקדמות אותה גם במישור הפסיכו-סקסואלי [16].

מפרשת מטופלת 4: נתק וסלידה מינית על רקע תקיפה מינית

נ', בת 26, רקדנית ומורה למחול, הופנתה לפיזיותרפיה עקב כאב כרוני באגן, ובעקבות תכיפות ודחיפות במתן שתן. היא ציינה בתחילת הראיון שבילדותה עברה תקיפה מינית, וכי היא מודעת לקשר הברור בין אותו אירוע לבין בעיותיה הנוכחיות. נ' נמצאה בעת פנייתה בטיפול פסיכולוגי במשך עשור, נטלה בקביעות פארוקסטיין (Paroxetine), וציינה כי היא מודעת להשפעתה האפשרית של התרופה על הפחתת החשק והעוררות המינית. נ' תיארה שבמערכות יחסים בהן הייתה מעורבת, חשה סלידה חזקה מאיבר המין הגברי, הן במגע והן במראה. סלידה זו גרמה לה להתקדם מהר מידי ביחסי המין, וניסיונה בקשר אינטימי קליל שאינו מסתיים במשגל, מצומצם. היא סיפרה כי אינה נהנית מהמשגל, והוא עבורה מעין אתגר שיש להעז ולעבור אותו. עוד סיפרה כי אינה חווה התעוררות באברי המין ואינה מגיעה לאורגזמה. בעבר ניסתה לאונן, אך לא חוותה שום ריגוש ואף אינה בטוחה שהיא יודעת היכן נמצא הדגדגן. בעת פנייתה לטיפול לא הייתה בקשר זוגי.

טבלה 1:

פעולת שרירי רצפת האגן באלקטרומיוגרפיה לדנית

עורך תקין	לאחר אימון שני	בדיקה ראשונית	עוצמת הכיווץ μV
+10	15	3	עוצמת הכיווץ μV
+10	20	2	משך הכיווץ (שניות)
0.5	0.5	5	מהירות הכיווץ (שניות)
2-1	1.5	5	מידת ההרפיה μV
1-0.5	2	30	מהירות ההרפיה (שניות)
2-0	1	4.5	יציבות ההרפיה (SD)

SD = סטיית תקן
 μV = מיקרו וולט

מכן קיבלה ח' הנחיות כיצד לבצע זאת בעצמה, והיא התבקשה לעשות זאת במשך חמש דקות בכל יום. בנוסף ניתנה המלצה להימנע מקיום יחסי מין מלאים, עד שתצליח להחזיר שתי אצבעות שלה ללדן ללא כאב.

בסיוע אלקטרומיוגרפיה לדנית (sEMG – surface electromyography) נלמדו זיהוי, בידוד והפעלה רצונית ומלאה יותר של שרירי רצפת האגן. המכשיר, המכונה ביופידיבק, מורכב מאלקטרודה לדנית דקה הקולטת את סכום פוטנציאלי הפעולה של שרירי רצפת האגן. נתון זה מוצג באופן מוחשי על מסך אל מול המטופלת. בסיוע הביופידיבק, ניתן לאבחן ולתקן מרכיבים שונים בפעולת השרירים, כגון: עוצמת הכיווץ, משך הכיווץ, מידת ההרפיה, מהירות הכיווץ, מהירות ההרפיה, ויציבות פעולת השריר בכיווץ ובהרפיה. בטבלה 1 מסוכמים מרכיבים אלו בפעולת שרירי רצפת האגן בבדיקה הראשונית ולאחר שני אימונים. הפעלת השרירים אמורה להתבצע ללא כאב, ואם היא מעוררת כאב, ההנחיה היא לבצע כיווץ חלש יותר. דגש רב ניתן לתיאום בין הפעלת שרירי רצפת האגן, שרירי הבטן והנשימה. לאחר 3 טיפולים דיווחה המטופלת שבאופן בלתי מתוכנן קיימה יחסי מין מלאים עם בעלה, ושזו לה הפעם הראשונה שלא חשה כאב ואף הנתנה.

דיון: LPV הוא המונח העדכני המקובל לתופעה שבעבר נהוג היה לכנות Vulvar vestibulitis syndrome [12]. בקרב נשים הלוקות ב-LPV נמצאו טונוס מוגבר בשרירי רצפת האגן וירידה במידת היציבות של שרירים אלו, בהשוואה לנשים בריאות [13]. יעילות הפיזיותרפיה ב-LPV נבדקה במספר מחקרים. נמצא כי פיזיותרפיה יעילה לטיפול בבעיה זו, הן כטיפול ממוקד העוסק בנרמול פעולת שרירי רצפת האגן בסיוע ביופידיבק, והן כטיפול רחב יותר, המשלב גם שיטות של טיפול ידני בשיעור הצלחה של כ-77% [14].

מפרשת מטופלת 3: דיספראוניה על רקע חדילת וסת

א', אישה בת 56, נשואה 10 שנים ללא ילדים, ואל וסת מזה 6 שנים. תלונתה העיקרית הייתה חוסר יכולת ליהנות ממשגל בשל יובש בלדן וכאב. כמו כן, היא דיווחה על ירידה משמעותית בתשוקה המינית בשנים האחרונות. לפני הנישואין היו לה מספר בני זוג, והיא ציינה כי תמיד נהנתה מפעילות מינית עמם. הבעיות ביחסי המין החלו רק עם בעלה, והיא ייחסה אותם לעובדה שיש לו שפיכה מוקדמת, ולכן אינה מספיקה להגיע לעוררות ולאורגזמה.

באזורי אברי המין במסגרת מרפאה ובמגע מהנה בבית, מאפשרת חוויה מחודשת של עוררות מינית בסביבה בטוחה, תוך תחושת שליטה ובקרה. בנוסף, היא מעודדת לחוש הנאה מבלי שתהיה כרוכה בתחושות אשמה ומועקה.

לסיכום

מיניות בריאה היא חלק בסיסי ומהותי בישות האדם. לתפקוד מיני תקין יש צורך ביכולות חברתיות, קוגניטיביות, רגשיות וגופניות. פיזיותרפיה פונה אל המרכיב הגופני של התפקוד המיני, ועוסקת בעיקר בתנועות הרקמות, בנרמול פעולת השרירים, בוויסות התחושה ובהפחתת כאב. להעצמת התפקוד הגופני השלכות רבות ומשמעותיות במישורים נוספים, כגון עלייה בביטחון העצמי, חיזוק התדמית האישית, הפחתת חרדה ותחושת מסוגלות [20]. פרשות המטופלות המוצגות במאמר זה מדגימות את חשיבות הפיזיותרפיה כחלק מכריע ומשמעותי בטיפול המיני. ●

מחברת מכותבת: טלי רוזנבאום

רחוב הציפורן 10 ב'

בית שמש 99591

טלפון: 02-9992936

פקס: 02-9992935

דוא"ל: tallir@netvision.net.il

ביבליוגרפיה

- Rosenbaum T & Owens A, The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain related sexual dysfunction. J Sex Med, 2008; 5: 513-523.
- Rosenbaum T, Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. J Sex Med, 2007; 4: 4-13.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edn 4, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L & al, Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med, 2004; 1: 40-48.
- Weijmar SW, Basson R, Binik Y & al, Women's sexual pain and its management. J Sex Med, 2005; 5: 301-16.
- Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW & al, Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. Reprod Med, 2006; 51:447-56.
- Harlow BL, Wise LA & Stewart EG, Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. Am J Obstet Gynecol, 2001; 185:545-550.
- Gilbert C, Emotional sources of dysfunctional breathing. J Bodyw Mov Ther, 1998; :224-230.
- Praissman S, Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. J Am Acad Nurse Pract, 2008; 20:212-6.

נ' ציינה תכיפות ודחיפות במתן שתן, שהביאו אותה לידי מתח רב באין גישה חופשית לשירותים. בדיקות שתן בעבר פורשו כתקינות. עברה בדיקת שתן אחרונה חודשיים טרם פנייתה. פרט לכך היא ציינה כאב ראש כרוני, תסמונת קדם וסת ומספר מוקדי כאב במפרקים שיוחסו על ידה לעומס הגופני במחול. היא לא נטלה תרופות נוספות פרט לאיבופרופן על פי הצורך.

בדיקה: בבדיקת יציבה ניכרה לורדוזה מותנית מוגברת, ובבדיקת טווח תנועה נמצאה הגבלה בתנועת גלגול האגן לאחור. שרירי הבטן היו מפותחים ומתוחים, והיא לא הצליחה להרפות אותם ולאפשר לבטן להתרווח בנשימה סרעפתית. בהוראה לכווץ את שרירי רצפת האגן היא לא חשה כל כיווץ, והמאמץ לבצע את הפעולה גרם לה לתחושת מחנק ומועקה. מראה הפות היה תקין. בשל מצבה הפגיע על רקע עברה הוחלט שלא לבצע בדיקה לדנית.

טיפול: במשך 4 הפגישות הראשונות התמקד הטיפול בתרגילי נשימה ותנועות בגב ובאגן, ובשיפור היכולת להפעלה רצונית של שרירי רצפת האגן. מכיוון שלא הצליחה להפעיל כלל את שרירי רצפת האגן באופן רצוני, בוצעו תנועות הגורמות להפעלה אוטומטית של שרירים אלו, כגון הידוק ירכיים או גלגול לאחור של האגן. בסיוע אלקטרומויגרפיה לדנית (הנחת האלקטרודה בלדן באופן עצמי), היא למדה לזהות את פעולת השרירים האוטומטית ברצפת האגן ולנסות לחקות אותה באופן רצוני. ככל שהשתפרה יכולת השליטה שלה בכיווץ רצוני של שרירי רצפת האגן, כן פחתו תחושות המחנק והמועקה, אשר נלוו לפעולה זו. מיומנות זו, יחד עם הנחיות ל"אימון השלפוחית", אפשרו לה לשפר את יכולת ההתאפקות ודחיית מתן שתן. בהמשך עסק הטיפול בחינוך ובהתנסות מינית, בהצגה של תמונת הפות ובציון מיקומם של הלדן, השופכה, השפתיים הקטנות, השפתיים הגדולות והדגדגן.

נ' קיבלה הנחייה לנסות ולאתר בבית את האזורים הללו על גופה, במישוש או במבט מול מראה. על מנת לחדד את התחושה המינית, היא התבקשה למרוח עצמה בבית בקרם גוף, או להעביר נוצה על פני העור באברי הגוף השונים תחילה ובהמשך באזור אברי המין, ולנסות לתאר ולרשום את תחושותיה. בתחילה דיווחה נ' שמגע באזור הדגדגן מעורר בה תחושת מועקה וצמרמורת "דומה לתחושה כאשר אין שירותים בסביבה". אולם בהמשך, כאשר למדה לשלוט טוב יותר בהרפיית שרירי רצפת האגן, הפכה התחושה להיות פחות מאיימת ויותר נסבלת. לאחר אימונים נוספים היא אף החלה לדווח על תחושה מסוימת של נינוחות והנאה. בשלב זה בטיפול המליצה הפיזיותרפיסטית לפנות לטיפול מיני, על מנת לבן סוגיות הקשורות ליכולת להגיע לעוררות מינית ולאורגזמה, ולאופן שבו היא מגיעה ליחסי מין.

דיון

בדיקת אברי המין של נשים שעברו תקיפה מינית היא סוגיה בעייתית, המחייבת משנה זהירות ותשומת לב [17]. במקרה זה הוחלט שלא לבצע בדיקה לדנית. נתק בין הגוף כולו לבין אזור אברי המין הוא תופעה ידועה בקרב נפגעי תקיפה מינית [18]. החזרת השליטה בהפעלה רצונית של שרירי רצפת האגן ובמתן שתן, עשויה לתרום לשיפור תחושת השליטה הכללית. חוויה של התעללות מינית בילדות יוצרת לפעמים עירוב מבלבל בין תחושת עוררות מינית לבין תחושות דחייה וגועל. בקשת המטפלת מהמטופלת לעבור את גבולות הנוחות שלה מחייבת רגישות ותבונה מצד הפיזיותרפיסטית [19]. הרשות להתנסות במגע

10. *Brotto LA, Basson R & Luria M*, A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med*, 2008; 5:1646-1659
11. *Rosenbaum TY*, Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*, 2005; 31: 329-340.
12. *Haefner HK*, Report of the international Society for the Study of Vulvovaginal Disease Terminology and Classification of Vulvodynia. *J Lower Genital Tract Dis*, 2007; 11: 48-49.
13. *Reissing ED, Brown C, Lord MJ & al*, Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 2005; 26: 107-13.
14. *Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E & al*, A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*, 2009; April 28.
15. *Rosenbaum T*, Managing postmenopausal dyspareunia: beyond hormone therapy. *Female Patient*, 2006; 31: 1-5.
16. *Nathan BT*, The psychological significance of touch in manual therapy. *Focus Altern Complement Ther*, 1998; 3:191.
17. *Robohm JS & Bittenheim M*, The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women & Health*, 1996; 24: 59-75.
18. *Rellini A & Meston CM*, Sexual abuse and female sexual disorders: clinical implications. *Urodynamica*, 2003; 14: 80-83.
19. *Schachter CL, Stalker CA & Teram E*, Toward sensitive practice: issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. *Phys Ther*, 1999; 79:248-61.
20. *Taylor CB, Sallis JF & Needle R*, The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Rep*, 1985; 100:195-202.