



חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש עם המערכת הרפואית

שיר רייכרט

בהנחיית ד"ר דיאנה לוצאטו

**עבודת גמר לשם קבלת תואר מוסמך (M.A.)
בתוכנית לפסיכולוגיה רפואית
בית הספר למדעי ההתנהגות
המכללה האקדמית תל-אביב יפו**

פברואר 2012

עבודה זו מוקדשת למרואיינות ולמרואיינים, שחשפו בפניי את חוויותיהם ואת עצמם. סיפוריכם רגשו אותי שוב ושוב ונתנו לי השראה לכל אורך הדרך.

אני רוצה להודות לד"ר דיאנה לוצאטו, שתמיד יש לה מילה טובה לומר, על שהעיזה והאמינה ברעיון המחקר ובי, ועזרה לי בסבלנות למצוא את השפה להבין וליצור מחקר זה.

תודה לד"ר אילנה ברגר, לאלישע (שוקי) אלכסנדר ולאילת הופמן-יונגר על העזרה, הפרסום והסיוע בגיוס מרואיינים ומרואיינות.

להראל פלד ולטלי אורבך, שותפיי למסע, ולכל חבריי, תודה מעומק הלב על שעות יקרות של שיתוף ועידוד, לא הייתי צולחת את הדרך בלעדיכם.

תודה מיוחדת לאבי, אחיי ואחותי, שעודדו והקשיבו בכל עת, גם כשלא הבינו על מה ולמה. אימי, על אף שאיננה נמצאת בין השורות, שזרעה בי כוח באמונתה בי, שלימדה אותי פתיחות, סקרנות ושאלת שאלות.

ולשי, שהאמינה, חשבה, עודדה, בדקה ואהבה – תודה על הכל ועל הרבה יותר.

עבודה זו מכילה חומרים אישיים ורגישיים,

כל שימוש בה ובחלקים ממנה מתבקש להעשות תוך שמירה על כבוד המרואיינים וסיפוריהם

©2012 כל הזכויות שמורות לשיר ריכרט

תוכן עניינים

1	תקציר
3	מבוא ושאלת המחקר
4	רקע תיאורטי
5	הגדרות ומונחים מרכזיים
6	טרנסג'נדרים בראי הרפואה והפסיכולוגיה
9	הסתכלות סוציולוגיה וקווירית על טרנסג'נדרים ו-Gender Identity Disorder
15	קשר מטופל מטפל
17	קשר המטופל והממסד
17	טרנסג'נדריות בחברה והטיפול הרפואי
19	תרומתו של המחקר הנוכחי
21	שיטה
21	משתתפי המחקר
21	כלי המחקר
22	הליך הראיון
22	שיטות ניתוח
26	ממצאים
26	הטיפול הנגיש
26	"וואו, מעולם לא נתקלתי בטרנסג'נדר" – החשיפה הראשונית
36	"מה יש לה להציע לי? יש לה כלים שמיועדים לנשים" חווית הגוף והבדיקה הגופנית
43	"היי! הלו! מי מבינכן טרנס פרנדלי?" – מחסום הידע
48	"מרפאה גאה אין בעוד מקומות!" – אי שוויון וחוסר נגישות לטיפול
52	"זאת הקהילה שלי. אני קשור לאנשים האלה" – הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב
61	התערבותם של גורמים חברתיים במפגש הרפואי
61	"זה דיכוי של הזכויות האזרחיות הבסיסיות שלנו" – הפרט והמערכת הרפואית כמוסד הכוללני
66	"תביאו לי את האישור, אתם לא מבינים, אתם לא תבינו" – הרופא כנציג חברתי
72	"להוכיח את היותי טרנס" – המטפל כשומר הסף
80	"הרגשה שאני קצת רדוף" – הרפואה והתקשורת כזירות משמוע
88	שיח חדש
89	"לשבור את המחסום של אי סימטריה בכוח" – אסטרטגיות לשינוי השיח
95	" באיזשהו מקום אנחנו כן מחנכות את אנשי הרפואה" – מי פה המומחה?
101	" כי פתאום זה גם בן אדם, זה לא רק רופא!" – תפקידיו החלופיים של הרופא
109	סיכום
113	ביבליוגרפיה

תקציר

דגש רב ניתן כיום בספרות לבחינת חוויותיהם של מטופלים מן המפגש הטיפולי. בעוד שבספרות זוהתה מורכבותו של מפגש זה במצב של שונות תרבותית וחברתית בין מטפל למטופל, מעט דגש הושם על שונות בזהותם המגדרית של מטופלים. מחקר זה מתמקד בחוויות של טרנסג'נדרים וטרנסג'נדריות מן המפגש עם המערכת הרפואית. מחקר בהקשר לאוכלוסייה זו נדרש לאור ההתעלמות הבולטת בספרות לגביה – מחקרים שנעשו בשנים האחרונות התמקדו בצרכיהם הייחודיים של חברי קהילת הלהטייב (לסביות, הומוסקסואלים, טרנסג'נדרס וביסקסואלים), אך התבססו למעשה על מדגמים הכוללים הומוסקסואלים, לסביות וביסקסואליים בלבד. כמו-כן, לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית צרכים רפואיים ייחודיים, שכן אנשים טרנסג'נדרים, לא פעם, פונים אל המערכת הרפואית בבקשה לטיפולים אשר יאפשרו את התאמת חזותם וגופם לזהותם המגדרית. בנוסף, המודל הרפואי הנוכחי מסווג טרנסג'נדריות תחת הקלסיפיקציה הפסיכיאטרית (American Psychiatric Association, 2000, DSM-IV-TR, pp. 576-582) וממליץ על מתן טיפולים לאישוש מגדרי לאלו שחפצים בהם ונמצאים כמתאימים לקבלתם. עם זאת, ביקורת רבה נשמעת כלפי מודל זה, חלקה הנרחב בקרב חברי קהילה הטרנסג'נדרית, עובדה המצביעה על פערים תפיסתיים רחבים בין מטפל ומטופל.

המחקר הנוכחי מבוסס על ראיונות עומק שבוצעו עם שמונה טרנסג'נדרים וטרנסג'נדריות לגבי חוויותיהם מן המפגש עם המערכת הרפואית הישראלית. מתוך ניתוח הראיונות אותרו תמות שונות המתארות את מקורות הקושי העיקריים של המרואיינים בפנייה לקבלת טיפול רפואי ואלה המתעוררים במהלך קבלתו. כמו-כן, התחקה המחקר אחר תגובותיהם של המרואיינים לקשיים הללו, ואת אופני ההתמודדות עימם.

מן המחקר עולה העדפה ברורה של מטופלים טרנסג'נדרים למפגש עם אנשי מקצוע בעלי הכרות ידועה ומוצהרת עם התחום, אך אלו מועטים ומצויים ברובם במרכז הארץ. מדברי המרואיינים עולה כי אנשים טרנסג'נדרים נפגשים, לא פעם, עם חוסר ידע מצד רופאים לגבי מגוון הזהויות המגדריות וצרכיהם הרפואיים של מטופלים טרנסג'נדרים. בגין מחסור זה, נדרשים המטופלים להסביר ולחנך את מטפליהם, לשם כך נדרשים המטופלים לצבור בעצמם ידע רב – מהלך המתרחש, ברובו, באמצעות קשרים בתוך הקהילה הטרנסג'נדרית, המהווים גורם ידע ותמיכה משמעותי.

קושי מרכזי נוסף העולה במפגש עם גורם מטפל הנו הצורך בחשיפה – ברמת השיח וברמת הגוף. הקושי להיחשף כאדם טרנסג'נדר בפני גורם מטפל מצביע על היחס מבוסס הסטיגמה והסטריאוטיפים לו זוכים ולו מצפים אנשים טרנסג'נדרים, בפנייה לטיפול רפואי. החשיפה הגופנית, הנדרשת לבדיקות גופניות,

תוארה כמורכבת במיוחד, ונמצאה הקבלה בין אפיוניו של הקושי בחשיפה הגופנית לתיאורי החוויה העצמית של הגוף.

בנוסף לכך, מצא המחקר כי לא פעם המערכת הרפואית נתפשת על ידי מטופלים טרנסג'נדרים כמוסד כוללני והגורמים המטפלים נחווים כסוכנים חברתיים רבי כוח. במידה רבה בשל התפקידים החברתיים, כדוגמת היותם שומרי סף לקבלת טיפולים רפואיים, נחווים גורמים טיפוליים כבעלי תפקיד בשמירת ההגמוניה המגדרית, הפועלים להגביל את האפשרויות הטיפוליות של מטופלים טרנסג'נדרים. בהקשר זה, כולל המחקר גם חקר מקרה, בו חוברים גורמים רפואיים ותקשורתיים להפעיל כוח ממשמע כלפי פרט חורג חברתית – גבר טרנסג'נדר בהריון. חוויה זו של המטופלים, כי הגורמים המטפלים הנם כסוכנים חברתיים ממשמעים רבי כוח, מהווה נקודת קושי הפועלת כנגד יצירת קשר טיפולי מוצלח ומשמעותי.

למול שורת קשיים זו, עולה כי המרואיינים מפתחים אסטרטגיות לפעולה בתוך מערכת היחסים הטיפולית. מטרת אסטרטגיות אלו לשנות את עמדת נחיתותם כמטופלים, לייצר לעצמם מרחב טיפולי הולם המתאים לצרכיהם, וכך לייצר שיח חלופי לשיח הביו-רפואי על מגדר בכלל ועל הזהות הטרנסג'נדרית בפרט. אסטרטגיות אלו מתבססות, במידה רבה, על תצורות שונות של הון תרבותי וחברתי (Bourdieu, 1986), מגובשות ומיושמות ברמה האישית הקהילתית, כפי שמדגים המחקר. כמו-כן, מתוארות מערכת היחסים בין מטפל למטופל הנרקמת, או זו הרצויה, לאחר שימוש באסטרטגיות שכאלו, והתפקיד אותו ממלא הגורם המטפל בחייו של המטופל לאחר מכן.

מחקר זה, מהראשונים לעסוק בתחום, בעולם בכלל ובארץ בפרט, חושף מידע חשוב לגבי חוויותיהם של אנשים טרנסג'נדרים מהמפגש עם המוסד הרפואי בישראל. מידע זה מהותי להבנת חווית המטופלים ולעיצוב של שירותי הבריאות באופן שיתאים למטופלים טרנסג'נדרים. התאמת ההתייחסות הרפואית ושיפור הנגישות שלהם לטיפול הנה נדבך בסיסי וחשוב לשיפור רווחתם הגופנית, הנפשית והחברתית של אנשים טרנסג'נדרים בישראל.

מבוא ושאלת המחקר

המערכת הרפואית עוברת בשנים האחרונות שינוי, מהתייחסות המרוכזת בגוף ובפתולוגיה, להסתכלות רחבה על האדם כמכלול, תוך התייחסות גם לנפשו של החולה (Taylor, 2006). מתוך הבנה זו, קיימת כיום התייחסות מחקרית לחוויות המטופל¹ במפגש עם המערכת הרפואית. לא פעם חושפים מחקרים אלו טפח משמעותי של המערכת הרפואית, לעיתים כמייצגת את החברה כולה ואת השינויים המתרחשים בה.

קבלה של קהילת ההומוסקסואלים, הלסביות, הביסקסואלית והטרנסג'נדרים (להט"ב) הנה אחד השינויים המתרחשים בחברה כיום. הפתיחות לקהילה זו מצאה דרכה גם לרפואה, ומשאבים הושקעו במחקר. מחקרים שבדקו הן את אנשי המקצוע והן את אנשי הקהילה, הסיקו כי לקהילה זו צרכים ייחודיים שאינם מקבלים מענה במערכת הרפואית (דהן, פלדמן וחרמוני, 2007; Harrison, 1996; Kitts, 2010), דבר שהביא גם לפתיחתן של מרפאות ייחודיות – "מרפאות גאות". עם זאת, רובם של המחקרים שפנו אל אנשי הקהילה כנבדקים, השתמשו במדגם הכולל הומוסקסואלים, לסביות וביסקסואלים בלבד (Addis, Davies, Greene, MacBride-Stewart, & Shepherd, 2009).

הסקה ממדגם זה, הכולל מגוון של נטיות מיניות, על אוכלוסיית הטרנסג'נדרים ועל מגוון זהויות מיניות, אינה מובנת מאליה. היעדרותם של הטרנסג'נדרים מאוכלוסיית המחקר בולטת ומשמעותית, ומייצגת את חוסר הנראות הכללית של אוכלוסייה זו בחברה ובמחקר (Beemyn & Eliason, 1996; Namaste, 2000). היעדר התייחסות ספציפית אל טרנסג'נדרים הנה משמעותית בראש ובראשונה עקב צרכי הבריאות הייחודיים של אלו, בין השאר בשל הטיפולים הרפואיים אותם הם מקבלים בכדי לייצר את השינוי המיני המיוחל (Gorton, Buth, & Spade, 2005; The World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2011), וכן בשל הקושי הייחודי והמשמעותי הניצב בפניהם בנגישות לטיפול רפואי, על פי המחקרים בעולם (Sanchez, Sanchez, & Danoff, 2000; JSI Research & Training Institute, 2009). חוסר הנגישות נמצא כקשור לסיכוי הרב להתנהגות מסכנת בריאות בקרב טרנסג'נדרים (Sanchez, Sanchez, & Danoff, 2009), כגון שימוש בהורמונים ללא מרשם, שימוש בסמים או אלקוהול

¹ בהעדר לשון ניטראלית קריאה ונהירה בעברית, נעשה שימוש בלשון זכר לשם הכללה, עם זאת הכוונה היא לכל המינים והמגדרים, אלא אם כן צוין אחרת.

והתנהגות מינית לא בטוחה, אשר מעלים את הסיכון להדבקות בוורוס הכשל החיסוני האנושי (HIV) (San Francisco Department of Public Health, 1999).

נרחב עוד יותר הוא חוסר המידע לגבי טרנסג'נדרים בישראל, שכן מחקרים בודדים שנעשו בארץ התמקדו בקבוצה זו. כמיטב ידעתי, אף אחד מאותם מחקרים לא התמקד בצרכי הבריאות או בשירותים הרפואיים הניתנים להם. בשנה שעברה נערך סקר הבריאות הלהט"בי הארצי, על ידי ארגון חוש"ן וחוקרים מאוניברסיטת בן-גוריון, שתוצאותיו המלאות טרם פורסמו. הסקר שם לעצמו למטרה לזהות את קשיי הקהילה ואת צרכיה מן המערכת הבריאותית, במטרה להדריך רופאים וכן לגייס משאבים נוספים (חוש"ן, 2010). בצמוד לתחילתו של הסקר, פרסמו נציגי הקבוצה הטרנסג'נדרית מכתב בו הם מודיעים על פרישתם מצוות ההיגוי של הסקר (שטרן, ארזי, אריאלי, אלכסנדר, סבר ופיגנבוים, 2010), כיוון שלטענתם נמנעה מהם גישה לנתוני הסקר וכן מספר שאלות העוסקות בנושא הזהות המינית שונו או הורדו. פרט לסכסוך בין הצדדים, עולה החשיבות ששמה הקבוצה הטרנסג'נדרית על השמעת קולה ומעורבותה במחקר בתחום, ומחזקת עוד יותר את הרלוונטיות של מחקר זה.

היעדר מידע ברור לגבי המפגש בין טרנסג'נדרים לבין המערכת הרפואית, הנו מכשול מרכזי באפשרות לשיפור השירות הניתן להם ולעידוד התנהגות בריאות נכונה יותר מצידם (Lombardi, 2001). מטרת מחקר זה הנה לבחון את חוויותיהם של טרנסג'נדרים מן המפגש עם המערכת הרפואית, כפי שהן מתוארות מנקודת המבט שלהם, ולאתר את הדפוסים והרגשות המבוטאים על ידם. באמצעות כך, מתעתד מחקר זה להעניק קול לאלו שאינם נשמעים בשיח המדעי – העולמי והישראלי במיוחד.

בכדי לזהות דפוסים אלו יבוצעו ראיונות עם טרנסג'נדרים, מתוך ציפייה לבחון את הסוגיה לעומקה. המרואיינים יתבקשו לספר על מפגשיהם עם המערכת הרפואית, בכל הקשר שימצאו לנכון, ויכוונו לשתף בחוויותיהם, תחושותיהם והתבוננותם הסובייקטיבית על מפגשים אלו.

רקע תיאורי

כשם שנושא מחקר זה חוצה את הגבולות המסורתיים של תחום המחקר הפסיכולוגי, גישת המחקר לנושא תהיה מנקודת מבט רחבה ואינטרדיסציפלינארית. בהתאם לכך, הספרות שתסקר נובעת מתחומים רבים ותפישות שונות. הסקירה תכלול מספר תתי פרקים – ראשית, אפרט את המינוחים הבסיסיים המקובלים בשיח בנוגע לטרנסג'נדרים. שנית, אתייחס למספר מודלים מרכזיים, מתחומי שונים, בנושאי מגדר, זהות מגדרית ושינוי מגדרי. לאחר מכן אתייחס לקשר הייחודי בין מטפל למטופל, ואזכיר את ההתייחסות המוסדית אל הפרט, ובעיקר אל אותם פרטים הנתפשים כשונים. לבסוף, אתייחס למספר נקודות מרכזיות,

העולות מהספרות, לגבי חוויותיהם של טרנסג'נדרים מול החברה ובגישה למערכת הרפואית, במטרה להקנות מסגרת ראשונית להבנת המרואיינים במחקר.

הגדרות ומונחים מרכזיים

זהותו המינית של אדם כוללת ארבעה מרכיבים: המין הביולוגי – הגנטי, ההורמונאלי והפיזיולוגי, הזהות המגדרית – תפישה אישית וחברתית, תפקידי המגדר – על פי הכתבות החברה והנטייה המינית (שילה, 2007, עמ' 195-196). בעוד מרבית האוכלוסייה מורכבת מאנשים סיסג'נדרים (Cisgender), כלומר החשים הלימה בין המין הביולוגי והזהות המגדרית, זה לא המקרה עבור אחוז מסוים מן החברה. הערכות בהקשר לשכיחותם של אנשים טרנסג'נדרים באוכלוסייה נעות בין 1: 52,000 ל-1: 6364 (Olsson & Möller, 2003; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996; Veale, 2008), אם כי מדידת השכיחות מורכבת וכן נראה כי השכיחות משתנה עם השנים.

טרנסג'נדר (Transgender) הנו מונח הנועד לתאר אדם החווה חוסר הלימה עמוק בין תפישתו המגדרית למינו האנטומי, ובוחר לרב לחיות את חייו על פי הראשונה². איש שמינו הביולוגי נקבה נקרא טרנסג'נדר, או (FTM) female-to-male ואישה שמינה הביולוגי זכר נקראת טרנסג'נדרית, או (male-to-female) (MTF). המונח טרנסקסואל (Transsexual), שהוטבע על ידי המחקר הרפואי בתחום (Schilt & Westbrook, 2009), מקובל לתיאור אדם הבוחר לשנות את מינו האנטומי, בעזרת הורמונים וניתוח, בכדי להתאימו לתפישתו את עצמו ואת גופו. טרנסג'נדר הוא מונח רחב יותר, אשר מתייחס גם לאלו שאינם חשים צורך בביצוע פעולות רפואיות, כלל או בחלקן, במטרה לשנות גופם (Bullough, Bullough, & Elias, 1997, pp. 25-26; Whittle, 2000, pp. 61-66). לשם הקיצור והנוחות, אשתמש במונח טרנסג'נדר בהקשר לאוכלוסייה כולה, מונח המקובל על פי רוב להכללת הטווח הרחב של הזהויות המגדריות הלא קונפורמיסטיות.

בכדי ליצור שינוי גופני והתאמתו לתפישת האדם, מציעה הרפואה כיום מספר אפשרויות טיפוליות. ראשית, טיפול הורמונאלי, בו ניתנים סטטוסטרון או אסטרוגן, לשם הקניית את סממני המין המשניים הרצויים (Whittle, 2000, pp. 61-66). כמו-כן, קיימות אפשרויות כירורגיות החל מאלו שנועדו להעניק

² הגדרה זו הנה ההגדרה המקובלת בספרות, עם זאת חשוב להזכיר כי אלו הגדרות אינדיבידואליות של אדם לגבי זהותו, ולכן מגוון ההגדרות והפירושים, הניתנים למונחים אלו ואחרים, הוא אינסופי.

ולשפר את סממני המין המשניים, כשהמקובלת שבהן היא בחוזה, וכלה בניתוחים ליצירת אברי המין – Vaginoplasty עבור טרנסג'נדריות ו-Phalloplasty עבור טרנסג'נדרים, כשהראשון מקובל בהרבה, בשל הקשיים הכירורגיים בביצועו של השני. כמו-כן, קיימת האפשרות לעבור כריתה של איברי המין הראשוניים.

על פי חוזר משרד הבריאות בנושא "ניתוחים לשינוי מין", אלו מורשים להתבצע בישראל בבתי חולים ציבוריים בלבד, לאחר קבלת אישור וועדה רב תחומית הכוללת פסיכיאטר, מנתח פלסטי, פסיכולוג, אורולוג ואנדוקרינולוג (חוזר שירותי אשפוז מס' 39/86, 1986). בפועל, אלו מתקיימים במרכז הרפואי שיבא בלבד. הוועדה דורשת מהמועמדים לחיות שנתיים כבני המגדר הרצוי ובוחנת את המקרים על פי ההגדרות שהציע ד"ר הארי בנג'מין, מראשוני המומחים בתחום בשנות השישים המוקדמות, שאגודה מקצועית על שמו פועלת עד היום ומעדכנת תקנות לטיפול (WPATH, 2011). עם זאת, כפי שרבים מהקהילה הטרנסג'נדרית ומאנשי המקצוע מזכירים (גרינברג, 2008; לבנת וכרמון, 2008), הוועדה משתמשת בגרסאות לא מעודכנות של הגדרות אלו, אשר אינן משקפות את רוח התקופה ומשתמשות בייצוגים סטריאוטיפים של נשיות וגבריות, בשונה מן המקובל בעולם (Stone, 1991; Vincent & Camminga, 2009).

טרנסג'נדרים בראי הרפואה והפסיכולוגיה

בכדי להתייחס אל חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש הרפואי, חשוב להתייחס קודם לכן להסתכלותה של הרפואה על טרנסג'נדריות. מבחינה היסטורית, מופיעה ההתייחסות המדעית לנושא הטרנסג'נדרים לראשונה במחקר סקסולוגי בסוף המאה ה-19 (Krafft-Ebing, 1894 as cited in Hird, 2002). כמאה שנים לאחר מכן, מוקדה ההתייחסות לטרנסג'נדרים כהפרעה פסיכיאטרית, כאשר הוגדרה כ-Transsexuality בגרסתו השלישית של ה-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1980, DSM-III). כיום, טרנסג'נדרים מוגדר על פי קלסיפיקציה זו כ-Gender Identity Disorder (GID) (American Psychiatric Association, 2000, DSM-IV-TR), על פי האבחנה, GID נוכחת עוד בילדות, לרב חולפת ספונטנית בבגרות, ומציגה עצמה בעיקר כהתעקשות להתלבש ולשחק באופן המקובל עבור המין השני ודחייה של אלה המקובלים בבני מינם, המביאה לא פעם לריחוק חברתי. מופעה של ה-GID משתנה במהלך החיים, ובבגרות היא מאופיינת בעיסוק מרובה ברצון להשתייך למין השני, מבחינת תפקיד חברתי או חזות, וחוסר נוחות עם המין הביולוגי. במרבית המקרים של GID בבגרות, צפוי מהלך כרוני לכל החיים. בכל הגילאים מתבססת האבחנה על מצוקה ופגיעה ממשית בתפקודי החיים.

נתח גדול מן המחקרים הנעשים בתחום הינם מחקרים התרים אחר האטיולוגיה לטרנסג'נדרים, כמקובל בתחום (פוקו, 1963/2008), ומתמקדים בגורמים ביולוגיים וחברתיים. המודלים הביולוגיים מבוססים בעיקר על מקרים בהם הוחלט על ידי צוות מקצועי על טיפול רפואי לשינוי מינם של תינוקות צעירים שנולדו עם הפרעות אנטומיות או אנזימטיות, שחלק גדול מהם הסתיים בשינוי מין חוזר בבגרות (al-Attia, 1996; Cohen-Kettens, 2005; Diamond & Sigmundson, 1997; Praveen, Desa, Khurana et al., 2008; Reinerm 2005, as cited in Swaab & Garcia-Falgueras, 2009). ממקרים אלו הסיקו חוקרים כי מגדרו של האדם נקבע ביולוגית בתקופה העוברית, וכי ההשפעה החברתית והפסיכולוגית מועטה עד אפסית. מסגרת תאורטית מקובלת בתחום היא זו של Pillard and Weinrich (1987), אשר השתמשו בידוע לגבי ההתפתחות העוברית בכדי לטעון לשני תהליכים נפרדים – היווצרות הזכריות ושליטת הנקביות (as cited in Devor, 1997, pp. 64-5), בכדי לטעון כי שילובים שונים של שני תהליכים אלו מייצרים מגוון של זהויות, בניהן טרנסג'נדרים.

זרם ראשון במחקר בתחום התמקד בשינויים במטען הגנטי ובמאזן ההורמונאלי, על בסיס הידע הקיים מתסמונת טרנר ומתסמונת קלינפלטור (Whittle, 2000, p. 6). עם זאת, מחקרים לא הצליחו להראות כל הבדל במורפולוגיה או בגנטיקה של טרנסג'נדרים (Money, & Gaskin, 1971, as cited in Beemyn & Eliason, 1996, p. 38). בעוד המאזן ההורמונאלי בטרנסג'נדרים גם כן לא הראה כל חריגה, מעט ממצאים דיווחו על תגובה הורמונאלית חריגה (Midgeon, Rivarola, Forest, 1969; Seyler et al., 1978), מקורם של ממצאים אלו אינו ברור, וקיימת האפשרות שהתגובה ההורמונאלית משתנה בעקבות מצבם הפסיכולוגי של הנבדקים, גורם הידוע כבעל השפעה על המאזן ההורמונאלי. תפישה זו הושרשה, ובאה לגדי ביטוי גם בקריטריון C לאבחון ההפרעה על פי ה-DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, pp. 576-582), הדורש כי לא יהיה כל בסיס גופני המצדיק תחושות אלו של חוסר ההלימה בין זהות המגדר למין הביולוגי.

בניסיון לזהות הבדלים ראשוניים בטרנסג'נדרים, התמקדו חוקרים מסוימים באפשרות של מקור התפתחותי. במהלך ההתפתחות העוברית, הבידול בין המינים באברי מין מתרחש בחודש השני להריון ואילו הבידול בין המינים מבחינת ההתפתחות המוחית מתרחש בחציו השני של ההיריון (Swaab & Garcia-Falgueras, 2009). פער זמנים זה מאפשר, על פי תפישה זו, התפתחות של חוסר הלימה בין אברי המין למבנה המוחי, כאשר השני אחראי על תפישת הזהות המגדרית. הוצע כי בין זמנים אלו מתרחש שינוי הורמונאלי, המשפיע על ההתפתחות המוחית של העובר באופן המשנה את ייחוסו המיני, אם כי השערה זו

מעולם לא הוכחה (Devor, 1997, p. 65). מחקרים שנעשו בתחום הנוירואנטומיה הראו מספר הבדלים במוחם של טרנסג'נדרים, גם אצל אלו שלא נטלו טיפול הורמונלי. הבדלים אלו, שעיקרם בהיפותלמוס, מצביעים על דמיון רב בין טרנסג'נדרים לאנשים סיסג'נדרים בני אותו מגדר, ולא בני אותו מין בלידה (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008; Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren, & Swaab, 2000; Luders, Sánchez, Gaser, Toga, & Narr, 2009; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, & Segovia, 2010; Zhou, Hofman, Gooren, & Swaab, 1995).

תיאוריות נוספות לגבי האטיולוגיה של הטרנסג'נדרים פתחו התייחסות ביו-פסיכולוגית. תיאוריה מוכרת וبولטת בעלת התייחסות שכזו היא התיאוריה של John Money (1986), על פיה משתנים ביולוגיים מכתבים את התפתחותנו, ביניהם את רמת התגובה לגירויים פנימיים וחיצוניים (as cited in Devor, 1997, p. 59). גורמים פסיכולוגיים וחברתיים יכולים להשפיע על זהות המגדרית של האדם, ולגבור גם על המין המולד, תוך השפעה על גורמים ביולוגיים, כמו המאזן ההורמונאלי (Money & Ehrhardt, 1972, as cited in Devor, 1989, p. 22).

אבקש להתמקד כעת בקצרה גם בתיאוריות פסיכולוגיות שונות, המניחות מהלך שונה של התפתחות הזהות המגדרית, שכן גם להן השפעה על אנשי המקצועות הטיפוליים, בעיקר כיוון שטרנסג'נדרים מומשגת באמצעות אבחנה פסיכיאטרית. מחקרים פסיכולוגיים הראו כי אנשים מגיבים באופן שונה אל תינוקות ממין זכר וממין נקבה, מזהים בהם סממנים של מגדרם, ומטפלים בהם בהתאם לכך (Seavey, 1983, as cited in Devor, 1989, pp. 25-26). לכן תיאוריות רבות מתמקדות בסביבה המשפחתית כסממן לתפקוד מגדרי שהתינוק לומד לחקות הזדהות עם ההורה בן אותו מין (פרויד, 1923/1966), או בעקבות חיזוקי הסביבה להתנהגות תואמת מגדר (Bandura, 1977, as cited in Hjelte, 1992, pp. 341-8), או מתוך למידה אקטיבית של ההתנהגות המצופה מבן מגדרו, מתוך הרצון להשתלב בחברה (Kohlberg & Ullian, 1974, as cited in Devor, 1989).

המחקר הפסיכולוגי שותף גם הוא לחיפוש אחר האטיולוגיה של הזהות הטרנסג'נדרית. Stoller (1975) היה בין הראשונים לפתח תיאוריה פסיכולוגית בנושא, אותה מיקד גם כן בהתייחסות הורית המעודדת הזדהות עם תפקידי המגדר השני (Devor, 1997, pp. 55-6). תיאוריות אחרות מתמקדות במבנה הנפשי, McDougall (1995) מניחה בסיס נפשי דו-מגדרי, שבמהלך ההתפתחות נדרש האדם לוותר עליו, בכדי להשיג את הייעוד של מגדר אחד התואם את מינו הביולוגי, וכך אי-השלמה של שלב זה מייצר חריגה מגדרית ומינית, כדוגמת הטרנסג'נדרים (as cited in McKenzie, 2006). McKanzir מציעה כי השלמה

עם המבנה החד-מגדרי, מהווה כוח אגו להמשך חקירה של המבנה הראשוני הרב-מגדרי, ללא קשר למין הביולוגי (2006), תיאוריה זו היא דוגמה אחת לתפישה המתעוררת בתחום כי מגדר אינו בינארי. תפישה זו קיימת בתחומים אחרים העוסקים בסוגיית המגדר כלל ובטרנסג'נדרים בפרט. אבקש כעת להזכיר התייחסויות של דיסציפלינות נוספות לטרנסג'נדרים וכן לעיסוק הרפואי בתחום.

הסתכלות סוציולוגיה וקווירית על טרנסג'נדרים ו-Gender Identity Disorder

התפישות כי ישנן יותר משתי אפשרויות מגדריות ושמעבר בין המגדרים אפשרי, קיימות בתרבויות שונות ברחבי העולם ומזמנים מוקדמים (נורדברג, 2010; Devor, 1989, pp. 43-4). עם זאת, בחברה המערבית בה אנו חיים מקובל המודל הביו-רפואי, על פיו המין הנו משתנה דיכוטומי, הנקבע על פי פיזיולוגיית הגוף, וממנו נגזר השיוך המגדרי (Oppenheimer, 1968, as cited in Epstein, 1988, pp. 101-2). למעשה, טרנסג'נדרים מפירים את הקישור המידי בין מין ומגדר ואת ההפרדה בין המינים, ובכך מעלים איום על רעיונות בסיסיים של נורמטיביות בחברתנו (Epstern, 2007, p. 253 as cited in Bell & Figert, 2010; Schilt & Westbrook, 2009).

על פי תיאוריית התגובה החברתית שפיתח Becker (1963), סטייה אינה אפיון של מעשה או קבוצה, אלא הגדרה הניתנת לאלו על פי נורמות הנקבעות בחברה מסוימת בתקופה מסוימת (as cited in Seidman, 1996, p. 223). על פי הסתכלות זו, טרנסג'נדרים נוצר בתוך המוסד התפישתי של חברה דו-מגדרית ומסומנת כסטייה בתוכה. לכן, בדומה לתופעות אחרות, לא ניתן להתייחס לרעיון הטרנסג'נדרים בלי לקשר לתמונה החברתית הכללית בה הוא מתקיים.

כיום מקובלת ההבנה של טרנסג'נדרים בתפישה הרפואית-מדעית. עם זאת, התייחסות זו אינה קיימת משחר האנושות, שכן הטרנסג'נדרים קיים ברחבי העולם ומזמנים מוקדמים (Devor, 1989, pp. 43-44; Feinberg, 1996; Fraser, Karasica, Meyer, & Wylie, 2010; Hird, 2002). רפואיים, למשל כמחלה או כהפרעה, או שימוש בהתערבות רפואית בכדי לטפל בה הנה ההגדרה המקובלת בספרות למדיקליזציה (Conard, 2005). הכנסת תופעה לדיסקורס הרפואי, כדוגמת הגדרתה בספרות הפסיכיאטרית ובקבלתה ככזו, גם מוציאה אותה מהדיסקורס הקודם, החברתי או הדתי, כסטייה (Zola, 1972). באמצעות הליך זה הופכת הרפואה למסד מפקח ברשות החברה, המאפשר שליטה על התנהלות הפרט בהתאם לנורמות המקובלות בה.

ניתן לכן להתייחס להתמקדות הרפואית בטרנסג'נדרים, באמצעות האבחנה של GID, כמדיקליזציה של הקשת המגדרית בשל החריגה מתפישת המין הבינארית. מעבר לכך, מגדר שאינו משקף מין יכול להיתפס

גם כאיום על ההטרסקסואליות – שכן לשמה נדרשת מערכת בינארית של מין, הוזה למבנה הפיזיולוגי (Schilt & Westbrook, 2009). לכן, יש המתייחסים למדיקליזציה של הזהות המגדרית גם כמדיקליזציה של המיניות שאינה הטרסקסואליות. מבחינה היסטורית, ניתן לראות כי הופעת האבחנה של טרנסקסואליות הופיעה במקביל להוצאת האבחנה הפסיכיאטרית של הומוסקסואליות (Hird, 2002). קיימות מספר עדויות של הומוסקסואלים שבחרו בניתוח לשינוי מין בשל האפשרות לחיים מקובלים חברתית כנשים – שכן בעוד הומוסקסואליות נתפשת בחברתם כסטייה ואף כחטא, GID הנה אבחנה רפואית וקבילה וכן דרך חזרה אל המיניות הבינארית, הנתפשת כנורמאלית (Marais, 1982; Solomon, 1982, van Tonder, 1982 as cited in Vincent & Camminga, 2009), הדעת כמובן נותנת כי אלו מקרי קיצון אשר אינם מיצגים את עיקר הטרנסג'נדרים.

הליך המדיקליזציה מתחיל לרב דרך עשייה של אנשי מקצוע מתחום הרפואה, המרחיבים את גבולות התחום (Conard, 2005). ההמשגה הקיימת כיום לטרנסג'נדרים (או ל-GID), היא, לטענת רבים, תוצר של התפתחות אמצעים רפואיים כגון טיפול הורמונלי והליכים כירורגיים, המאפשרים שינוי גופני (Fausto-Sterling, 2000, p. 253 as cited in Bell & Figert, 2010), שהתפתחו החל מאמצע המאה ה-20 (Hird, 2002). אמצעים אלו יצרו פנייה אקטיבית אל אנשי המקצוע מצד אלו המחפשים לגיטימציה לתחושותיהם, מתוך עולם המושגים הרפואי, ובכך העמיקו וחיזקו את המדיקליזציה של התחום (Conard, 2005). למעשה, כך הועבר המאמץ של הטרנסג'נדר לעבור כבן המגדר הרצוי (passing), אל חדרו של הרופא – בעל היכולת להעניק את השינוי הגופני שיאפשר את המעבר (Rubin, 2006, as cited in Bell & Figert, 2010). הליך זה הוא כמובן הפיך, ובאמצעות לחצים ניתנת הוצאתו של תחום מהדיסקורס הרפואי, כדוגמת שינוי ההתייחסות להומוסקסואליות.

חשוב להתייחס גם לעובדה כי המודל הרפואי הקיים מתייחס לטרנסג'נדרים כפתולוגיה פסיכיאטרית, ובשל כך חושף טרנסג'נדרים לתווית של חולי נפש (Lee, 2002; Hird, 2002; Bell & Figert, 2010, p. 112; Schilt & Westbrook, 2009; 2008). במחקר אשר בחן גורמים הקשורים בקבלה או דעות קדומות לגבי נשים טרנסג'נדריות בשבע מדינות שונות ברחבי העולם (ביניהן מדינות מערביות ומדינות מזרח אסיה), נמצא כי גורם המפתח להתרחקות ממגע עם טרנסג'נדריות ומניעת זכויותיהן כנשים הנו התפישה כי שונות מגדרית נובעת ממחלה נפשית (Winter, et al., 2009). לדעת החוקרים, ייתכן כי ממצאים אלו מלמדים כי הפתולוגיזציה הפסיכיאטרית משפיעה על דעות קדומות כלפי טרנסג'נדרים, אך הם מאמינים כי הוצאה של התייחסות רפואית זו תחייה התייחסות של מוסדות דת ומוסר כלפיהם במושגים של סטייה וחטא, שיביאו לתוצאה דומה של ריחוק ודעות קדומות. סוגיה זו היא מן המרכזיות אליהן מתייחסים חברי

קבוצת העבודה של הארגון העולמי המקצועי לבריאות טרנסג'נדרים (WPATH), במהלך עבודתם על בחינת רלבנטיות אבחנת ה-GID וניסוחה לקראת ה-DSM-V (Fraser, Karasica, Meyer, & Wyliec, 2010). הועדה צופה שיפור בסטיגמה המקושרת לקבלת האבחנה אם שמה ישונה ל-gender dysphoria, ובכך יבוטא גם מיקוד מחדש למושגי מצוקה (distress) ולא הפרעה (disorder), המסווגת את המאובחנים בה כחולים.

חשוב לציין שבמסגרת הפסיכיאטרית הנוכחית ההתייחסות ל-GID היא כהפרעת זהות הנותרת קבועה לאורך זמן, ולכן האבחנה נשארת תקפה, ולרב ממשיכים לציינה, לאורך חיי האדם – גם אם עבר ניתוח מלא לשינוי מין וגם במקרים בהם האדם שינה את תפישת זהותו המגדרית. בהקשר זה מציעים אנשי המקצוע שלא לייחס אבחנה זו לאלו שבחרו לבצע את כלל הטיפולים הכירורגיים (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010; Fraser, Karasica, Meyer, & Wyliec, 2010). (Pfafflin, 2010; Cohen-Kettenis and Pfafflin, 2010) מציעים גם כי ניתן לשמר את ההקשר הרפואי באמצעות האבחנה של תת-פעילות של בלוטות המין (hypogonadism), ובמקרה הצורך לשלב התייחסות למצב הנפשי הנוכחי באמצעות אבחנות כדוגמת דיכאון או חרדה.

כאמור, השלכה עיקרית של מדיקליזציה היא לגיטימציה לתופעה. כך באבחנת GID עולה הלגיטימציה למתן שירותים רפואיים לשינוי מיני, מתוך ההסתכלות כי השינוי של הגוף הממשי הנו הטיפול היעיל ביותר, ואף היחיד, לטרנסג'נדרים (American Psychiatric Association, 2000, DSM-IV-TR, pp. 576-582; Hird, 2002). החלת המודל הרפואי על טרנסג'נדרים משמעו כי יש להתייחס למאובחנים ב-GID כחופשיים מאחריות מוסרית להופעתה, וכזכאים לטיפול לצמצום מצוקתם הנפשית – עובדה בעלת משמעויות כלכליות ומשפטיות. אכן, התפישה הרפואית משמשת בפעולות לקידום זכויות של טרנסג'נדרים, כדוגמת השתתפות המבטח בתשלום טיפולים לשינוי המיני, תביעות משפטיות כנגד המפלים על בסיס מגבלה, וכנגד רשויות בתי הסוהר בדרישה לגישה לטיפול הורמונלי בזמן המאסר (Lee, 2008). במובן זה דה-מדיקליזציה של ההתייחסות לטרנסג'נדרים, עלולה להביא לכך שהטיפולים ההורמונאליים והכירורגיים יחשבו כטיפולי בחירה ולא ימומנו כלל (Fraser, Karasica, Meyer, & Wyliec, 2010).

בשל הרגולציה על הטיפולים לשינוי הגוף והתאמתו לזהות המגדרית, ברב מדינות העולם, רשאים לעברם רק אלו שאובחנו על ידי איש מקצוע ב-GID. למעשה, הרגולציה הופכת את המערכת הרפואית ואת אנשי המקצוע, לשומרי סף המחזיקים בידיהם כוח רב לגבי חייהם של הפונים לטיפול. בעקבות זאת, מתואר לא פעם כי הפונים מצייגים את עצמם בפני המטפלים באמצעות חזרה על נרטיב קבוע ומוכר, אשר ישכנע את המטפל כי המטופל ראוי לקבלת האבחנה, ויאפשר את קבלת הטיפול המיוחל (Lee, 2008). נרטיבים אלו

מפורסמים בפורומים ובאתרי תמיכה הנכתבים על ידי ועבור טרנסג'נדרים, יחד עם שמות של רופאים המוגדרים "ידידותיים" לטרנסג'נדרים והנוהגים לאשר טיפולים לשינוי מין עבורם. בהפיכת נרטיב זה לאחיד ולחוזר הם מחזקים את המודל הרפואי על בסיסו נכתבו, ומייצרים צפייה לתגובה אחידה ומסוימת מן הממסד הרפואי (Barker, 2008) – ציפייה לא אפשרית בהקשר של אבחון רפואי, ובעיקר אבחון פסיכיאטרי.

למול דחייה מגורם טיפולי לביצוע ניתוח או סירוב מצד המבטח הרפואי להשתתף בעלות הטיפולים (הן בארץ והן במדינות אחרות), פונים רבים לקבלת טיפולים פרטיים בעלות של מאות אלפי דולרים. משמעות הדבר, טוענים המבקרים, כי האפשרות לקבל את מלוא הטיפולים ולעבור את כלל הניתוחים הרצויים, שמורה בעיקר לבעלי אמצעים כלכליים (Samons, 2009: xxvi, as cited in Bell & Figert, 2010, p. 112). חשוב לזכור שמעבר לשינוי הגופני המיוחל, במרבית המדינות, ביניהן ישראל, ביצוע הניתוח באיברי

המין הנו הכרח לשם שינוי סעיף המין בתעודות הרשמיות (נוהל מספר 2.6.0001, 2009; Lee, 2008). חלק ניכר מן הביקורת המופנית להתייחסות הרפואית לטרנסג'נדרים מתמקד בהמשגת האבחנה של GID ב-DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, pp. 576-582), מצליחה לתאר באופן מתאים את חוויותיהם רק של חלק מן הטרנסג'נדרים. במובן זה מהווה האבחנה דוגמא לשיח הרפואי המסווג, המרדד את מורכבות המצב והחוויה להמשגות רפואיות (פוקו, 1963/2008, עמ' 37-59). רבים טוענים כי היא מייצגת, ואף מחזקת תפישה בינארית של מגדר ותפקידי מגדר, המהווים תוצר ישיר של המין הביולוגי. לכן, כל פרט הנוקט בשבירת מוסכמות אלו מסתכן בקבלת אבחנה (Lee, 2008; Schilt & Westbrook, 2009). כמו-כן נוצר לחץ מצד המערכת על המאובחנים לביצוע מכלול הניתוחים ולמעבר מלא, שכן הצלחה טיפולית, על פי מודל זה, היא השבת הבינאריות (Hird, 2002).

קיימים, ללא ספק, אנשים טרנסג'נדרים עבורם המודל הרפואי אינו מתאים ואינו הולם, בעיקר בעקבות תפישתו הבינארית לגבי מגדר. מנקודת מבט זו ברור כי דה-מדיקליזציה מוחלטת בתחום תהווה פגיעה משמעותית באלו שעבורם המודל הרפואי מהווה ביטוי נכון ומאפשר מזור למצוקה שחשו בחייהם בהקשר למינם ומגדרם. כמו-כן, סבירה בהחלט האפשרות כי הליך זה לא ימנע סטריאוטיפים לגבי טרנסג'נדרים (Winter, et al., 2009), ואולי אף יחמיר את המצב בהעברתו חזרה למונחי סטייה וחטא הנתפשים כתחת תחום שליטתו ואחריותו של האדם. האפשרות כי דה-מדיקליזציה תביא להטמעה וקבלה בחברה, בדומה לקיים בחברות מסוימות (Nanda, 2008 as cited in Fraser, Karasica, Meyer, & Wyliec, 2010) נראית סבירה פחות באם לא תשולב בשינויים חברתיים נוספים, כפי שניתן לשאוב מן ההקבלה לשינויים בתפישת הומוסקסואליות (Vincent & Camminga, 2009).

תפישה ביו-רפואית זו אומנם מרכזית גם בחברה הכללית, אך אין להתעלם מקולות אחרים הנשמעים בהקשר לתפישה זו, המשנים את הקונטקסט החברתי בו היא מתקיימת. בשלושת העשורים האחרונים תיאוריות חברתיות קוויריות ופמיניסטיות, וכן פעילות של תנועות ה-Intersex, מעמידות את התפישה הבינארית של המגדר בבחינה, וכן את הקישור המידי בין מין ומגדר, המקובל בחברתנו (Hird, 2002; Schilt & Westbrook, 2009). קריאות שכאלו מייחסות את הטרנסג'נדרים להפרעה חברתית ולא רפואית.

התיאוריה הקווירית בוחנת, מנקודת מבט אינטרדיסציפלינרית, את ההבניה של מיניות בחברה ואת היחסים בין מין, מגדר ומיניות (Spargo, 1999, pp. 8-9, 41). למרות ששם התיאוריה הומשג לראשונה רק ב-1991, ניתן לראות כי הבסיס של התיאוריה מצוי ברעיונות קודמים, כש"תולדות המיניות – הרצון לדעת" של פוקו נחשב לטקסט המכונן הראשון בתחום (Spargo, 1999, pp. 10-26, as cited 1984). בטקסט זה, Foucault מציג את ה"היפותזה הדכאנית", הגורסת כי החברה מדכאת את ביטויי המיניות של האדם באמתלה של מוסריות, במטרה למנוע התפרצות של כוח הגלום במיניות. ההגבלות נעשות הן במישור הממשי, באמצעות הגבלה למיניות מקובלת – הטרוסקסואליות המעוגנת בנישואים, והן בשיח, באמצעות הגבלת האופן והזמן בהם ראוי לדבר על מין. כפי שהחברה מכווניה את תפישתנו את המין, היא גם מגדירה את ההתנהגות המינית הנורמאלית. פוקו דן גם בהבנייה שכזו בהקשר של הומוסקסואליות, הוא מזכיר כי בעוד הומוסקסואליות נתפשה שנים כמעשה סדום, רק מסוף המאה ה-19 נמצאה הגדרה המזהה את העוסק במעשים אלו כטיפוס – הומוסקסואל, ומכך יוחסו לו שלל תכונות וסממנים נוספים. כאמור, תיאורטיקנים קווירים רבים המשיכו את חקירתו של פוקו בנוגע למקור הזהויות המיניות השונות, מרכזית ביניהם היא בטלר. בטלר יוצאת מהמסגרת הרעיונית של פוקו לגבי מיניות, ומרחיבה אותה אל המגדר (Spargo, 1999, p. 53). המגדר, היא טוענת, אינו מבוטא על ידי התנהגויות ותפקודים חברתיים – אלא מכונן על ידם, הליך שהיא מגדירה באמצעות המושג פרפורמנס (Performance) (בטלר, 1990/2001). הגדרה מגדרית ניתנת לגוף, על פי בטלר, באמצעות סימונים – מחוות גופניות הנתפשות כתואמות למגדרינו על פי הנורמות החברתיות ונבנות, למעשה, על פי אידיאל בלתי אפשרי. קיימת צורה נוספת של פרפורמנס והיא הביטוי המילולי, כלומר זה המייצר מציאות מכוח השימוש החוזר בו והפיכתו לנורמה, לדוגמה הגדרת ילוד כבן או כבת, הקובעת את מגדרו העתידי (בטלר, 1993/2007). מכאן נובע כי שיבוש השימוש החוזר בביטוי שכזה תבטל את כוחו, וכך גם מתגלה האפשרות לשינוי ולגמישות גם במושגים הנראים קבועים – כדוגמת השינוי הנעשה למושג "קוויר" באמצעות ניכוסו על ידי אלו שנקראו כך כשם גנאי.

בכתיבתה מתייחסת בטלר לטרנסקסואליות כחיקוי לא ביקורתי של מערכת המגדר ההגמונית, ולא ישות זהותית משל עצמה (1993, p. 131, as cited in Beemyn & Eliason, 1996, p. 188). בכך, טוענת אחרות כדוגמת Namaste, היא מוחקת ומרדדת את מגוון הזהויות הטרנסקסואליות וכן מתעלמת מההקשר החברתי וממאבקהם הפוליטיים להכרה (Beemyn & Eliason, 1996, pp. 183-203). מחיקה שכזו מתבטאת גם בצפיפותיהם של רופאים, העוסקים בשינויי מין, שמטופלים יגדירו עצמם כבני המגדר הרצוי, ולא כטרנסג'נדרים. Namaste מזכירה גם כי בצורה דומה מרודדת זהותם של טרנסווסטיטים ודראגיסטים על ידי ניתוחים קוויריים אחרים (כדוגמת "צרות של מגדר" של בטלר ; ו-Vested interest של Garber). לטענתה, המחיקה נעשית בעקבות התייחסות מתודולוגית מוטעית, הסתכלות מרוחקת על הטרנסג'נדרים שמטרתה בחינה כללית של מגדר, התעלמות מהקונטקסט ההיסטורי והחברתי של הטרנסג'נדריות וממחקרים קודמים מהעולם הסוציולוגי.

קולות נוספים המגדירים טרנסג'נדרים כהפרעה חברתית, ולא רפואית, נשמעו בקרב התנועה הפמיניסטית. מרכזית בהן היא Raymond (1979, as cited in Devor, 1997, pp. 40-2). לטענתה, טרנסקסואליות נובעת מחוסר הבשלות של החברה לקבל את הרעיון של מערכת מינים ומגדרים שאינה דיכוטומית, תפישה הנשמרת בעזרת אמצעים רפואיים, כגון ניתוחים לבניית איברי המין. תמיכתה של המערכת הרפואית, הנשלטת בעיקר על ידי גברים, נובעת לטענתה מרצונם לצמצם את הכוח הנשי ולשמר את מושג הנשיות העדינה (באמצעות ניתוח לשינוי מין בטרנסג'נדרים) ורצון לייצר נשים כרצונם ובדמותם של גברים (באמצעות ניתוח לשינוי מין בטרנסג'נדריות). למעשה, טענתה של Raymond הנה מהמרכזיות לגבי המדיקליזציה ההופכת תופעה חברתית לבעיה של הפרט, הנתפש כחולה (Conard, 2005). לטענתה, על טרנסג'נדרים לחיות את חייהם כפי שהם, ולהימנע מניתוחים אלו, מתוך אמירה פוליטית, ובכך ליצור שינוי תפישתי.

בתגובה, כתבה Stone את המניפסט הפוסט-טרנסקסואלי (1991) בו היא מציעה כי בכוחם של הטרנסקסואלים ליצור שינוי בתפישה ההגמונית לגבי מין ומגדר, על ידי היחשפות אישית כטרנסקסואלים, גם לאחר שעברו את השינוי הגופני. החשיפה מעלה את האפשרות להפיכת הסיבתיות המקובלת כי מין אנטומי מייצר את המגדר, שכן טרנסקסואלים מוכיחים את יצירת המין האנטומי באמצעות מגדר. החשיפה משחררת את הטרנסג'נדר ממחיקת עברו, הנובעת מהסתרת מינו הקודם. עם זאת, Stone מזכירה כי חשיפה שכזו עומדת נגד המטרה הנתפשת של השינוי המיני – מעבר כבן המין השני, וכן נגד הרעיונות המושתתים על ידי המערכת הרפואית והקריטריונים לשינוי מיני. מעשה שכזה

ממקד את הפתולוגיה בתפישה החברתית ולא באדם הטרנסג'נדר, בכך משחרר אותו מכבלי "האחרות" ומעניק לו ביטוי של עצמיותו (זיו, 2006).

בהקשר זה, מציעים חברי הוועדה של WPATH שינוי בקריטריוני האבחנה באופן שאינו מתבסס על התפישה ההגמונית של הקשר בין מין ומגדר (Fraser, Karasica, Meyer, & Wyliec, 2010) על ידי כל שיתייחסו הן לגוף והן לתפקידים מגדריים. התייחסות דומה גם מבוטאת בטיטות הניסוח לאבחנה הצפוי להופיע ב-DSM-V (American Psychiatric Association, 2011). הגדרה זו מנסה להימנע מהסתכלות מקבעת על מגדר כבינארי, בכך שמגדירה את המטרה הטיפולית במציאת עמדה מתאימה בתוך הספקטרום המגדרי, ולא במעבר למגדר הנתפש כנגדי.

קשר מטופל מטפל

בין המטופל לרופאו שוררת מערכת יחסים ייחודית, הנרקמת סביב מטרתם המשותפת לשימור בריאותו של המטופל. בתפילת רמב"ם לרופא ניתן למצוא ביטוי לחלקו של כל צד במערכת יחסים זו: "מלא את לב החולים אמון בי ובאמונתי ושמיעה לעצתי... תן לי לראות במטופל את האדם, כי אדם הוא!" (כפי שצוטט אצל ישי, 1998, עמ' 152).

מחקרים מראים כי לטיב היחסים בין מטופל לרופאו, ולתפישת שני הצדדים אותו, השפעה מרכזית על הטיפול. נמצא כי התנהגות אפקטיבית ואמפתית מצד המטפל, תקשורת בין-אישית, תשומת לב והתחשבות, היא המנבא המדויק ביותר לשביעות הרצון של המטופלים מהטיפול (Ben-sira, 1983; Blanchard et al., 1990; Pilpel, 1996; כפי שצוטט אצל בן-בסט, 1997, עמ' 14). כמו-כן, נמצא קשר בין איכות היחסים בין הרופא למטופל לתוצאות הטיפול בו (Stewart, 1995) כפי שצוטט אצל בן-בסט, 1997, עמ' 24).

קיימות מספר גישות לגבי התקשורת בין הרופא למטופל, המתארות גם את התהפוכות הרבות בהתייחסות לנושא במהלך השנים. הגישה הפטרנליסטית מתמקדת בידע של הרופא, המעניק לו את המעמד של מקבל ההחלטה על המטופל, שתפקידו לקבל ולממש את החלטת הרופא (בן-בסט, 1997, עמ' 9-10). הרופא שם את טובת המטופל כערך עליון, כפי שהוא תופש אותה, גם במחיר של פגיעה באוטונומיה שלו, תוצר הכרחי של גישה זו. גישה זו אפיינה את הרפואה עד שלהי שנות השישים של המאה הקודמת, אז אופייין יחסו של המטופל לרופא בעיקר כיראת כבוד, בשל הידע המקצועי אותו הוא מחזיק ויכולתו להשפיע, כביכול, על הגורל. רופאים מצידם חיזקו תפישה זו ככל שנמנעו ממסירת מידע לחולים.

במהלך השנים חלו שינויים בתפישה החברתית ובתשתית הבריאות שייצרו גם שינויים בתפישה מקצועית זו. בשנות השישים והשבעים התמסדה הקרקע לשירותי רפואה נרחבים, בקופות ובבתי החולים, והקשר

בין המטופל לרופאו הכניס לתוכו גם בעלי דעה אחרים (בן-בסט, 1997, עמ' 8). בשנת 1996 חוקק חוק זכויות החולה, אשר מינה את המטופל לשותף בקבלת ההחלטות הרפואיות בעניינו, כאשר חייב בהסכמתו לקבלת טיפול רפואי (חוק זכויות החולה, 1996, סעיף ד'). כעת, על הרופא להתחשב ברצונותיו של המטופל, ולא רק בצרכיו. הדבר גם מתבטא בחובותיו האתיות שהורחבו מעבר ללא להזיק ולהטיב, לכבד את האוטונומיה של המטופל ולחלוק בצורה הוגנת משאבים רפואיים (Beauchamp & Chilress, 1978) כפי שצוטט על ידי בן-בסט, 1997, עמ' 8).

הגישה האינפורמטיבית היא הקיצון השני מהגישה הפטרנליסטית, על פיה הרופא מוסר את מלוא המידע שבידו למטופל ומשאיר את ההחלטה בידיו (בן-בסט, 1997, עמ' 10). במקרה זה, חובתו היחידה של הרופא היא מסירת מידע מהימן ומדויק ככל האפשר, והוא משוחרר מחובות רבות אחרות כמו בחינת הבנת המטופל והשוואת הסתברויות ההצלחה של האפשרויות השונות (בן-בסט, 1997, עמ' 29). חובות אלו מועברות אל המטופל, אשר נדרש לשקול את המידע הניתן לו בהתאם לערכיו.

הגישה הדליברטיבית מתבססת על התפישה כי החלטה מתבצעת במשותף על ידי המטופל והרופא (בן-בסט, 1997, עמ' 10). בגישה זו הרופא מוסר את האינפורמציה למטופל, ויחד הם מקבלים החלטה על אופן הפעולה המתאים למצב ולמטופל. בדומה לגישה הפטרנליסטית, גם בגישה זו לרופא תפקיד עיקרי בקבלת ההחלטה, אך במקרה זה הוא מתבסס על העדפותיו של המטופל למהלך העתידי ולאיכות חייו (בן-בסט, 1997, עמ' 29). המודל מבוסס על הסכמה הדדית בין הרופא למטופל, המאפשרת למטופל לסרב להוראות הרופא ומחייבת את הרופא לכבד את בקשות המטופל, אך לא להיענות להן כשהן נוגדות עקרונות מקצועיים או אתיים (בן-בסט, 1997, עמ' 26). מחקרים מראים כי גישה זו מועדפת על ידי מטופלים (Schattner, Bronstein, & Jellin, 2006), מביאה לשיפור בתוצאות הטיפול, להפגת חרדות של מטופלים (Stewart, 1995) כפי שצוטט על ידי בן-בסט, 1997, עמ' 24). עם זאת, גישה זו מקשה על הרופאים כיוון שדורשת מהם להבין לעומקה את מערכת השיקולים של המטופל ולמסור מידע בצורה מדויקת ונהירה – אלו אינן משימות פשוטות.

כיום, בין רופא למטופל קיים לא פעם גורם שלישי המגשר על המידע והוא כלי התקשורת. מידע רפואי נהיה נפוץ יותר ויותר בכלי התקשורת, מידע רב ומגוון על מחלות וטיפולים זמין לכל באמצעות האינטרנט, ועבור מטופלים נהיה מקובל מאוד לפנות אליו. Spilberg (1998, עמ' 48) כפי שצוטט על ידי הלוי, 2003, עמ' 48 מציעה כי לא פעם פנייתם של מטופלים לרשת האינטרנט היא תוצאה של אכזבה מיחסייהם עם הרופא. עם השנים הופך כוח האינטרנט לעוצמתי יותר, ונראה כי כיום נכון יותר כי הרפואה תצטרף אליו. הלוי (2003) מציע כי הרופא יכול למנוע מהמטופל טעויות הנובעות מאינפורמציה לא מדויקת או לא מתאימה אם ינחה אותו כיצד לדלות מידע מתאים (עמ' 48).

קשר המטופל והממסד

למטופלים מערכת יחסים לא רק אל האדם המטפל בהם, אלא גם אל המערכת כולה, המהווה גורם מטפל. ניתן להתייחס למערכת הרפואית כאל ממסד כוללני – כזה הדורש מחבריו את עניינם וזמנם ומעניק להם מסגרת תוכן (גופמן, 1957/2006). במוסדות אלו, כפי שמציין גופמן, נוטה להיווצר קרע בין שתי קבוצות מובדלות – הפרט וסגל הממסד, המיוצגים, במקרה של המערכת הרפואית, על ידי המטופל והמטפל. קרע זה מייצר פרספקטיבה סטריאוטיפית, המובהקת עוד יותר במקרה בו אותו מטופל נופל תחת קטגוריה חברתית מקובלת של חריגות (גופמן, 1963/1983), כמו במקרה של טרנסג'נדרים. בתוך הממסד, המטופל הוא נחות, זקוק לעזרה ומופשט ממורכבויות ופנים נוספים של זהותו. לעומתו, המטפל, הוא כל איש סגל במערכת הרפואית, הוא עליון, בעל הסמכות והידע.

גופמן (1957/2006) מאפיין מספר גישות תגובה של הפרט, המטופל, במקרה זה, אל מול המפגש עם הממסד. הראשונה היא נסיגה מצבית מסביבתו וריכוז בעצמו בלבד, המופיעה בדרגות משתנות, כשהקיצונית שבהן היא דה-פרסונליזציה. גישה שנייה היא מרדנות עיקשת במערכת ובדרכה, לשם כך נדרש המטופל להיכרות מעמיקה עם הלכות המערכת, המעידה, באופן פרדוקסאלי, דווקא על חיבור ומחויבות חזקה אליה. גישה נוספת היא קולוניזציה, בה הפרט מארגן את קיומו סביב תפקידו כמטופל במערכת הרפואית, תוך ניצול מלא של האמצעים שמעניק לו מעמד זה, ואף נמנע ומונע מהאפשרות של יציאה מהממסד ומהתפקיד. הגישה הרביעית בה הבחין גופמן היא המרה, בה המטופל מסגל את ראיית המערכת הרפואית כלפיו ומציג תדמית זו, תוך ממושעות מלאה למוסד.

בהקשר של המחקר הנוכחי, אבחן את תיאוריהם של המרואיינים כפרטים במפגש עם מערכת כוללנית – המערכת הרפואית ואת אופני ההתמודדות שלהם עם המערכת, על פי הגישה שהציע גופמן (1957/2006).

טרנסג'נדריות בחברה והטיפול הרפואי

בסקר שבחן את רווחתם של 253 טרנסג'נדרים באוסטרליה ובניו-זילנד, הנמצאים בשלבים שונים של הליכים לשינוי גופם כך שיתאים לזהותם המגדרית, נמצא כי מרביתם מדווחים כי הם מאושרים מחייהם (Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007, p. 25), מחקר קודם מצא כי שיפור במצב רוחם ותפקודם הכללי חל כשהותם הטרנסג'נדרית קיבלה הכרה והחל הטיפול הרפואי (Cole et al., 1997, as cited in Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007).

אלמנט משמעותי בתחילת קבלת הטיפול הרפואי קשור לשינוי הפיזי הנוצר, המאפשר לעבור כבני המגדר הרצוי (Passing)³ והחצנה של הזהות המגדרית. חוויה זו מתוארת כרבת משמעות על ידי טרנסג'נדרים רבים, וניתן להשוותה לטקס מעבר הטעון בסמלים של המרת זהות (1997, לקסיקון חינוך והוראה, עמ' 221-2). פרט למעבר החיצוני אל מול החברה, בישראל מאפשר ההליך הרפואי גם שינוי שם ולבסוף גם שינוי סעיף המין ברישום הרשמי במשרד הפנים (נוהל מספר 2.6.0001, 2009). למרות התפישה המקוטבת של הזהות לפני ואחרי ניתוח, המתבטאת גם בשימוש במונחים של pre/post-transsexual, תהליך המעבר הוא מתמשך. גם עבור אלו שבחרו לעבור ניתוח לבניית איבר מין קיים עיסוק מתמשך בחזות החיצונית (Morgan & Stevens, 2008), שינויים גופניים ורגשיים המתרחשים בשל ההכרח לשנות או להפסיק את הטיפול ההורמונאלי (Devor, 1997, pp. 394-5) או המשך הרחבה של הואגינה (בית החולים תל השומר, המחלקה לכירורגיה פלסטית, 2008).

מעבר מול החברה מתואר כהזדמנות להימנע מחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית, ולכן חיים בטוחים יותר במגדר הנוכחי (גופמן, 1963/1983; Bornstein, 1994; אצל זיו, 2006), אך ייתכן ומשמעותו תחושת אימה תמידית מגילוי של העבר (Whittle, 2000, pp. 48-49). 84.7% מהעונים על הסקר חוו אפליה או סטיגמה בעקבות זהותם המגדרית, בשליש מן המקרים נמנע מהם שירות או אפשרות עבודה, ו-19% חוו אלימות פיזית (Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007, p. 9). שני שליש מן המשיבים לסקר התאימו פעילותם לפחדים מסטיגמה, וכן ככל שחוו יותר אפליה היו בעלי סיכוי גבוה יותר לדיכאון עכשווי. יש שיטענו כי ממצא זה נובע מכך שבמרבית המקרים מעבר מושלם אינו מתקבל גם לאחר טיפול רפואי, בשל מגבלותיו (זיו, 1999), חשוב גם להזכיר שלא כל טרנסג'נדר מעוניין במעבר שכזה, ויש אף הנמנעים מכך במכוון (זיו, 2006).

על אף הצרכים הרפואיים המרובים והייחודים של הקהילה הטרנסג'נדרית, נמצא כי למעלה מ-70% מטרנסג'נדרים התמהמהו בפנייה לשירות רפואי בשל חשש מאפליה מצד אנשי המקצוע (Newfield, Hart, 2006). מחקר אחר דיווח כי לא פעם טרנסג'נדרים נדחים מקבלת טיפול על ידי אנשי מקצוע (JSI Research & Training Institute, 2000). חוסר נגישות לאנשי מקצוע בעלי ידע ורגישות לתחום נמצא כגורם מרכזי המונע מטרנסג'נדריות להיות בקשר עם רופא משפחה, קשר שתורם

³ "לעבור" הנו תרגום למונח "Passing", המתייחס ליכולתו של אדם להיתפש על ידי אחרים כפי שהיה חפץ להיתפש, חבר בקבוצה מסוימת. במקרה זה, הכוונה היא יכולתו של אדם להיתפש כשייד למגדר מסוים, כפי שביקש להתפש.

משמעותית לדבקות בהתנהגות בריאות והימנעות מסיכונים בריאותיים (Sanchez, Sanchez, & Danoff, 2009). קולות דומים, על חוסר ידע של רופאים, ניכור והתייחסות פטרונית ופוגענית מצידם, נשמעים גם מנציגי הקהילה הטרנסג'נדרית בארץ (גרינברג, 2003). הקושי במציאת רופא עימו הקשר נעים, הביא ליצירת רשימה מקוונת של רופאים ידידותיים לקהילה הטרנסג'נדרית (אריאלי, 2008).

בראיונות עומק שערכה Devor (1997) עם טרנסג'נדרים היא גילתה כי עיקר הקושי שאלו ביטאו היה אל מול מפגש עם רופא חדש, בעיקר כשהביקור נבע מבעיות הקשורות לאנטומיה הנשית שלהם, ובצורך לשוב ולהסביר את מצבם (p. 472). המרואיינים תיארו חוויה זו כמאבק לשוב ולזכות בזהותם הגברית, חוויה שעלתה גם מסקר רחב יותר (Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007, p. 9). רבים תיארו בורות ותדהמה מצד הרופאים, וחלקם מצאו הקלה בהתמודדות עם המבוכה באמצעות שימוש בהומור.

Hussey (2006) ביצעה מחקר בו ניסתה להתחקות אחר מידת הנגישות של טיפול רפואי, על פי ניסיונם של טרנסג'נדרים (FTM). היא ביקשה מהמשתתפים לצלם תמונות שיבטאו נושאים עיקריים מניסיונם בתחום ולתת להן תיאור הולם. היא מצאה כי טרנסג'נדרים הרבו להתייחס אל "המערכת", בהתייחסותם אל הממסד הרפואי ושירותי הבריאות, אותה הם תיארו במילים רבות עוצמה כגון משפילה, מאיימת ומכריעה. כל משתתפי המחקר תיארו תחושת פגיעות בשלב מסוים, בעיקר בעת פנייה לטיפול חירום, במעבר בדיקה גופנית או בחדרי המתנה מסוימים (כדוגמת מרפאה גניקולוגית). לגבי הקשר עם הרופא המטפל, הודגש על ידי המשתתפים כי פנייה במין נקבה הייתה מתסכלת ומבטלת, בעוד פנייה במין זכר הייתה משמעותית ומעודדת, ונחווה יותר בקרב אלו שהיה להם רופא משפחה קבוע. תחושה של ביטול זהותם ובלתי נראות התבטאה הן בקשר עם הרופא המטפל והן בשל היעדר בולט של מידע רפואי המיועד לטרנסג'נדרים. נראות טרנסג'נדרית בסביבה הרפואית, כדוגמת עלוני מידע מכוונים לנושא, תוארה כחוויה המעודדת התמודדות למול הקשיים והמשברים שתוארו על ידם. עבור חלק מהמשתתפים, פעילות אקטיביסטית, למען העלאת הנראות הטרנסג'נדרית, היוותה מקור התמודדות גם במישור האישי.

תרומתו של המחקר הנוכחי

על אף חשיבות ומורכבות החוויה הטרנסג'נדרית, וההכרה ההולכת וגוברת לצרכיהם הרפואיים וקשייהם לקבל שירות בריאותי, מעטים המחקרים שעוסקים בחוויותיהם בהקשר זה. מחקרים רבים התמקדו בצרכי בריאות ובשכיחותן של תופעות רפואיות בקרב טרנסג'נדרים ונעשו על ידי פנייה לאנשי מקצוע בלבד וללא כל התייחסות לאלו הנמצאים במרכזו של המחקר. באלו מן המחקרים בהם טרנסג'נדרים נכללו בקבוצת המחקר נבחנו לרב שביעות הרצון מהטיפול הרפואי או מידת נגישותו באמצעות שאלונים

וסקרים, ולא באמצעות בדיקת החוויה הסובייקטיבית מהפנייה לטיפול וממהלכו. מעט המידע הקיים בנוגע לחוויות אלו מתקבל מספרות שאינה נובעת ממחקר סיסטמתי המתמקד בנושא זה, או ממחקר המכיל ייצוג חלקי של אוכלוסייה זו (רק טרנסג'נדרים ולא טרנסג'נדריות או רק אלו הנמצאים בשלב זה של השינוי המיני) או המושג בשיטת מחקר מסורבלת ולא ישירה. היעדר מידע ברור לגבי המפגש בין טרנסג'נדרים לבין המערכת הרפואית, הנו מכשול מרכזי באפשרות לשיפור השירות הניתן להם ולעידוד התנהגות בריאות נכונה יותר מצידם (Lombardi, 2001).

מחקר זה ינסה לענות על פער זה בספרות באמצעות פנייה לאוכלוסייה מגוונת של טרנסג'נדרים וטרנסג'נדריות, הממשיגים את זהותם באופן שונה, בעלי כוונות שונות לגבי מידת הטיפול בו הם מעוניינים ונמצאים בשלבים שונים של הליך זה. מידע לגבי הדפוסים והרגשות המאפיינים את חוויותיהם מהמפגש עם המערכת הרפואית, יושג באמצעות ראיונות בהם יושם דגש על תיאור פתוח וסובייקטיבי. המראיינים יתבקשו לספר על מפגשיהם עם המערכת הרפואית, בכל הקשר שימצאו לנכון, ויכוונו לשתף בחוויותיהם, תחושותיהם והתבוננותם הסובייקטיבית על מפגשים אלו. לאחר מכן יאותרו הדפוסים המרכזיים העולים בראיונות.

כמו כן, מחקר זה יהווה התייחסות מחקרית לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית בישראל, שקולה טרם הושמע במידה מספקת במחקר, ולקשריה עם מערכת הבריאות הישראלית, על מאפייניה הייחודיים. מחקר זה יאפשר לראשונה בחינת דרכים לשיפור השירות הרפואי הניתן לטרנסג'נדרים, אשר יוכל להמשיך ולתרום למצבם הבריאותי ולהתנהגות הבריאות בהם נוקטים.

שיטה

משתתפי המחקר

במחקר השתתפו שמונה מרואיינים, שעל פי תפישתם העצמית חווית המגדר שלהם אינה תואמת את המין הביולוגי בו נולדו. חמישה מן המרואיינים היו טרנסג'נדרים (מנקבה לזכר), ושלוש היו מרואיינות טרנסג'נדריות (מזכר לנקבה).

כל מרואייני המחקר הינם בגירים, בטווח גילאי בין 20 ל-68, הגיל הממוצע של המרואיינים הנו 35 שנים. המרואיינות היו מבוגרות מן המרואיינים, עם ממוצע גיל של 48 שנים לעומת 27 שנים (בהתאמה). כל המרואיינים ממעמד סוציו-אקונומי בינוני – בינוני גבוה, שישה מתוך השמונה בעלי השכלה אקדמאית או בתהליכי רכישת התואר הראשון.

בהתאם לכוונה הראשונית של המחקר, ובהיותו ראשון מסוגו בתחום, המחקר מתבסס על קבוצה מגוונת של מרואיינים. המרואיינים בעלי הגדרות עצמיות מגוונות לזהותם המגדרית, משך הזמן בו הם מזדהים כך ומידת החשיפה שהם נותנים לה. כמו כן, המרואיינים מחזיקים בכוונות שונות באשר למידת השינוי הגופני שברצונם לעבור ונמצאים בשלבים שונים של תהליך זה. מתוך שמונת המרואיינים חמישה החלו טיפול הורמונאלי, ארבעה עברו טיפולים כירורגיים (כדוגמת עיצוב החזה והחלקת גרוגרת) ואף אחד מן המרואיינים לא עבר ניתוח לבניית איבר המין. מתוך שלושת המרואיינים שלא עברו כל טיפול רפואי לצורך אישוש מגדרם, שניים דיווחו על פנייה לקבלת טיפול רפואי כטרנסג'נדרים ורק אחת פנתה לקבלת טיפול רפואי בחזותה הגברית. עם זאת, כל המרואיינים חשו בעלי ניסיון מספק במפגש עם המערכת הרפואית, בו הם מעוניינים לשתף בכדי לתרום למחקר.

המרואיינים אותרו לאחר שהשיבו לפרסום שהופץ בקבוצת התמיכה לאנשים טרנסג'נדרים, ברשימת תפוצה ייעודית ובדואר אלקטרוני באמצעות מעגל המכרים השני והשלישי. ניסוחו של הפרסום ביקש למצוא מרואיינים אשר יאותו להתראיין למחקר ולספר על חוויותיהם, תוך ידיעת נושאו. לאחר שהשיבו לפרסום, ניתנו למרואיינים פרטים על מהלך הראיון והמחקר, ונענו שאלותיהם. חלק מן הפונים הביעו חשש ראשוני ממידת החשיפה שתידרש בראיון, וכן ביקשו לברר את מטרותיי במחקר. לאחר שיחה זו תואמה פגישה לקיום ראיון.

כלי המחקר

המחקר נעשה באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים (Fontana & Frey, 1994). הראיון נפתח בהצגה עצמית שלי ושל נושא המחקר. לאחר מכן הוצגה בפני המרואיינים שאלת פתיחה המבקשת מהם לתאר את

מפגש עם המערכת הרפואית. נושאים עיקריים לשיחה ושאלות מנחות הוכנו מראש (ראה נספח I), בכדי להבטיח קבלת מידע מלא בסיום הראיון. השיחה נערכה בצורה חופשית, תוך התערבות מינימאלית מצדי. מטרת הראיונות הייתה לאסוף מידע על חוויות רבות ומגוונות שחוה המרואיין במפגש עם המערכת הרפואית, ולהבין בצורה המעמיקה ביותר את תפישתו לגביה. לשם כך, נעשה ניסיון להיצמד לשפת תיאוריהם של המרואיינים.

מהלכו של מחקר זה ותחום עיסוקו מבקש מן המרואיינים שיתוף בתוכן אישי וחושפני. בכדי להגן על פרטיותו וביטחונו של המרואיין, הקפדתי לגשת למרואייני בכבוד ובפתיחות, מתוך אמונתי בעמדה השוויונית, חסרת השיפוטיות, בין מרואיין למרואיין במחקר איכותני. חופשיות השיחה במהלך הראיון היא שאפשרה לכל מרואיין לבחור את המידע שברצונו לחשוף ואת המידע שאין ברצונו לחשוף. לכלל המרואיינים הוסבר כי באפשרותם להפסיק את הראיון בכל שלב, אפשרות שבפועל לא מומשה על ידי המרואיינים.

הליך הראיון

הראיונות נערכו במפגש חד-פעמי, בן שעה וחצי עד שעתיים וחצי. המפגשים נערכו במקום פרטי ושקט שנבחר בתיאום עם המרואיינים ולפי נוחיותם. טרם תחילתו של הראיון, קיבל כל אחד מן המרואיינים הסבר על מטרת המחקר ומהלכו, כולל הקלטתו ותמלולו, והתבקש לחתום על טופס הסכמה מדעת.

בסיום המפגש ביקשתי מהמרואיין אפשרות לשוב ולפנות אליו בשאלות נוספות אם יעלה הצורך, וכן נתנה להם האפשרות לשוב ולפנות אליי. מרואיין אחד יצר איתי קשר חודשיים לאחר מפגשנו המקורי, וביקש להוסיף פרטים בנושא חוויותיו האחרונות מן המפגש עם המערכת הרפואית. בעקבות שיחת הטלפון נערך מפגש נוסף של שעה, שהתנהל כשיחה פתוחה בנושא זה.

כל הראיונות הוקלטו, בהסכמת המרואיין, ותומללו במלואם לצורך השימוש במידע שעלה בהם. הובטחה למרואיינים דיסקרטיות מלאה במהלך המחקר כולו, על כן השימוש בחומרי הראיון נעשה תוך הסוואת זהות המרואיין וטשטוש פרטיו האישיים, תוך ניסיון לשמר ככל האפשר את אותנטיות אמירותיו. במטרה להגן על המרואיינים ועל מושא דבריהם, הושמטו והוסוו פרטיהם של כל הגורמים המטפלים המוזכרים בדברי המרואיינים.

שיטות ניתוח

בכדי להבין בצורה מעמיקה ככל האפשר את חוויותיהם של המרואיינים, בחרתי בשיטה איכותנית המאפשרת להתמקד בסיפוריו האישיים של המרואיין ובהתייחסותו הסובייקטיבית אליהם. באמצעות

ניתוח הנרטיבים של המרואיינים בכוונתי להעמיק את ההבנה של החוויה האישית של המרואיינים, וכן של חווית הסביבה החברתית בה נוצרה (Lieblich, Tuval Mashlach, & Zilber, 1998). בנוסף, מחקר שכזה מאפשר יותר מכל להשמיע את קולם של אלה שלרוב מושקעים בחברתנו, ולהעניק במה לנושא שאינו זוכה לייצוג או נראות מספקים.

ניתוח חומרי המחקר נעשה בצימוד לדברי המרואיינים, במטרה לזהות ולגבש פירוש לדבריהם, כפי שמקובל בגישת התיאוריה המעוגנת בשדה (Charmaz, 2003). מכאן שנקודת המוצא לניתוח נעשתה ללא הנחה תיאורטית מסוימת, וזו נבנתה על בסיס קריאת חומרי הראיונות בלבד. שיטה זו מאפשרת להגיע לתוצר המייצג את המבוסס בשטח המחקר ואת המרואיינים, ולהמשיג תפישה תיאורטית על בסיסו. במהלך הניתוח ולאחריו צפו ועלו קישורים של הממצאים אל תיאורים מוכרות מתחומים שונים, ואלו שולבו אל התוצאות במטרה להעמיק ולהעשיר את ממצאי המחקר.

בכדי לזהות דפוסים מרכזיים בחומרי הראיונות השתמשתי במספר שיטות ניתוח מבני ותוכני מקובלות (שקדי, 2003). הניתוח החל במקביל לביצוע הראיונות, ואפשר תהליך של למידה ושיפור לקראת הראיונות הבאים והחומרים הנאספים במהלכם. ניתוח חוזר ועיקרי נעשה בסיום איסוף הנתונים. ניתוחים אלו נעשו במטרה לזהות אלמנטים חוזרים המתבטאים במהלך הראיונות, ונלקחים מתוך דברי המרואיינים.

חלקו המרכזי של הניתוח השתמש בניתוח תוכן קטגוריאלי שמטרתו זיהוי דפוסים מרכזיים בחומרי הראיונות. בשלב ראשון נעשה ניתוח מקיף של כל ראיון כיחידה עצמאית של מידע, על ידי ביצוע קריאות חוזרות ונשנות של החומר. במהלך קריאות אלו זוהו הנושאים העיקריים שהעלה כל מרואיין בראיונו.

בכדי להעמיק את ההתבוננות במרואיינים ועל התייחסויותיהם במהלך הראיון, נעשה שימוש בשיטות ניתוח צורניות. התבוננתי על נקודות קושי בשיחה, המתבטאות בגמגום, בשתיקה, בדיבור לא רהוט או לא ברור, אלו מבטאות לא פעם קושי עמוק יותר עם הנושא המדובר. התייחסתי למילות שלילה והדגשה כמסמנות את מיקומם של רעיונות בעולם החוויות הפנימי של המרואיינים. התייחסות ניתנה למספר ביטויים בולטים שחזרו פעמים רבות במהלך השיחה, החושפים או מחזקים התבוננות ייחודית של המרואיין על תוכן השיחה. כמו-כן, הדעת ניתנתה לביטויים שבלטו בהעדרם, אלו אפשרו להתבונן על השפעתם של גורמים חברתיים, כמו גם אישיים, על אופן התבטאותם של המרואיינים ועיצוב חוויותיהם.

דגש מיוחד הושם על נקודת תחילתו של הראיון, מתוך התפישה כי הנאמר בנקודה זו משקף הבלטה שנעשתה על ידי מרואיינים (Alexander, 1990) כפי שצוטט אצל נחמיאס, (2005, עמ' 109), המשמעותית להמשך קריאת סיפורם. נקודת הפתיחה של הסיפורים היוותה עבורי נקודה עוגן להמשך בחינתו של אותו הראיון, הבחנתי כי בנקודה זו נעשתה בחירה ייחודית על ידי המרואיינים להתחיל את הראיון בתיאור רקע החוזר ומשתקף בהמשך סיפורם.

בשלב השני, שבתי והסתכלתי על כל ראיון מנקודת מבט כוללנית המתייחסת לכל חומרי המחקר, וזוהו התייחסות דומות או מקבילות. באמצעות ניתוח מעמיק קובצו חומרי הראיונות לתמות השונות, ועבור כל תמה נעשתה הבחנה לגבי ההתייחסויות השונות של המרואיינים השונים לנושא.

במהלך תהליך זה הלכה והתגבשה התמונה גם לגבי הקשרים בין הנושאים השונים והתמות השונות שנתגלו בדברי המרואיינים. בעקבות תהליך החקירה והכתיבה התבהרה חלוקת הממצאים והתמות, כך שייכללו את עיקר תוכן הראיון וכן יעניקו תרומה ייחודית לתמונה הכללית. הממצאים חולקו לשלושה נושאים עיקריים: הראשון עוסק באתגריהם של מטופלים טרנסג'נדרים במפגש הבינאישי עם גורמים מטפלים, בשל גורמים משני הצדדים, ובניסיונם להתגבר על מכשולים אלו. הנושא השני מפרט את המשמעויות הקיימות להמשגתה של הטרנסג'נדריות במושגים רפואיים ולתפקידיו הרפואיים של הרופא, על המפגש בין מטופל טרנסג'נדר וגורמי טיפול רפואיים. הנושא האחרון מתמקד בתהליכים הנעשים על ידי המרואיינים בכדי להתמודד עם שיח רפואי זה, ובוחן את מערכת היחסים הטיפולית המתגבשת לאור זה.

נושא המחקר מתמקד בפרקציה קטנה מחוויות החיים של המרואיינים. כידוע, חוויות חיים שונות ארוגות זו בזו ליצירת המערך הכללי של חייו, כפי שמבטאות גם תוצאות המחקר. לפיכך, קיימת השאלה אילו חוויות רלבנטיות לשאלת המחקר, ואילו אינן. שאלה זו מלווה את תהליך המחקר כולו – מהראיון ועד ניתוח וגיבוש התוצאות. מחד, קיים רצון לדבוק בנושא המחקר לטובת תמונה חדה וברורה, וגם הגנה על המרואיין משיחה על תחומים שאינם בהגדרת נושא המחקר אליו הסכים להצטרף – גם במקרים בהם המרואיין נהנה מהשיתוף הנוסף. מאידך, ההפרדה אינה ברורה ואינה תמיד תואמת לתפישת המרואיין את עצמו ואת חוויותיו. לפיכך, נדרשת עבודה עדינה, הן במהלך הראיון והן במהלך הניתוח, בכדי לאפשר למרואיין לבטא את ההקשרים הנכונים ולצעוד על פי הם. עבורי, הייתה זו לעיתים משימה מורכבת ומבלבלת, אך היא שמבטיחה תוצר מחקרי ראוי, אמין ונאמן.

כבכל שלבי המחקר, שמירה על פתיחות דעת היא מהותית גם במהלך הניתוח. זהו עיקרון בסיסי במחקרים איכותניים, אך הוא מרכזי עוד יותר במחקר זה, בשל נושאו הרגיש – למרואיין ולחברה. Warner (2004) כתב על האפשרות להשתמש ברעיונות התיאוריה הקווירית בביצוע מחקר איכותני בנושאי מגדר ומיניות, עקרון בסיס להצעתו הוא שימוש במושגי המרואיינים לתיאור חוויותיהם ולתיאור עצמם, למשל על ידי השימוש בציטוטים. כמו-כן, מקום מרכזי ניתן במהלך הניתוח למודעות רפלקטיבית להבניות הנוצרות על ידי המחקר עצמו והתבוננותי שלי.

נקודה משמעותית בהקשר של מחקר זה היא שכל תוצריו הנם תוצאה של התבוננותי – חוקרת שאינה טרנסג'נדרית, על חוויותיהם ותיאוריהם של אנשים טרנסג'נדרים. נקודה זו ליוותה את המחקר מתחילתו בהיסוסי בהמשגתו, דרך תגובותיהם הזהירה של אנשים טרנסג'נדרים אל כניסתי לשטח מחקר זה ועד

שלבי הגיבוש והכתיבה. עם זאת, אין ספק כי סיפוריהם של המרואיינים הדהדו לחוויותי האישיות ונגעו בי ברמה האינטלקטואלית והרגשית. בהיותי דמות חיצונית, התאפשר לי מרחק מסוים מחוויותיהם האישיות של המרואיינים לצורך גיבוש הסתכלות כוללנית ורחבה יותר. ובכל זאת לא ניתן להתעלם מכך שמחקור זה הוא תולדה של הבנתי והתבוננתי האישית - חוקרת שאינה טרנסג'נדרית, השואפת לעבוד במערכת הרפואית, על עולם אישי וזר לי. בכדי שלא לחטוא במטרותיי, השתדלתי להיצמד לדברי המרואיינים ולתת למילותיהם לסלול את הדרך שלי להבנה. כולי תקווה שבאמצעות המחקר הצלחתי להעניק למרואייני קול ולייצג את סיפוריהם נאמנה.

ממצאים

בתכני ראיונות המחקר אותרו הממצאים העיקריים, אשר יוצגו בשלושה פרקים עיקריים. בעוד הממצאים נחלקים לפרקים נפרדים, תכניהם שזורים זה בזה ויוצרים את התמונה המורכבת של חוויותיהם של המרואיינים מהמפגש עם המערכת הרפואית.

בפרק הראשון יסקרו הקשיים העיקריים העומדים בפני מטופלים טרנסג'נדרים בפנייה לטיפול רפואי, והתמודדותם עימם. הפרק השני יעסוק בהיבטים החברתיים הנקשרים אל תפקידה של המערכת הרפואית, והופעתם בהקשר של המפגש עם מטופלים טרנסג'נדרים. הפרק השלישי, החותם את חלק הממצאים, יעסוק בפעולות אקטיביות הננקטות על ידי אנשים טרנסג'נדרים, בהקשר הטיפולי, ומביאות לשינוי השיח הרפואי ולחיזוק עמדתם כמטופלים.

הממצאים יוצגו באמצעות הבאת ציטוטי המרואיינים. דבריהם של המרואיינים מובאים בצורה ישירה ככל הניתן, מידה של עריכה נקטה בזהירות בכדי לאפשר קריאה ברורה ותמציתית של הדברים ותוך הקפדה על שמירת הנימה האוטנטית של הדוברים. כמו-כן, הושמטו וטושטשו פרטים היכולים לחשוף את זהותם של הדוברים, בכדי להגן על פרטיותם.

הטיפול הנגיש

כשער ראשון לממצאי המחקר אבקש להציג את המכשולים הראשוניים והמרכזיים העומדים בפני מטופלים טרנסג'נדרים במפגש עם המערכת הרפואית. ראשית, מפגש זה נחוה כחושפני – חשיפה של זהות ("יציאה מהארון") וחשיפה גופנית. החשיפה מצידם של המרואיינים אינה תמיד מלווה בקבלה מצידו של הרופא, לא פעם בשל המחסור הרב בידע בנוגע לאנשים טרנסג'נדרים הקיים בקרב גורמי טיפול. גורמים אלו מהווים מחסום מרכזי בנגישות לטיפול רפואי עבור מרואיינים טרנסג'נדרים, דבר המלמד על מחסור בגורמי טיפול נגישים ומתאימים. מחסור זה מודגש עוד יותר בהיחשף אי השוויון בגישה לטיפול הולם, על בסיס איזור המחיה והמצב הכלכלי. לעשייה מצידם של המטופלים, ומצידה של הקהילה הטרנסג'נדרית כקבוצה, תפקיד מהותי בהשלמת מחסור זה.

"ואוו, מעולם לא נתקלתי בטרנסג'נדר" – החשיפה הראשונית

ארצה לפתוח את העבודה בנקודה התחלתית ובסיסית במפגש בין המטופל למטפל הטרנסג'נדר – חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית בפני הגורם המטפל. יכולה זו להיות חשיפה של הזהות המגדרית, אשר אינה תואמת את הגוף הנראה לעיני הרופא או של המין הביולוגי בלידה, אשר אינו תואם את המגדר, עבור אלו שחזותם תואמת את המין השני (קרי אלו ש"עוברים"). המרואיינים הציגו עמדות שונות לגבי הבחירה להיחשף, או

לא להיחשף, בפני הגורמים המטפלים וכן הצדקות שונות לבחירתם. בפרק זה אסקור את אלו, ואנסה להראות כיצד הן נקשרות בתפישה הסטריאוטיפית כלפיהם.

החיים החברתיים כוללים עבור אנשים טרנסג'נדרים, בין השאר, התמודדות תמידית עם התווית הסטיגמטית. משמעות הדבר כי היות האדם טרנסג'נדר משליכה על התפישה של מיקומו בחברה. תוויות אלו קשורות, בין השאר, בשיוך הטרנסג'נדריות לעולם הרפואה, וספציפית למסגרת המחלות הנפשיות (ראה פרק התערבותם של גורמים חברתיים). אותה תווית סטיגמטית מלווה את המרואיינים גם למפגש עם המערכת הרפואית. בפרק זה אבקש להתייחס להשלכות אותן סטיגמות על האינטראקציה שתיארו המרואיינים עם המערכת הרפואית, כשאתמקד בנושא חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית בפני הגורם המטפל.

אפשרות ראשונה להתמודדותו של הפרט המסומן בסטיגמה היא שלא להיחשף, אפשרות זו טומנת בחובה את ההזדמנות להתקבל כשווה בחברה (גופמן, 1963/1983, עמ' 65). מרואיינים סיפרו על בחירה באפשרות זו בעיקר במצבי דחק, כדוגמת קבלת טיפול חירום לאחר תאונת דרכים, או לאור הסתרה נרחבת יותר גם אל מול גורמים נוספים בחייהם – כפי שמספרת דפני:

"שירותים רפואיים הם לא יודעים. הכל. זה רע [מצחקקת] הלכתי לפודיאסטור, ... והוא בדק, היה לי... הכאב, ב... בכף רגל, וזה לא... הבנתי מה... ולמרות שהשתדלתי ככל יכולתי, כל יכולתי, לנקות את הציפורניים, את הבהנים, הוא אמר לי ש... אה... "למה יש לך?!" [מגחכת], אהמ... באופן סקרני - "ש לק?", אני השתדלתי אפילו ב... file, לנקות את הלק מה... מהציפורניים. זה הפתיע אותי. [שתיקה]... אמרתי לו, "umm... that's a private matter between me and my wife". ש... יחשוב מה שהוא רוצה לחשוב, אני... ש... הוא לא צריך לדעת, ואני לא צריך, צריכה להגיד אותו. אממ... אבל... עכשיו הוא יודע שמהו מוזר איתי [מגחכת]. אממ... אבל, זה לא מפריע לי. אני אפילו אממ... מרוצה. שהוא, שהוא יודע ויוצא... הייתי רוצה שכל העולם ידע. אבל... אה... זה בשבילי, וזה יגרום צרות ל... לילדים."

כפי שניתן להבין מקטע זה, דפני אינה נחשפת בפני גורמים רפואיים ומגיעה אליהם בחזות גברית, בכדי להמשיך ולהימנע מהפחתת ערכה החברתי, וערך משפחתה, בעקבות התיוג הטרנסג'נדר. הסביבה הקרובה אליה מרסנת אותה בכך שמעבירה לה מסר של בושה, הדורש ממנה לצמצם את הופעתה הטרנסג'נדרית, ולמעשה את עצמה (זיו, 2006). צריך לזכור כי ניהול החיים "בארון", תוך הסתרה והתבאה של חלקים ניכרים מהעצמי, מצמצמים משמעותית את דרגות החופש של האדם וגובים מחיר רגשי רב (הדס, 2011). אותה "העמדת הפנים" של דפני מופרת כאשר מבחין הרופא בסממן מזהותה – שאריות לק על בוהן רגלה, ונוצרת תקרית מביכה. דפני נאלצת להיחשף, אך בוחרת לצמצם את החשיפה ולתאר דבר מה אשר יעלה תווית סטיגמטית שלתחושתה פחות חמורה ותייצר פגיעה קטנה יותר בערכה.

האפשרות להימנע מחשיפה אינה זמינה לכל, שכן חלק מהמרוויינים נחשפים בעל כורחם, על כך אדון בהמשך.

במרבית המקרים, סיפרו המרוויינים על בחירתם לחשוף את היותם טרנסג'נדרים בפני גורמים מטפלים. כחלק מהאפשרות לבחור בחשיפה, קיימת גם האפשרות לשלוט במידע הניתן, בנמעניו ובצורת מסירתו. בקטע הבא מסביר גיל על הסיווג הכפול שהוא עושה לגבי החשיפה:

"היום זה כבר שונה, כי... כאילו היום-היום אני לא יודע, אבל נניח לפני... שנה או שנתיים, אז אה... אם אני... כאילו כל עוד זה לא משהו... נניח גניקולוגי או משהו כזה, אז זה הרבה פחות רלבנטי, כי אני עובר. זה היה לפני שעברתי. כאילו אם הייתי בא, לא יודע, נניח היום... הייתי מגיע עם רגל שבורה, אף אחד לא צריך לדעת שאני טרנס. עם כאב גרון, כאילו, אנלא יודע. אבל אה... אני חושב שרוב הדברים שהגעתי איתם אז... כל מני דלקות בדרכי השתן [מצחקק במבוכה]. אז כן."

גיל מתאר בקטע זה סיווג המושתת הן על המידה בה הוא עובר, כלומר המידה בה הוא מסומן בסטיגמה בעל כורחו, והמידה בה המידע צפוי להיחשף במהלך הבדיקה. גורמים אלו הנם בסיסיים להחלטתו כי חשיפה נדרשת, אך בכדי לשלוט בידי מי האינפורמציה ניתנת נוקט בצעדים נוספים:

"אבל אני גם... מאוד... אני חושב מודע, ואני גם מאוד בוחר את האנשים שאני הולך אליהם, כאילו בפניצטה, ודואג לקבל המלצות, או אם אפשר אז שידברו... עלי, איתם, כאלו לפני זה. כאילו לא נפלתי על מישהו ממש... כאילו ל... זה... זה תמיד יוצא הסבר הראשוני. [שתיקה]... אני לא אחלום ללכת לרופא שהוא לא נמצא, כאילו שאני לא מכיר לפחות טרנס אחד שהיה אצלו והיה מרוצה."

מבעוד מועד דואג גיל "לגשש" ולבחון כיצד צפוי להתקבל גילוי – באמצעות המלצות וכן שיחה מקדימה. בחינה זו מאפשרת לגיל להימנע ממצב בה יתקבל שלא בסבר פנים יפות, ונראה כי מהווה מרכיב מרכזי בהצלחתה של החשיפה (גופמן, 1963/1983, עמ' 81-80) ומאפשרת חוויה חיובית ממנה.

תהליך זה של בחינת השטח מתבסס הן על המלצות מאחרים, שעברו תהליך חשיפה דומה בפני אותו גורם (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית), והן על תיווך של גורם מטפל (ראה פרק "כי פתאום זה גם בן אדם, זה לא רק רופא!" – תפקידיו החלופיים של הרופא). במקרה זה, מקבל הרופא המטפל (לרוב רופא המשפחה) תפקיד השמור, לרוב, לקבוצת הקרובים. תפקיד זה הוא כשל טבעת מגן – אשר מקלה על המטופל לחוש כי הוא מתקבל בצורה טובה, לעיתים יותר מהמצב בפועל, וכן מקל על האחרים להיות מלאי טקט כלפיו (גופמן, 1963/1983, עמ' 82, 102). כפי שמלמד הציטוט הבא, מפי נועם, תפקיד הטיפול הרפואי מתערבב עם תפקיד זה:

"אה... דיברנו עם הרופאה שלנו, שהיא מהממת והיא מאוד שמחה לעזור בכל מה שהיא יכולה, והיא התקשרה לבית חולים להגיד ש... כאילו, היא התקשרה למיין נשים, יולדות, מה שזה לא יהיה, בבית

חולים, להגיד שאני מגיע וכאילו אה... להסביר, מסתבר שגם בדיעבד המתמחה שהייתה שם אמרה "ואוו, מעולם לא נתקלתי בטרנסג'נדר", אבל אה... אבל, כאילו היא... היא הסבירה לה עלי, אמרה ש.. אהמ... חשוב לדבר אלי בלשון זכר, ונראה לי גם שפירטה מה שהיה עד אז."

במקרה זה, מתערבבים תפקידי הרופאה – בתפקידה כאחראית רפואית. למקרה היא מפרטת את ההיסטוריה הרפואית, אך גם מהווה מעין שגרירה (או advocate) המכינה את הקרקע לקראת ביקורו ומקלה את החשיפה עליו. הרופאה לוקחת על עצמה את החובה להגן על האינטראקציה של נועם בחדר המיון, כך היא מחנכת את המתמחה וכן מגינה על נועם מלחוות את תגובתה הראשונית.

הבחירה בחשיפה העצמית משנה את מיקודו של האדם הנחשף – מכזה הממוקד במידע (המוסתר או הגלוי), לכזה הממוקד במצב החברתי הנוצר בעקבות החשיפה (גופמן, 1963/1983, עמ' 84). סיטואציה זו מותירה בידו אפשרויות שונות להסתגלות, התלויות ברמת הנינוחות שלו ומטרות החשיפה שהציב. לצורך הדגמת הרעיון, נתבונן בתמיר. בהתייחסותו מתאר את בחירתו בשליטה על המידע לגבי זהותו – הוא מפריד בין גורמים שונים במערכת הרפואית, בעוד הוא אינו בוחר לצאת מהארון למול אחיות לדוגמה, לתפישתו קיימת חובה כי הרופא יהיה חשוף למידע זה:

"אני מסתיר את זה כמה שאפשר, אבל גם, מרופא אסור להסתיר! כי אני צריך להיות במעקב רפואי והוא חייב לדעת את כל האמת... כן, הוא חייב לקבל את כל התיק, לדעת שאני עברתי שינוי, שאני מקבל הורמונים, שאני... ממש את כל התהליך."

משבחר להיחשף בפני הרופא, גם אם ניתן לטעון כי זו אינה בחירה חופשית כיוון שזו תוצאה של תכתיבים חברתיים, קיימת בידיו של תמיר השליטה לניהול חשיפתו:

"אני מנסה להסביר מה שהסברתי לך, אבל גם, אם אני אגיד לו אהה... "גבר טרנסקסואל" הוא לא יבין מה זה. אם אני אגיד לו אהה... "גבר בגוף של נקבה" הוא לא יבין, אז אני ישר לפעמים בא ואומר "אישה בתהליכי אהה... שינוי לגבר". למרות שאני אף פעם, אף פעם אני לא חשבתי את עצמי אישה אבל... אני... ככה הם, כי יש להם הגדרה מאוד מסוימת... כן, זה לא, אני לא... אני לא אוהב להשתמש בזה, אבל יש אנשים ש... אני מבלבל אותם גם ככה אז אני אומר "אוקיי בסדר", אני אגיד אישה למרות שלרגע לא הייתי אישה, ואני לא יודע מה זה להיות אישה... רחוק ממני."

תמיר מדגים את המניפולציה שהוא בוחר לעשות במידע שהוא חושף בפני הרופא, במטרה להגיע להבנה מקסימאלית. עבור עצמו, לתמיר קיימת המשגה ברורה ופשוטה של זהותו כ"גבר טרנסקסואל", אך הוא למוד ניסיון כי המשגה זו אינה מספקת את האינפורמציה אותה הוא חפץ להעביר לרופא, בצורה הנאותה

בעיניו. נראה כי דווקא ביטחונו בהמשגתו העצמית את זהותו היא שאפשרה לו להגמיש אותה לשם השגת קבלה והבנה מצידו של הרופא.

דרך נוספת של ניהול החשיפה היא שכונתה על ידי גופמן "נימוסי חישוף" (1963/1983, עמ' 84-85). מטרת שיטה זו הנה לצמצם את האפשרות של חשיפה לעוינות בשל הסטריאוטיפ, על ידי הזכרת הזהות, ברגע הולם בשיחה, כעניין של מה בכך. באמצעות הצגה שכזאת מעביר האדם את התחושה כי זהו האופן בו האחר צפוי, לדעתו, להגיב. זוהי, לרב, נבואה המגשימה את עצמה, שכן כל תגובה אחרת תתבלט משמעותית למול צורת החשיפה האגבית והאדישה, כביכול, של האדם. אלעד מדגים שיטה זו במפגש עם רופאת העיניים:

"...נראה לי שהיא שאלה אותי פשוט אם אני לוקח תרופות. אז נראה לי שזה מה שהביא אותי כאילו להגיד. אה... וגם היא, כאילו לא... לא ממש הגיבה, לא שאלה שום דברים פשוט אה... אמרתי לה "כן, אני טרנסג'נדר" אז כזה "אה!", והסתכלה עם ה... מכשיר עיניים שלה. אהממ... אז אה... היא כן יודעת, זה לא ממש..."

חשיפה יכולה להתנהל גם ללא הצורך באמירה ממשית, על ידי שימוש באמצעים נוספים למסירת מידע. אמצעים אלו יכולים להיות סמליים בלבד, או מפורשים – כמו השימוש שעושה אלעד במכתב ההפניה:

"אז כאילו לא ישבתי ואמרתי לו שאני טרנסג'נדר, אבל הוא גם אה... ראה את זה. כאילו, יכול להיות שגם היה... אה... או שכן אמרתי? אני לא זוכר כי... זה היה כבר... אחרי שונה לי המין שם, ורואים שאני זכר ש... ושאתי בא לזה של... אממ... אני לא בטוח אם זה נאמר. אבל אה... מקווה שהוא הבין, או שהוא ראה את זה, יכול להיות שהוא ראה את זה, כי כן רשום לי על אה... בדרך כלל יש הפניות שכן רשום עליהם אה... "אלעד הוא טרנסג'נדר בתהליך הורמונאלי" ו... פשוט, זה מה שרופא צריך לדעת, לפני שהוא מחליט אה... ואין לי בעיה עם זה. זה באמת משהו רפואי, אה... זה לא... לא ממש אישי כשזה מגיע ל... זה אישי כש... יותר כאילו... אומר דברים שלא צריך לדעת עלי. אבל זה שאני לוקח הורמונים זה משהו שכן חשוב, לדעתי, שידעו. אז... אה... מה שרשום בהפניה טרנסג'נדר זה... בסדר מבחינתי."

עם זאת, גם מניפולציות אלו אינן מבטיחות את הקבלה המיוחלת, לשמה נוצרו, שכן חשיפה בפני הרופא חושפת את המטופל לסכנה כי לא יתקבל כפי שציפה, ויאלץ להתמודד עם תגובות סטריאוטיפיות ויחס כשל מי שערכו פחות מצד הרופא, כפי שחוותה ליאת:

"...היה לי פעם אחת, הלכתי לאיזה רופא שיניים, אז דיברתי איתו, אז אה... הוא הסתכל עלי, קודם כל קרא אותי לשבת, אמר "ככה וככה, תתקשרי אלי עוד חודש" אמרתי "מה? מה אני צריכה להתקשר עליך עוד חודש?" הוא אמר "מה זה? מה זה?" אמרתי "אני עושה עכשיו החלטה לשינוי מין ו..." אז

הוא אומר אז, הוא אמר "אז תביאי לי בדיקות איידס, תביאי לי בדיקות" אמרתי לו "לך תזדיין!" הלכתי משם. מה רצה ממני? בדיקות איידס? מה הוא הולך לישון איתי? לא, אני, זה מוזר נראה לי. רוצה את השם שלו? [מגחכת] כן, זה היה מאוד מוזר לי. כאילו, בן אדם, רופא שיניים, מבקש ממני בדיקות איידס? מה זה... כאילו, לא התרגשתי מזה, פשוט הלכתי לרופא אחר וזהו... לא לקחתי אותה הרבה. פשוט הלכתי, וזהו, לא... לא נכנסתי ל... לחקור את עצמי, מה לא הייתי בסדר. בסדר, בן-אדם לא מתאים לו, אז לא מתאים לו, אבל... שלא יבוא אלי בטעות, מה... אם אני באתי לשם, אם זה לא מתאים, אז פשוט שיגיד. אבל בדיקות איידס? נראה לי מוזר."

חשוב לציין, כי החוויה המתוארת על ידי ליאת אינה עומדת בהנחיות חוזר משרד הבריאות בנושא (2011), המפרט כי יש לנקוט באמצעי זהירות כנגד HIV למול כלל המטופלים, ואין, בשום אופן, לדרוש ביצוע בדיקה שכזו כתנאי להליך רפואי. כפי שליאת מתארת את שיחתה עם הרופא, הנחתו לגבי סיכונה להיחשף ל-HIV נובעת אך ורק מהיותה טרנסג'נדרית.

דוגמא נוספת להתנהגות המושפעת מסטיגמה הנה פלישה לפרטיותו של האדם המסומן (גופמן, 1963/1983, עמ' 17-18). לא פעם חשים אנשים כי היות האדם חשוף לגבי זהותו המסומנת בסטיגמה, מאפשר להם לפנות אליו כרצונם ולנהל כל שיחה בה יחפצו בנוגע למצבו, בתנאי ותתנהל תוך הבעת אהדה למצבו. המרואיינים נחשפים למצבים שכאלה פעמים רבות, לא פעם גם מול גורמים המזוהים כטרנס-פרנדלי (כלומר, ידידותיים ומקבלים כלפי טרנסג'נדרים). דוגמא שחזרה על עצמה היא רופאה המתמחה בטיפול בטרנסג'נדרים ומוכרת בקהילה, כך מספר גיל על מפגשו עימה:

"היא סך הכל בסדר, למרות שיש לה תפישת מגדר מאוד מקובעת. אה... של איך טרנסים צריכים להיות ולהתנהג, כאילו גיליתי את זה פעם אחרת שהייתי אצלה ש... אה, לא, בעצם זה היה ש... כאילו, באתי כבר עם בדיקות דם מוכנות, ...כולל בדיקת הריון, אז היא אמרה לי "מה הקשר בדיקת הריון? הרי ברור מאליו שאתה לא בהריון" אז... אני יודע שעולות תלונות לגבי זה שהיא שואלת דברים לא רלבנטיים, על ניתוחים וכאלה. נראה לי שהיא כן שאלה אותי על הדברים האלה, אבל זה... כן, היא שואלת דברים שהם גם לא כל כך רלבנטיים, כאילו... אהמ... נראה לי שהייתי אצלה גם פעם אחרונה אחרי שכבר הייתי עם הבן זוג שלי, ואז... העניין של ההומויות עלה איכשהו, אני לא זוכר, ו... קצת, שזה קצת הפתיע אותה או משהו, אני ש... או ש... או שרציתי לשאול אותה או משהו. יכול להיות שרציתי לשאול אותה האם טוסטסטרון מתפקד כאמצעי מניעה או לא. ופחדתי כי... כי... בגלל מה שהיא אמרה, על זה שזה לא יכול להיות בפעם קודם. כאילו היה איזשהו עניין סביב הנושאים האלה, נראה לי שיש לה קצת לאן להתקדם מהבחינה של אה... הפרדה בין אה... זהות מינית, מגדר ו... כו'."

כפי שגם עולה מדבריו של גיל, גם רופאים העוסקים בטיפול בטרנסג'נדרים ומכוונים לקהילה זו אינם תמיד מלומדים באופן מלא ומספק בעניין (ראה פרק מחסום הידע). נושא זה מתקשר לקושי בהגעה להגדרה אחידה לטרנספרנדליות, ומזכיר כי מטופלים שונים מבקשים טיפול שונה. דוגמא לכך ניתן למצוא בהתייחסות השונה לפגישה עם אותה רופאה – שאלותיה הלא רלבנטיות, כפי שהן נחוות על ידי חלק ממטופליה, מקבלות פירוש אחר אצל מטופלים אחרים, כפי שמדגימה אלמוג בתיאור פגישותיה אצלה:

"אה... ודיברנו, פשוט דיברנו על עצ... עלי. בת כמה אני, ו... טוב, היו את כל הלחץ דם ו... את יודעת. פשוט שאלה אותי - מי אני? מה אני? רצתה להכיר אותי. וסיפרתי לה. בת כמה אני, ו... ומה אני עושה בחיים. ו... זהו, היה נעים, היה... היה פשוט כיף, ללכת למקום ש... מקבל. שבאמת מקבל."

כאמור, האדם המתוייג בסטיגמה נתפש לא פעם כמי שניתן לפנות אליו בכל שאלה ובכל דרך, גם אלו שאינן מקובלות, לרב, בשיח החברתי. למול התייחסות שכזו, מרגיש לא פעם האדם כי פרטיותו מופרת בגסות לשם סיפוק סקרנות הסובבים, וסביר כי יגיב בהתגוננות או עוינות למצב שכזה (ראה פרק –). מכיוון שתגובה שכזו מצד האדם עלולה להתפרש על ידי הסביבה כתוקפנות או ביישנות מוגזמת, מפעילה החברה כולה לחץ רב על האדם לקבל התנהגות שכזו כהתעניינות אוהדת. הפנמה של לחץ זה מן החברה מונעת מהאדם להרשות לעצמו להביע טרוניה כלפי יחס חודרני שכזה, בשל המקור האוהד שממנו הגיע. דוגמא לכך מובאת בדבריו של אורי:

"כאילו היה לי רושם דיי אהה דיי אה... לא נעים ממנה, אני לא יודע למ... לשים יד על האצבע. אני לא זוכר משהו ספציפי שהיא שאלה, יכול להיות שזה על הסיפור הזה עם הרופא היא קצת התעכבה, היא קצת כזה אה... ניסתה להבין, לא בקטע כ... לא בקטע חטטני בהכרח אבל כאילו אה... אה... זה שהתעכבתי, זה שלא פירטתי גרם לה לשאול עוד ואה... אני ח... כאילו... אה... זה היה טיפה לא רגיש, באיזשהו מקום, ...כשאני לא העזתי להגיד כלום, כי זה כאילו, את יודעת היא רופאה, היא פרנדלי מה אני כאילו הכוונתי את זה אליה?! מה כאילו... עד שיש וזה כאילו... זה עוד קטע כזה של ה... "אם כבר אז". של כאילו, "אם כבר פרנדלי אז מה כאילו...", לא בקטע של אה... זה באיזשהו מקום נתקע בין הציפיות של ה... מרגיש, אתה לא יודע, אתה לא יודע... מה אתה תגיד משהו? אתה לא יודע... אתה לא תפתח על זה דיון, או תשאל אנשים אם הם מרגישים ככה גם... כי אה... כי, כי, זה מרגיש באיזשהו מקום as good as it gets."

דבריו של אורי מדגימים כי ההפנמה של הלחץ המופעל מהחברה משנה את ציפיותיו מהמפגש הרפואי, עד כדי כך שהוא, למעשה, מוותר מראש על הציפייה והאפשרות להתקבל בצורה שתהיה עבורו נעימה ומכבדת מראשיתה ועד סופה.

היכולת לשלוט על המידע מעניקה כוח בהתמודדות עם הסיטואציה, מרואיינים רבים הביעו חרדה מהאפשרות להימצא בעמדה בה אפשרות זו לא תהיה זמינה להם, כדברי אלעד:

"מטריד אותי, לא ביום יום אבל... כן. המחשבה שאולי יום אחד אני אפגש עם מישהו טיפה לא... לא מקצוען. כאילו... יש דברים לא סימפטיים, אם מישהו עושה תאונה נגיד, מגיע לבית חולים, בלי לשאול, ישר כאילו מורידים לו את כל הבגדים בחדר מיון, ויש שמה מלא רופאים. אהה... ו... מזה אני מבוהל [מגחך] זה... אני לא יודע... כאילו... זה... [שתיקה]"

בעוד רבים, וודאי, יוטרדו מהמחשבה כי ידרשו להגיע לחדר מיון, אלעד מוטרד מכך, בראש ובראשונה, בשל החשיפה שתגרם לו. מספר מרואיינים העלו חשש שכזה, מהמפגש עם מערכות הרפואה הדחופה. באופן פרדוקסאלי, מטופלים טרנסג'נדרים נאלצים, לא פעם, לפנות דווקא אל מערכות אלו, אשר פחות ערוכות להעניק טיפול אישי ונגיש לו הם זקוקים. אילוץ זה הוא, לא פעם, תוצאה של החרפת בעיה שנמנעו מלטפל בה בשל מבוכה או קושי אל מול הרופא (ראה פרק "מה יש לה להציע לי? יש לה כלים שמיועדים לנשים" חווית הגוף והבדיקה הגופנית ופרק אי שוויון וחוסר נגישות לטיפולים).

כאמור, האפשרות להימנעות מחשיפה ולשליטה בה, אינה נמצאת בידי כולם, שכן אינה זמינה עבור אלה אשר הסטיגמה כלפיהם מתגלה באל כורחם. לחוויה שכזו נחשף אורי במפגש עם אנדוקרינולוג:

"...ואז כשהוא ראה חוסר איזון הרמונאלי או משהו כזה הוא המליץ לי לקחת גלולות, אמרתי לו לא. הוא שאל למה, לא התאים לי, לא הסברתי לו יותר מידי אמרתי לו. אה... ו... אני לא זוכר איך זה הגיע לשם, אבל אה... הוא באיזשהו שלב שאל אם אה... אם אני רוצה אממ... אני רוצה להראות יותר כמו גבר. שאלה שהיא כאילו סמי-פרנדלי-טרנסית, אבל כאילו ברור שלא היה לו מושג מה לעשות עם זה, ו... אני גם נראה לי באותו הזמן לא כל כך ידעתי לקחת את הפתח שהוא הציע לי, אז אמרתי לו לא. גם הייתי במקום אחר, וזה בסדר. ...אז בסוף הבדיקה הוא שלף את השאלה הזאת, שיכול להיות שאני כבר, יכול להיות שהיה לה איזה הקדם לוגי, אני לא חושב, הוא שאל על אה... אם אה...עדיין יש לי חזה. מה זה קשור אליך? ואני יושב שם בשוק, עניתי! עניתי לשאלה הזאתי [מגחך] אמרתי לו, עניתי לו "כן!"... נראה לי מתוך חטנות. כאילו לא בקטע מציני אבל בקטע של... נראה לי גם כל היחס שלו לנושא הזה היה מאוד מאוד כאילו... את יודעת, הוא שואל אותי אם אני עושה שינוי מזכר לנקבה, נראה לי כן היה לו איזשהו מושג מאוד מאוד ירוק. פנימי. כאילו... כאילו על מה, מה... על מה קורה לי. נראה לי שהסברתי שאני לא רוצה לקחת גלולות כי אני לא רוצה את השינוי של זה על הגוף שלי, וזה לא ככה, וזה לא מתאים לי. ואז הוא שאל, כאילו זה מה שהוריד לו את האסימון. כאילו, כן היה לו איזשהו מושג. אבל זה לא... זה לא פרנדליות, זה הכרות שטחית עם הנושא הזה."

נראה כי במקרה של אורי, כמו במקרים של שני מרואיינים נוספים, זיהה בהם המטפל דבר מה מזהותם הטרנסג'נדרית עוד בטרם גיבשו אותה לעצמם. על אף כי אורי זיהה את כוונתו של הרופא להציע לו פתח לחשיפה, הוא חש בזמנו כי לא יכול היה לעשות בכך שימוש וחש משותק בסיטואציה. חוויתו זו מלמדת כי על הרופא, גם בעל הכוונות הטהורות ביותר, לנקוט במשנה זהירות כלפי מטופל שאינו נחשף, או שטרם גיבש את זהותו, ולהעניק לו את האפשרות להשלים את תהליכו העדין. הציטוט הנ"ל מדגים גם את חווית המטופל מהתייחסות חודרנית מצד הרופא, המוצגת כלגיטימית בשל יחסו האוהד לזהות המסומנת בסטיגמה.

במפגש הרפואי חשוף הטרנסג'נדר לאפשרות תמידית של חשיפה. האנטומיה הגופנית או סעיף רישום המין, שאינם תואמים את זהות המגדר, מוסרים לרופא מידע חברתי לגבי המרואיין. אלו מקבלים תפקיד כשל סמלי סטיגמה – סימון המושך את תשומת ליבו של הצופה לסתירה הקיימת במה שיכול היה להיראות לו כתמונה כללית עקבית, וכתוצאה מכך מופחת ערכו של היחיד בעיניו (גופמן, 1963/1983, עמ' 42). המפגש הרפואי הנו סיטואציה בה נראות הסטיגמה מתפרצת, שכן הן הגוף והן הרישום מודגשים, כפי שמתאר עמית בציטוט הבא:

"... כל מה שהוא יודע עלי זה מה שיש לו על המסך מחשב שלו, ובמסך המחשב שלו כתוב נקבה. אה... אני גם נכנס אליו... ו... ב-90% מהפעמים שהיו עד אז, שכל מה שרציתי זה אישורי מחלה, וכמעט בכל סיטואציה הוא אמר לי... "בסדר. בבקשה לשבת פה על המיטה ולהרים חולצה", בין אם זה מאחורה בגב, ובין אם זה מקדימה, כדי שהוא יוכל להקשיב עם הסטטוסקופ. ולהרים את החולצה זה להיחשף גופנית. ולהיחשף לזה שאני... שהמין הביולוגי שלי הוא לא ה... המגדר שאני מעדיף לדבר איתו ושיפנו עלי בו. אז כן! בוודאי! כאילו שאני הולך ל... למוסך אני לא אצטרך להרים חולצה, כשאני הולך לבנק אני לא אצטרך להרים חולצה, כשאני הולך ל... אני לא יודע מה, למשרד הפנים לשנות כתובת, אני לא אצטרך להרים חולצה. בדרך כלל בכל המקומות האלה פונים אלי בזכר למרות שבמחשב כתוב נקבה. המקום היחיד שבו המשיכו באופן עקבי לפנות אלי ב... ב... לפי מה שכתוב במחשב זה ה... המשרדים של רופאים. במוסד רפואי. כאילו, בבית מרקחת, לבא לקבל תרופה במרשם, לא שזה קרה כל כך הרבה אבל... כי בכל המקומות האלה נורא מקפידים לבדוק מה כתוב במחשב, אפילו אותה אחות שבאתי אליה, ...שפנתה אלי בזכר עד אותה נקודה שהיא הקלידה את המספר תעודת זהות שלי במחשב, קפץ לה על המסך ה"נקבה", טרח! [מוחא כף] שינתה את צורת הדיבור אלי. כאילו, אבל... בכל מקום אחר, אפילו במשרד הפנים, כשבאתי לשנות כתובת, הפקידה עומדת עם התעודת זהות שלי ביד, מקלידה את הפרטים למחשב - כתוב לה, נקבה על התעודה,

נקבה על הזזה, והיא עדיין מדברת עלי בזכר. כל לא מסתכלים על זה בכלל! אף אחד לא מסתכל על זה
סעיף המין! לא צריך את זה, זה לא רלבנטי!"

כפי שמדגיש עמית בדבריו, הן לחשיפה הגופנית והן לסעיף רישום המין משמעות רחבה לאינטראקציה שלו
עם הגורם המטפל במפגש הרפואי ולאפשרות כי יחוש בנוח למולו. כאשר הפנייה של הגורם המטפל אל
מטופל אינה מתבססת על הצגתו העצמית, אלא על רישום המין, נוצרת סכנה של מתן טיפול רפואי שאינו
הולם או תואם את צרכי המטופל. את צידו השני של המטבע מדגים אלעד, בהתייחסותו לשינוי רישום
המין בקופת החולים כך שיתאים לזהותו המגדרית:

"... אבל אצלי בקופת חולים אני כן רשום זכר... סתם, שינו לי את זה. כאילו, כאילו... זה משהו שקרה
דיי רנדומאלית כי אה... כי פשוט תמיד ראיתי שמה "נ", ו... עד שיום אחד אני רואה "ז" ו... זה מאוד
נחמד ש... סתם שינו לי את זה. פשוט הם הכירו אותי, ... כנראה שהפקידות שם שהכירו אותי, זה
היו רק שלושה פקידות אולי ש... הן כל הזמן התחלפו בניהן ש... גם אחת... לא הייתה באמת
אינטראקציה בפנים. אז כן, מתישהו ראיתי ששה... שכתוב לי זכר שם ו... זה היה מאוד מעניין, מוזר
[מגחך]. אבל זה גם... אני גם... גם... עדיין לא יודע אבל למה זה היה, או שהם חשבו שזה טעות נגיד,
אבל זה נראה לי פחות הגיוני כי הם כן הכירו אותי לפני, הרי שם התחלתי. אני באתי... הם הכירו אותי
הרבה לפני שבכלל התחלתי את הטיפול... ההורמונאלי שלי. אממ... כנראה שהם החליטו שם ש...
מגיע לי [מגחך], זה היה דיי נחמד כזה. אממ... ו... אבל... למרות ששמעתי היום, היום? באופן כללי
שמעתי שאממ... זה משהו שקורה דווקא די הרבה, שנגיד רק באים לשם והם כבר מסכימות, בדרך
כלל... הפקידות. אז אממ... הם ישר משנות כי הן רואות שאפשר, כי כתוב להן משהו שאפשר לשנות,
אז אה... מבחינה זאתי באמת נראה לי ש... זה... נחמד שאין איסור הזה."

דבריו של אלעד מלמדים כי סעיף רישום המין, בהיותו סמל סטיגמה, יכול להיות גם זירה בה נחוות קבלה
מצד המוסד של הזהות המתוייגת. נכונות לשנות את סעיף המין, כך שיתאים לזהות המגדר, נחוות כקבלה
נעימה, המקלה גם על אינטראקציה נכונה עם גורמים מטפלים חדשים. כמובן שלסעיף זה משמעות
נוספות ברמה הבירוקרטיות מנהלית – כמו חוסר האפשרות להמציא מרשם ממוחשב לטסטוסטרון למי
שרשום כנקבה או להפנותם לבדיקות מסוימות, וברמה הטיפולית – כדוגמת השוואת מדדי בדיקות דם
שונים על פי רישום המין, שאינו מתחשב בשינויים הנובעים בטיפול ההורמונאלי.

נושא החשיפה העצמית של המטופל הטרנסג'נדר, אשר נדון בהקשר זה, מעלה שאלות רבות. מרכזית
שבהם היא, כמובן, השאלה על מחויבותו של מטופל למסור מידע מלא לרופא המטפל, שאלה
שמשמעותיה הרבות חוצות את גבולות פרק זה. בעוד בחירת המטופל למסור או להעלים מידע מהרופא
רבת השלכות על הקשר בין שני הצדדים, אך גם מהווה ייצוג של תפישת המטופל את הרופא, את הקשר

עימו ואת הממסד הרפואי בכלל. גורמים בירוקראטיים וגופניים מהווים סממני סטיגמה החושפים את המטופלים באל כורחם, תופעה משמעותית בעיקר במפגש עם המערכת הרפואית. ההתמודדות נהיית מורכבת עוד יותר כאשר נדרשת במפגש בדיקה גופנית – על כך יעסוק הפרק הבא.

"מה יש לה להציע לי? יש לה כלים שמיועדים לנשים" חווית הגוף והבדיקה הגופנית

בשל החשיפה הגופנית הנדרשת לא פעם במפגש הרפואי, נדרשים המרואיינים להיפגש ביתר שאת עם חוסר ההלימה בין האנטומיה והפיזיולוגיה של גופם לבין זהותם המגדרית, כפי שמתאר עמית בקטע הבא:

"...בחדר של הרופא או הרופאה הדיסוננס הזה בין המין הביולוגי שלי לבין הזהות המגדרית שלי, בין מה שכתוב עלי במחשב לזהות המגדרית שלי, הדיסוננס שם הוא... בשיאו! כל עוד לא שיניתי לא את הגוף ולא את התעודת זהות...ב-90% מהפעמים שהיו עד אז, שכל מה שרציתי זה אישורי מחלה, וכמעט בכל סיטואציה הוא אמר לי... "בסדר. בבקשה לשבת פה על המיטה ולהרים חולצה", בין אם זה מאחורה בגב, ובין אם זה מקדימה, כדי שהוא יוכל להקשיב עם הסטטוסקופ. ולהרים את החולצה זה להיחשף גופנית. ולהיחשף לזה שאני... שהמין הביולוגי שלי הוא לא ה... המגדר שאני מעדיף לדבר איתו ושיפנו עלי בו. אז כן! בוודאי! כאילו שאני הולך ל... למוסך אני לא אצטרך להרים חולצה, כשאני הולך לבנק אני לא אצטרך להרים חולצה, כשאני הולך ל... אני לא יודע מה, למשרד הפנים לשנות כתובת, אני לא אצטרך להרים חולצה. בדרך כלל בכל המקומות האלה פונים אלי בזכר למרות שבמחשב כתוב נקבה... אני מבין את הצורך. זה לא עוזר לי להרגיש יותר בנוח העובדה שיש לזה הצדקה... לכאורה. וגם היא לא תמיד קיימת לדעתי, למשל אה... אם רוצים להקשיב לנשימה שלי עם הסטטוסקופ, אני דיי משוכנע שאפשר כאילו לעשות את זה תמיד מאחורה, ולא חייבים לעשות את זה מקדימה. אממ... כי עובדה שבחלק מהמקרים זה היה מקדימה וחלק מאחורה. אז למה להתעקש על לעשות את זה מקדימה כשזה לא נוח לי?!"

תחושת חוסר ההלימה מוקצנת כאשר מדובר באיברי מין ורבייה, כפי שמתרחש במפגש עם הגניקולוג, ותואר גם במחקרים קודמים (Devor, Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007, p. 9; Devor, 1997, p.472). מפגש שכזה היה מרכזי בדברי מרבית המרואיינים (FtoM), ונערך בהקשר של בדיקה תקופתית או קבלת טיפול הורמונאלי, שכן זוהי דרישה מקובלת לתחילת הטיפול בטסטוסטרון. עבור המרואיינים קיים, לרב, מפגש מרכזי מסוים, המועלה לראשונה ספונטנית בדבריהם ושב וחוזר בשיחה, הן ספונטנית והן בעקבות שאלותיי.

אני בוחרת להתמקד בחלק זה של שיחתנו, עקב הטעינות הרבה המורגשת בדבריהם בעת השיחה על כך, הן מהתוכן והן מצורת התייחסותם, שזוהו גם במחקר קודם (Hussey, 2006), וכן בשל השונות הרבה בין

מרואיינים שונים. בפרק זה ארצה להראות כיצד אופן ההמשגה העצמית והחיבור של המרואיינים לגופם, הדהד באופן ברור לאופן בו חוו ותיארו את הבדיקות הגניקולוגיות אותן עברו. בעוד הפרק יתמקד רק בחוויות של מרואייני המחקר ספציפית מבדיקות גניקולוגיות, אלו מהוות, לטענתי, דוגמה קיצונית המייצגת את חוויות המרואיינים והמרואיינות מבדיקות גופניות בכלל.

במהלך הראיונות הביעו המרואיינים אופני התייחסות שונים לאנטומיה הנקבית של גופם. תצורת התבטאות אחת מודגמת היטב בדבריו הבאים של תמיר. בעוד במהלך הראיון ביטא עצמו באופן חופשי וברור, גם בכל הנוגע להסברים רפואיים מורכבים, בהקשר זה הוא מאבד מילותיו ומתבטא בצורה מבלבלת:

"...אחת מתופעות הלוואי זה בעצם שה... פעם עוד זכרתי את זה, אה! שהשחלות מתייבשות.

שחלות? [ממלמל לעצמו] לא זוכר! מ... משהו ב... איבר שמייצר את הביציות נגיד, כי אני לא זוכר

בדיוק מה-מו-מי, אבל האיבר מתייבש."

הבלבול שתוקף את תמיר מבטא את הריחוק שלו מחלקים מגופו, שהוא מתקשה להתייחס לתפקידם או להתייחס אליהם בשםם. במקום, מתייחס אליהם תמיר כאל "איבר", התייחסות שכזו חזרה אצל כלל המרואיינים שבחרו להשתמש במושגים "איברי רבייה", "המערכת", "האזור הזה", "האיברים האלה", "איזה מערכת פיזיולוגית" וכד'. ביטוי שמם המפורש של האיברים היה נדיר, והופיע, לרב, תחת עננת בלבול ומלמול, כפי שהתבטא תמיר בציטוט הנ"ל. חשוב, בהקשר זה, להזכיר כי ריחוק והשתקה סביב נושאי האנטומיה הנקבית אינם מנת חלקם של טרנסג'נדרים בלבד, שכן הנורמה המוחקת את מיניות האישה בחברתנו, נושאים אלו ללא מדברים (Groneman, 1995).

למול תחושת ריחוק של טרנסג'נדרים מאיברים אלו, נראה הרופא הגניקולוג כדמות לא רלבנטית בטיפול בהם, וחסרת אמצעים עבורם, כפי שמתאר אורי:

"את יודעת, זה לא שאם היא תציע לי טיפול מסוים, שיש לה בארסנל, בראש שלי זה לא שאם היא

תתאים לי טיפול אז אני אלך עליו, כי זה לא כאילו... מה היא יכולה להציע לי? יש לה כלים שמיועדים

לנשים. כאילו, איזה טיפול היא יכולה להציע לי שיהיה רלבנטי?"

הטיפול הגניקולוגי נחוה, כפי שמתאר אורי, כלא רלבנטי, והדרישה לעבור בדיקה גניקולוגית נחוות כזרה ולא טבעית. בתיאור הבא מספר תמיר על בדיקה וגינאלית, אותה נדרש לעבור כחלק מהמעקב השגרתי אחר השפעות הטיפול ההורמונאלי:

"שזה באמת, זה בעצם הייתה טעות רפואית של הרופא שלי, דרך אגב. כי טכנית, מכיוון שאני... לא

הייתי אף פעם, לא חייתי כמעט כנקבה, ולא קיימתי יחסים. לא היה צורך שאני אגיע לגניקולוג, בטח

לא לבדיקה כזו פולשנית. אז הרופא עשה איזו טעות. הוא שלח אותי... הוא היה אמור לשלוח אותי לאולטרא-סאונד, לראות בעצם פה [מחזיק בבטנו התחתונה], והוא שלח אותי בעצם, הוא קרא לזה, איך הוא קרא לזה? בדיקה וגינאלית נדמה לי. ואני יושב שם, תעזבי את העובדה שזה הדבר הכי מוזר שאני יושב שם עם כל הבנות ש... ש... כל הנשים האלה שרוצות להיכנס להריון! ולא מבין מה אני עושה שם. אחר כך אני נכנס לחדר, ואני יושב, וגם הרופא עצמו לא כל כך מבין, חושב שאני מחכה לחברה שלי, ואני מסביר לו – "לא, זה אני". והוא עושה את מה שהוא עושה, ואני... את יודעת... זה לא נעים, זה לא נח, זה מביך. והוא... בשלב מסוים כבר לא כל כך מבין מה הוא חיפש, כי הוא... כי הוא אומר "אני לא, אתה בטוח שיש לך שחלות? כי אני לא מוצא!" [מגחך] הוא לא... לא... זה פשוט כבר... לא היה באמת צורך. זו הייתה פאשלה רפואית."

כפי שמתאר תמיר בציטוט הנ"ל, הבדיקה הגניקולוגית נחוות כזרה ולא ברורה הן לו והן לרופא, ומלווה במבוכה רבה, המתחילה כבר בשלב הישיבה בחדר ההמתנה. לאור ריחוקו של תמיר מאיברי הרבייה הנקביים שלו, כפי שתואר קודם לכן, נראה רק טבעי שבדיקה זו מרגישה לו לא רלבנטית ומיותרת.

התייחסותו של תמיר אל אותה בדיקה משתנה במהלך הראיון, החל מאזכור אגבי במהלך שיחה על נושא אחר, ובאופן הדרגתי כמו נפתחת שכבה נוספת של התבוננות - עד תיאור מלא עוצמה, בחתך דיבור חד, בסופו הוא אף מתייחס לרופא כחמור. אני רואה בהשתנות ההתייחסות כהתפתחות של חווית השחזור, הפותחת צוהר אל הטעינות הרבה בשחזור ובשיתוף בחוויה זו. במקביל להשתנות טון התייחסותו לבדיקה הוגינאלית, משתנה גם התייחסותו אל גופו והאנטומיה הנקבית. תמיר, שהתייחסותו התאפיינה תחילה בעיקר בריחוק, מגלה כעת נופך של סלידה מחלקי גופו הנקביים:

"בהתחלה זה לא... אהה... אני יכול להגיד לך בשיא הכנות שמבחינתי כל החלק הזה [מצביע על איזור החלצ"ם] מבחינתי עד עכשיו היה עליו פס, לא התייחסתי אליו, לא יכולתי להתייחס אליו, זה הגעיל אותי, זה דוחה אותי ועד עכשיו יש רגעים שאני סולד מעצמי... אני עדיין לא כל כך מתייחס אליו. זאת אומרת את לא... גם אם יהיה לי בן זוג הוא לא כל כך ירגיש את הדבר הזה. כי אני לא אתן לו להתקרב בכלל לדבר הזה! מבחינתי זה יהיה ה... הקו השחור, לא עוברים אותו, אין פה... לא יודע, קשה, קשה להבין את זה... אני לא יודע... רב הזמן אני חי בשלום אבל אני גם נמנע ממגע מפורש עם הדבר הזה, למעט מקלחת שאין מה לעשות, חייבים. אבל אני נמנע ממנו, גם... גם להוציא תסכול מיני אני לא יכול, טכנית, ולעשות את זה בכזו טבעיות. אני ממש... בונה לי איזו מין מחיצה כזו, שתחוצץ ביני ובין היד, אז אין באמת מגע. כי ברגע שיהיה מגע, אני בעצם... אני אומר "אוי, זה נקבה!" ו... נגמר. נגמר הרגע."

רוב המרואיינים תיארו מידה של סלידה מהאנטומיה הנקבית של גופם, שבגינה הם מבקשים להימנע מחשיפה גופנית וממגע בגופם, בעיקר אך לא רק, במפגש עם רופאים. כפי שמספר עמית בקטע הבא, זוהי חוויה המלווה אותו מרבית חיו:

"מגיל מאוד מאוד צעיר אני זוכר שאני לא אוהב שנוגעים לי בגוף. תמיד הרגשתי משהו... לא נוח בסיטואציות כאלה. ... ו... וזה כמובן היה עוד יותר חמור ב... בתחילת גיל העשרה, כשהגיעה התפתחות גופנית שגרמה לי להרגיש עוד יותר אה... איום ונורא. היום אני יודע למה, אז לא הבנתי למה... למה התחושת חריגות הזאת? למה לכל הבנות האחרות זה נחמד וכיפי ואני... התביישתי כל כך עם העניין הזה, וניסיתי להסתיר כל דבר שאפשר. אז לא הייתה לי אפשרות כל כך כי... לא חלמתי על זה שקיים דבר כזה כמו ביינדר, ש... חפצים שיכולים לשנות את הגוף שלהם, ו... כולי... אממ... כן. מאז שאני זוכר את עצמי, אני שונא שנוגעים לי בגוף אנשים זרים, אני שונא חשיפה גופנית, אהמ... אני אה... היום יודע לקשר את זה לעובדה שאני פשוט לא אוהב את הגוף שלי כפי שהוא היום. וחשיפה של... חלקים ממנו שאני מאוד לא שלם איתם, אה... היא אה... קשה עבורי עוד יותר מסתם אה... לא יודע מה, הרופא ההוא שהקשיב עם סטטוסקופ לריאות שלי. אהמ... כן. אני... מאז שאני זוכר את עצמי, אני לא סובל את זה."

עמית חזר והדגיש קושי זה, יותר מכל מרואיין אחר, בחשיפת גופו. בעקבות קושי זה עמית אף נמנע מללכת לרופא ולבדיקות גופניות כלל, ובעיקר נמנע מהמפגש עם רופא גניקולוג. בציטוט הבא הוא מתאר את הקושי וההתלבטות שלו בפנייה לרופא לצורך בדיקת הדמיית חיצונית באמצעות אולטרא-סאונד, לשם התחלת טיפול הורמונאלי בטסטוסטרון:

"מה שביאס אותי במיוחד זה הדרישה לעשות בדיקת אולטרא-סאונד. אה... כי... כאמור, כפי שציינתי, אני לא אוהב שאנשים זרים נוגעים לי בגוף, ואני לא אוהב אה... חשיפה שנדרשת בשביל בדיקות מהסוג הזה. אה... למרות שזו בדיקת אולטרא-סאונד חיצונית, אה... זו לא בדיקה וגינאלית, עדיין מאוד התבאסתי ולקח לי איזה חודשיים אהמ... כדי לקבל עם עצמי את ההחלטה אם אני עושה את זה, או לא עושה את זה."

חשוב להבין כי תחושות אלו מהוות, לא פעם, עילה להימנעות ממפגש רפואי ומבדיקות גופניות נחוצות, כפי שמבהיר עמית. בהקשר זה, לרופא תפקיד חשוב- בעזרת הכרות עם מטופלו יוכל לנקוט במספר צעדים ממשיים בכדי להקל עליו את הבדיקה, כפי שמתאר עמית את חוויותיו מבדיקת אולטרא-סאונד חיצונית אותה עבר:

"וגם מאוד הערכת את העובדה שהיא בעצם אה... לא נגעה בי בשום צורה, למעט להעביר את המכשיר הזה על הבטן, ונתנה לי לעשות הכל לבד. כאילו, אמרה לי מה לעשות, אבל לא נגעה בי

בשום צורה שהיא, לא אפשרה לי לעשות את הכל. שזה תרם לתחושת הנוחות שלי, אהמ... אני מדבר על ה... דברים הבסיסיים של ה... להרים ת'בגדים, ולמ... כאילו, כל מה שצריך זהה... שזה באמת היה מאוד לא נוח, אבל יאמר לזכותה שהיא באמת עשתה את זה מאוד מהר, וזה נגמר תוך חמש דקות."

עמית מעלה את צמצום המגע הגופני וזירוז הבדיקה כפעולות מקלות בהן נקטה הרופאה הגניקולוגית בבדיקתו. מרואיינים נוספים האלו מספר פעולות פשוטות וחשובות שהקפדת הרופא עליהם יכולה להקל על חווית הבדיקה הגניקולוגית בפרט, והבדיקה הגופנית בכלל, כדוגמת הימנעות מחשיפה גופנית ככל האפשר, תיאור מהלך הבדיקה והתרחשותה, הימנעות מעריכת הבדיקה בשכיבה פסוקת רגלים על מיטת הבדיקות הגניקולוגית או מבדיקה חודרנית.

לרב, לשם בדיקה ומעקב מסוג זה מסתפק הרופא בהדמיית אולטרא-סאונד חיצונית (Gorton, Buth, & Spade, 2005), אך יש מרואיינים שנדרשו לעבור בדיקה וגינאלית חודרנית – בין אם לשם התחלת טיפול הורמונאלי ובין אם למטרה אחרת. זוהי חוויה קשה וטעונה, ובדיעבד נחווית הבדיקה הווגינאלית כבלתי נדרשת ואף מומשגת כ"פאשלה רפואית", כדברי תמיר. תמיר ואורי מדווחים שניהם כי לא דנו רבות במפגש טעון זה, אך שניהם התייעצו עם חברות שהעלו בפניהם את הטענה כי בדיקה וגינאלית אינה מקובלת עבור נקבות שלא עברו חדירה קודמת ביחסי מין. שניהם מתארים חוויה קשה מן הבדיקה, ניסיון כושל לעצור את קיומה, וכן קושי להתמודד עם שהתרחש בה. אורי מתאר את חוויתו בקטע הבא:

"ואז אהה... או [צחוק] אה... הוא עשה לי, אה... זה... בעודי יושב שם ד"י בשוק הוא עשה לי אולטרא-סאונד וגינאלי. ואני הייתי, כאילו, אממ... הייתי כאילו בהלם. לא ידעתי, זה קצת בא לי... הייתי... כאילו, לא... לא נראה לי ש-I grasped it בזמנו. ו... עכשיו זה לא נעשה, אחרי זה דיברתי עם חברות סטרייטיות שלי, הן אמרו שהוא היה אמור לשאול אם הייתה חדירה וגינאלית קודם. ולא הייתה. ו... כאילו, עצם העניין שזה מאוד כאב לי והוא, ביקשתי ממנו שהוא אה... שיפסיק והוא אמר לי עוד רגע ואחר כך הוא יצא, זה היה מאוד. היה בזה משהו כאילו מאוד... קשה. שלא הצלחתי לעבד בזמנו. זה נשאר כטראומה ד"י סגורה ד"י הרבה זמן [גיחוך]."

הבדיקה, המתוארת כחוויה ראשונה וקשה של חדירה, מעוררת כיום במרואיינים את התפישה כי קיומה היה לא ראוי. ארצה להזכיר בהקשר זה כי מחקר שנערך בקרב נשים סיסג'נדריות⁴ מצא כי הנבדקות חשו

⁴ סיסג'נדר (cisgender) הנו אדם המזדהה במגדר התואם את מינו הביולוגי, קרי שאינו טרנסג'נדר.

חוסר נוחות גדול יותר מן הבדיקה הווגינאלית והחשיפה הגופנית הכרוכה בה, אם נערכה טרם עברו מגע מיני (Grundstrom, Walling, & Bertero, 2011).

במקביל לתחושת חוסר הלגיטימיות והזרות לגבי הבדיקה הגניקולוגית, המתעוררת סביב תחושות הרחקה וסלידה מן האנטומיה הנקבית של גופם, קיימת התייחסות שכלתנית וקונקרטיית לגבי הצורך לעבור בדיקה שכזו, המתבטאת בשימוש בביטויים "טכנית", "הגיוני", "תיכלסי", "אין ברירה", "צריך". התייחסות שכלתנית שכזו מאפשרת הגנה מפני המבוכה והאיום שבחוסר ההלימה בין תפישת הזהות של המרואיינים והדרישה הרפואית להיבדק אצל רופא הנשים. אלעד מדגים גישה זהה בתיאור שיחת זימון התור לבדיקה:

"...או נגיד שהזמנתי בטלפון אה... יש דברים שאין באינטרנט, אז כאילו הזמנתי תור בשביל המכון הזה. ו... זה, זה הכי סיפור, כי... אני נשמע כאילו כזה, ואני אומר כאילו "שלום, אפשר לדבר עם...". אז רובם שואלים אותי "למה הבדיקה שאתה צריך? אתה...". אני עונה לה "אני צריך אולטרא-סאונד חיצוני", אז הם עונים "אבל אתה בן", "זה נכון", "וזו בדיקה לנשים", "כן, יש לי... אה... כזה, שחלות" ו... "אוקיי" [בקול מוברך]."

התייחסות אל הבדיקה הגניקולוגית כצורך או חובה הנה נפוצה ביותר, Cook (2011) מציעה כי נשים מתייחסות אל הבדיקה הגניקולוגית כחלק מתפקידן כ"אזרחיות אחראיות". בעוד Cook עוסקת בנשים סיסג'נדריות, איני רואה כל מניעה מלהכליל אמירה זו לאזרחות טרנסג'נדרית אחראית. מעבר לכך, אני מוצאת כי התייחסות זו מרכזית, על אחת כמה וכמה, בהקשר של המטופל הטרנסג'נדר, שכן המרואיינים משתמשים בשכלתנות גם בכדי להרחיק את הרובד הרגשי מהדרישה לעבור את הבדיקה, ובכך להתגונן מהמבוכה ומהאיום שמהווה הבדיקה הגניקולוגית על זהותם או שלמותם הנפשית, כפי שתואר לעיל. התייחסות רציונאלית שכזו לדרישה לעבור את הבדיקה הגניקולוגית מקבילה לתיאורים של השלמה עם האנטומיה הנקבית הקיימת בגופם של המרואיינים. לדבריו של תמיר, תחושת קבלה זו התפתחה אצלו במרוץ השנים:

"אז אין מה לעשות. מתרגלים. מבינים שאין מה לעשות, האיבר הזה נמצא איתי... זאת אומרת, כבר למדתי לקבל אותו, ואני יודע שזה קיים. וכן, אני יודע שאני הולך לשירותים של הגברים ואין שם כלום, זה לא משנה. זה בשבילי... מתרגלים. זה טיפה מוזר בהתחלה, אבל את משכנעת את עצמך כבר... קמים בבוקר ו... כן! זה מה שיש. אין מה לעשות, אני לא אקום בבוקר ואגלה שאני זכר לכל דבר וזהו. לא קיים כזה מצב. בסדר, אז קיבלתי את זה, מדי פעם יש את הרגעים ש... איך אומרים, לא אוהבים אחד... אני לא כל כך אוהב את עצמי ב-100%. אבל זה איבר שלמדתי לקבל."

תמיר היה המרואיין היחיד לתאר בבהירות חוויה שכזו של השלמה וקבלה של גופו, על אף חוסר שביעות הרצון הברור ממנו. כמו כן, הוא גם המרואיין שהחל את שינויו הגופני בגיל הצעיר ביותר וכן חי את משך הזמן הרב ביותר במגדר שבחר. ייתכן ויכולתו לתאר כך את תחושת הקבלה נובעת מהתמודדות ארוכות שנים עם חוסר ההלימה שבין איברי גופו והמגדר בו הוא חי.

דוגמא נוספת להתייחסות שכלתנית, אל הבדיקה ואל הגוף, מבטא נועם – בדומה למרואיינים אחרים, גם הוא בחר להימנע מהתייחסות ישירה לשמות איברי האנטומיה הנקבית, אך היה היחיד לכוונתם "איברי מין". נועם הביע גם חוסר עניין מוחלט לעבור ניתוח לבניית פין, החלטה המקושרת גם להעדפותיו של בן זוגו. קישור זה, בין האנטומיה של גופו למין, מהדהדת, לתפישתו, את הבדיקה הגניקולוגית:

"כן. כאילו אני... כאילו הייתי עושה בדיקות פעם ב... שאני יודע שאני, כאילו יש טרנסים שלא משתמשים באיברים מסוימים, אז הם פחות צריכים... אני מודע לזה שאני... כאילו זה שאני משתמש באיברים מסוימים, אומר שאני... אז... כן."

ציטוט זה מדגים כיצד קושר נועם את הצורך בבדיקה גניקולוגית לעובדה כי הוא "משתמש" באיברים אלה, קרי מקיים יחסי מין וגינאליים ובעת ביצוע הראיון נמצא במהלכו של הריון. הקטע הבא מדגים את יחסו הפונקציונאלי של נועם אל האנטומיה הנקבית של גופו:

"מבחינתי כעיקרון שהתחלתי לקחת הורמונים ב-2008, ויתרתי על האפשרות לילדים ביולוגים, כי אמרו לי, אמרו לי ש... כאילו, דיברתי עם כמה רופאים, כולם אמרו לי שתוך שנה המערכת הולכת פייפן, כאילו מערכת הרבייה הנקבית. ותוך, תוך, כאילו חמש שנים יש המלצה להוציא כאילו... את כל המערכת. אממ... כי כאילו יש סיכוי מוגבר לפתח... סרטן... ובאיברים האלה. ועד היום כאילו זה נראה לי... כאילו מצד אחד אני אומר אוקיי, אני עכשיו בהריון, טפו טפו יגמר בטוב, יכול להיות שנעשה עוד ילד גג שניים, אני מאוד בספק. כאילו, ילד אחד אולי כן, כאילו עוד שניים ממש... בעצם זה כאילו איברים שאני לא צריך אז... אולי באמת עדיף להוציא אותם, כי אולי איברים שהם שם... ולא צריך יכולים לגרום בעיות..."

אם כן, עבור נועם, הקשר אל איברים אלו בגופו תלוי ישירות בתפקודם – כאיברי מין וכאיברי רבייה. התייחסות זו מבטאת גם את יכולתו לקבל את איברים אלו כשלו, ואף להעניק להם תפקיד ממשי ומהותי בחייו.

לסיכום, עולים מדברי המרואיינים שלושה אופנים של התייחסות לאנטומיה הנקבית בגופם, המופיעים במקביל להתייחסות שונה לבדיקה הגניקולוגית. ראשית, עלתה מדברי כל המרואיינים חוויה של ריחוק וניתוק מחלקי גוף אלו. לאור חוויה זו לא ניתן לראות הצדקה לבדיקה גניקולוגית ולכן נחוה המפגש הגניקולוגי כלא רלבנטי וחוסר כלים המתאימים לצרכיהם של המרואיינים. בנוסף, הזכירו מרבית

המרואיינים תחושה חזקה של סלידה מחלקי האנטומיה הנקבית לאור חוסר הלימתם עם הזהות המגדרית שלהם. לאור רגשות עזים אלו נמנעים המרואיינים מחשיפה גופנית וממגע, המהווים חלקים בסיסיים בבדיקה גניקולוגית. שילוב תחושות אלו מביא לכך שהבדיקה הגניקולוגית נחווית כלא לגיטימית ואף כטראומטית, בעיקר במקרים בהם נערכת בדיקה חודרנית. אופן התייחסות שלישי הנו גישה שכלתנית כלפי הבדיקה, אשר מלווה בהתייחסות פונקציונאלית ועובדתית לאיברי גופם.

הכרות הרופא עם מטופלו והבנת התייחסותו אל גופו ואל הבדיקה, הנן הכרחיות לשם זיהוי קשיו האינדיבידואליים. זהו נושא מרכזי בכל מפגש בין רופא ומטופל, עם זאת יהיה נכון כי הרופא יזהה את צרכיו הייחודיים של המטופל הטרנסג'נדר, על אחת כמה וכמה במקרה של גניקולוג. מתוך הכרות שכזו יוכל הרופא המטפל לעשות צעדים לשם התחשבות במטופלו והקלת הבדיקה עליו, כגון הימנעות מבדיקה חודרנית, צמצום המגע והחשיפה הגופניים, התייחסות מכבדת במגדר המתאים, מתן אינפורמציה בהתאם לרצון המטופל ועוד. התייחסות נכונה מצד הרופא הנה המפתח לחווית בדיקה קלה יותר עבור המטופל, חוויה שתעצב גם את תפישתו בדיקות דומות בעתיד (Grundstrom, Walling, & Bertero, 2011). עם זאת, מרואייני המחקר מספרים על קושי בהגעה אל גורם מטפל הבקיא בצרכיהם ומודע להשלכות של היות המטופל טרנסג'נדר – על כך יעסוק הפרק הבא.

”היי! הלו! מי מבינך טרנס פרנדלי?” – מחסום הידע

דברי המרואיינים מלמדים כי רובם ככולם חשים שבהיותם טרנסג'נדרים הם בעלי צרכים ייחודיים מן המפגש הרפואי. גורם ראשון במעלה לכך שגורם טיפול יחווה כנגיש למטופל טרנסג'נדר הנו הכרות עם התחום וידע בסיסי לגבי היחס ההולם לאדם טרנסג'נדר, כפי שמסביר תמיר:

”בואי נתחיל בזה ש... אם נצליח, בעזרת הדבר הזה, שאנשים ישמעו את המושג "אישה בגוף זכרי" או "גבר בגוף נקבי" והם יגידו "אה, אישה טרנסקסואלית/ גבר טרנסקסואל", ולא ידברו ב... את יודעת, ידברו בלשון נקבה או לשון זכר אל הקליינט. זה דבר ראשון, זה השיפור הראשון. כי היחס, לפעמים כשאת מקבלת יחס שהוא לא מתאים, אז את גם מסתירה כמה עובדות, את אומרת "אוק", בסדר, לא נספר, נשמור את זה בלב", ולפעמים אחר כך אוכלים אותה.”

כפי שמלמדות חוויות מרואייני המחקר, ידע שכזה עדיין חסר למטפלים רבים. הדרכה נכונה בנושאים טרנסג'נדריים לעובדים במערכת הרפואית יכולה להקל מאוד על המפגש הראשוני, הן עבור המטופל והן עבור אנשי הצוות, כפי שמספר נועם:

"כאילו אני יוצא מנקודת הנחה שרוב הרופאים הם לא רעים ולא טרנספוביים, ופשוט כאילו יש להם חוסר ידע, או שהם קצת המומים או ש... משהו כזה. אז ככה שאם ניידע אותם קודם, אז רב הסיכויים שזה יעבור יותר חלק, כאילו בין יותר חלק לחלק לגמרי."

נקודה חשובה שתמיר מתייחס אליה בציטוט הנ"ל היא השפעת התייחסות שכזו על הקשר עם הגורם הטיפולי – פנייה בלשון מגדר לא מתאימה משפיעה על האמון של המטופל בגורם המטפל וכן על רמת הפתיחות כלפיו, כפי שעלה גם במחקר של Hussey (2006). ניתן להניח שלמצב שכזה עשויה להיות השפעה טיפולית רחבה. פנייה בלשון מגדר המתאימה למטופל הנה הבסיס ליחס מכבד למטופל, ואבן יסוד במתן טיפול נגיש והולם. שפת הפנייה, בעיקר במקרה של הלשון העברית בעלת ההפרדה המינית הברורה, חושפת כיצד המטופל נתפש על ידי המטפל ומשקפת את קבלת, או אי קבלת, זהותו המגדרית (ברשטלינג, 2008). התייחסות שכזו, כמו יתר הגורמים המוזכרים בפרק, הנה הכרחית, לא רק מצידו של הרופא, אלא מכלל העובדים במערכת הרפואית, כפי שמזכיר גיל בהמשך ראיונו:

" היא בסך הכל היא בסדר, אבל הפקידות שלה היו דיי לא נחמדות ו... אה... הייתי צריך להביא לה איזה טופס מיוחד, לא יודע, שכאילו... אני הייתי אז בעצם כנקבה... אהמ... וטסטטרון זה כאילו לגברים... אז אה... לא יודע. היה לי את התור, והם כזה, דיברו ו... התלבטו בינם לבין עצמם אם אני בן או בת או משהו, לא זוכר את הפרטים, אבל היה כאילו... תחושה לא נעימה כזאת, ואז כזה... התלבטו איך לדבר אלי, ודיברו אלי ב"הם" או "זה" או במשהו כזה."

בהקשר זה, לרופא תפקיד מרכזי ביצירת סביבה טיפולית נעימה ונאותה, גם בהקשר של הצוות הרחב יותר (ראה פרק " כי פתאום זה גם בן אדם, זה לא רק רופא!" – תפקידו החלופיים של הרופא). כמו-כן, בשל הקשיים הרבים העומדים בפני אנשים טרנסג'נדרים, נדרש הרופא להדריך ולייעץ לגורמים גם מחוץ לסביבת עבודתו ואף מחוץ למערכת הרפואית (Minter & Keisling, 2006; Holman & Goldberg, 2000).

הידע הנדרש מהרופא הוא לא רק רפואי, דברי המרואיינים מלמדים על שאיפה להבנה עמוקה יותר, כפי שמתאר תמיר:

"המערכת הרפואית לא שומעת את הכל. זאת אומרת, אני מניח ששני הכיוונים – גם אישה טרנסקסואלית וגם גבר טרנסקסואל... באים עם ציפיות, ואני יודע שבתור אחד שבתוך זה, אז אני כבר מבין את זה, ופתאום אני שוכח שהצד השני לא באמת אה... הוא לא מבין את כל העניין הזה, שזה חצי... שזה לא רק רפואי שזה הופך להיות בעצם גם טיפה פסיכולוג."

בקשה זו גם מלמדת רבות על השאיפות של תמיר לגבי תפקיד הרופא בחייו ומאפייני הקשר, אותו הוא מנסה לכוון (ראה פרק שיח חדש). כמו-כן, היא מדגישה את הצורך של מטופלים רבים להבנה עמוקה ולהשתתפות בחוויותיהם. בהקשר זה, יהיה נכון כי הרופא יקיים קשר עם גורמי תמיכה מקצועיים וקהילתיים עבור טרנסג'נדרים..

בישראל, למיטב ידיעתי, לא קיימות הנחיות טיפוליות או המלצות לטיפול באנשים טרנסג'נדרים, בניגוד לקיים בעולם (כדוגמת, Gorton, Buth, & Spade, 2005; Dahl, Feldman, Goldberg, Jaber, Bockting, & Knudson, 2006). משמעות הדבר היא כי קיים תחום אפור רחב הנותן לשיקולו של הרופא, כפי שמתאר גיל:

" היא הייתה מאוד פרנדלית, ומאוד נעימה ומאוד מקבלת, היא הייתה מאוד קשה מבחינה בירוקרטית. כאילו, היא לא, כאילו קיוויתי אולי שהיא תתן לי הורמונים, והיא לא הסכימה, היא רצתה שאני אלך לאנדוקרינולוג, וגם אחר כך כאילו תמיד הייתה עושה לי סרטים, כאילו לא עשיתי את הבדיקות דם בזמן אז היא לא הייתה נותנת לי מרשמים, כאילו כי האנדוקרינולוגית נותנת כאילו... בדרך כלל כאילו הולכים לאנדוקרינולוגית פעם בחצי שנה או משהו, שאר הזמן הרופא משפחה מחדש ת'מרשמים, והיא הייתה מאוד קשה איתי כאילו."

עם ההחלטה להתחיל בתהליך רפואי לשינוי הגוף ולהתאמתו לחוויות המגדר, יש הבחורים להמשיך בטיפול אצל רופא המשפחה שליווה אותם עד אז. בנקודה זו, נדרשים לא פעם להסביר ואף להדריך רופא חסר ניסיון והכרות עם התחום. אלעד עבר חוויה שכזו עם רופאת המשפחה שלו דאז:

"כלומר, רופאת המשפחה ש... הראשונה שהתחלתי לדבר איתה על זה, לפני התהליך, היא לא ידעה כלום על זה אבל היא הייתה מספיק... אדם הגיוני... ישר כאילו... גם אה... טיפה הסברתי... כמו שאמרתי, גם הכנתי הכל לפני, כלומר ידעתי בדיוק מה אני צריך אה... לבקש ו... אממ... השתדלי גם אה... הייתה פגישה אממ... כאילו... יצאתי משם כאילו עם כל מה שצריך. למרות שלא הייתי בטוח באמת איך זה יהיה, זאת אומרת אם היא תקבל, אם היא בכלל תרשה לי לקבוע את... כאילו... אין באמת משהו. אז באתי אליה ו... אני לא ממש זוכר מה אמרתי אבל אה... אממ... אמרתי לה שאני, אני רוצה לעבור אה... תהליך הורמונאלי, ושאני צריך אה... את העזרה שלה. בעיקרון. אממ... ואז היא ביקשה ממני טיפה להרחיב, אני... זוכר נכון? אז אמרתי לה שאני... שאני טרנסג'נדר, ושאני אה... רוצה להתחיל טיפול הורמונאלי ש... אני בעיקרון בשביל כל מיני אה... בעצם להרגיש יותר טוב, בעצם בשביל לחיות אה... איך ש...איך שאני רוצה. ו... אה... היא אה... היא אמרה בהתחלה "טוב, אוקיי" אממ... אה... "לפנות בזכר?" ממש, היא לא אה... היא לא אמרה את זה בנקבה או בזכר, פשוט

אה... אה... פניה ניטראלית, בשביל אה... לשאול. שאה... מאוד אה... כאילו, ש מאוד נחמד ודיי חשוב."

תגובתו של הרופא יכולה להיות משמעותית ביותר עבור המטופל, כפי שמתאר אלעד את הקבלה הנעימה והטבעית מצד הרופאה שלו. חוסר ההכרות של הרופאים עם התחום משמעותו, בין השאר, כי על המטופל להיות בעל רקע וידע בעצמו בכדי להעניק הדרכה זו לרופא (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב). מסלול זה גם דורש היחשפות בפני הרופא ושינוי הקשר איתו, ויש המעדיפים להימנע מכך ועוברים לקבל טיפול אצל רופא אחר, כפי שמספר אורי:

"הרופאת משפחה שלי הייתה מקבלת באותה מרפאה, אממ... היא הרופאת משפחה שהייתה של אמא שלי, הרופאת משפחה פשוט. שלנו. ואני... לקח לי, כשהבנתי שאני לא מצליח לדבר איתה על דברים שקשורים ל... ל-transition, לדברים שרציתי כן לברר, אז אני לא מצליח לצאת בפניה מהארון, ולא נח לי ואני לא מרגיש כאילו במקום, לא בגללה, היא נראתה בסדר, אבל אולי דווקא בגלל שהיא נראתה הכי מקצועית וקורקטית ו... אז לא ידעתי איך היא תגיב."

מעבר לגורם טיפולי חדש, בין אם בשל הסיבות הנ"ל ובין אם בשל נסיבות חיים אחרות, מחפש שוב המטופל ליצור מרחב טיפולי בטוח עבורו. השלב הראשון והקריטי הוא מציאת גורם מטפל בעל יחס מקבל ומכבד, דבר הדורש מהמטופל, לעיתים, תהליך של חיפוש:

"צריך לגשש, זה ללכת דרך קופת חולים למישהו. עכשיו כשאת ניגשת, את בעצם ניגשת לאנדוקרינולוג, ויש אינספור כאלה, ולא כולם באמת מטפלים בנושא של אה... מגדר. יש כאלה שמטפלים שבכלל קשורים, הוא חשב שזה בכלל בעיה של שיעור, הוא שאל אותי "אה, יש לך בעיה של שיעור יתר?" כאילו, רגליים שעירות והכל. הוא לא הבין. יש כאלה שהם קשורים יותר למגדר, אז הם מבינים שיש עניין של שינוי מין, וזה יותר נח להם והם אומרים "אה, אתה בתהליכים". אפילו מסגלים את הסגנון דיבור."

אך מהלך כזה של "גישושי", כפי שמגדיר אותו תמיר, יכול להיות מאתגר וקשה מדי עבור חלק מן המטופלים, כפי שמזכירה אלמוג:

"כי, כי... כי את מחפשת באזור שלך, ואת מגיעה לשוקת שבורה כי אין מידע! ז'תומרת אני לא אתחיל עכשיו להסתובב בין קופות-החולים, או בין סניפי קופות-החולים לדפוק על הדלתות ולהגיד "היי! הלו! מי, כאילו מי מבינך טרנס פרנדלי?" אחת ה... על אחת כמה וכמה שאת בתחילת התהליך, ואת עוד לפעמים עוד דיי מתביישת, או... או לא רוצה עוד להגיד את זה, כי את לא יודעת איך הסביבה תגי... תגיב לך."

בהקשר זה ארצה לציין את חשיבותו של הטיפול המוצהר והמוכר כידידותי ומקבל לאנשים טרנסג'נדרים. הדוגמא הבולטת, והיחידה כיום, לכך היא מרפאת "גן מאיר", של קופת חולים כללית, הממוקמת במרכז העירוני לקהילה הגאה בתל-אביב. המרפאה פתוחה לכל קהל המטופלים, אך ייחודה בכך שהיא מוגדרת כפתוחה לטיפול בחברי קהילת הלהטי"ב (וגנר-קולסקו וגופן, 2009). עובדה זו רבת משמעות מבחינת אופי השירות הניתן בה, כפי שמתאר אורי:

"אממ... זה הרבה... זה... היכולת, תשמעי פעם ראשונה שישבתי אצלה, היכולת לבא לרופאה ולשבת ולדבר איתה על מה קורה לך, על מה אתה צריך, על מה אתה רוצה, על מה אתה מפחד והיא יודעת לענות לך... ואוו! כאילו... [צוחק] מה קורה פה? זה חוויה שונה לגמרי, שלא חוויתי, כאילו אתה עובר מעולם של, אני לא יודע אם זו הסתרה כמו שזה אצלי זה היה פחד, מאיך יגיבו, ממה יגידו, אממ... מאם ידעו לענות לי, מאם יסתכלו עלי מוזר, מאם יכבדו את מה שאני מבקש..."

הציטוט הנ"ל של אורי מלמד כי עבורו למרפאה יתרון הן בהתייחסותם המורכבת וההוליסטית אליו ("לדבר איתה על מה קורה לך") והן בניסיונם הספציפי עם מטופלים טרנסג'נדרים ("היא יודעת לענות לך"). לתחושה זו יש משמעות גם מעבר למפגש הטיפול עצמו, כפי שגם מבטאת אלמוג:

שיר: "מה זה עבורך... מרפאה במרכז הגאה, באמת?"

אלמוג: זה מקום... אה... שאפשר להרגיש בו הכי בטוח, אה... בעולם. [מגחכת] אחד המקומות הבטוחים בעולם, מבחינתי."

חלק ניכר מן המרואיינים מטופלים במרפאה הגאה בגן מאיר, על אף שחלקם אינם מתגוררים בסביבתה. במובן רחב יותר, סיפרו מרבית המרואיינים, כי הם רואים בהגדרה של המרפאה כ"גאה", ומיקומה במרכז הגאה, אלמנט הצהרתי של קבלה מצד קופת החולים, ואילו חוסר התייחסות מצד גורמים אחרים נמדדת בהתאם, כפי שמתארת אלמוג:

"אם (קופת חולים) היא קופת-חולים ש... מתעלמת מהקהילה הטרנסג'נדרית, ולא מפרסמת אה... אילו, אילו רופאים הם טרנספרנדלי, אז אה... אז זה בעיה. זאת אומרת, אני לא... ו... ומאוד קשה גם לעלות על זה. זה קשה לעלות על זה. זה קשה כאילו לעלות על מי ב(קופת חולים)? וכי שאלתי, שאלתי, אנשים, שאלתי בפורומים, שאלתי... חיפשתי באינטרנט. יכול להיות שהיום זה השתנה כי... כבר שנה וחצי, יותר... אה... עברו מאז, יכול להיות שהשתנה, אני לא יודע, לא נראה לי כל כך. כי עובדה, קופת-חולים כללית פתחה אה... מרפאה גאה, במרכז הגאה, זה אומר המון! זה אומר הרבה. למה (קופת חולים) לא, לא פותחת מרפאה כזאת? אל תפתחו במרכז הגאה, תפתחו במקום אחר, תפתחו אה... מרפאה מכוונת ל... לקהילה. [שתיקה]"

חשוב לציין שמרואיינים רבים גם חשו צורך להחזיר באותו המטבע וסיפרו כי עברו אל המרפאה, בין השאר, כהצהרה של תמיכה בצעד זה, כפי שמספר עמית:

"...במקור כשהמרפאה נפתחה, העברתי לפה את התיק, פשוט כדי שקופת-חולים כללית תראה שיש ביקוש למרפאה... פשוט הבעתי סולידריות, כי אמרתי לעצמי אני בכל מקרה לא הולך לרופאים, אז ואני בקופת-חולים כללית, אז שהתיק שלי ישכב שם, וכאילו הקופה תחשוב שיש ביקוש לעניין הזה כדי... שיראו שיש צורך בשירותים שהם באמת oriented לקהילה שלנו."

כפי שגם עולה מדברים של אלמוג, קיימים צעדים נוספים בהם נוקטים המטופלים עצמם, כגוף קהילתי, למען הנגשת גורמי טיפול אלו לאוכלוסייה רחבה יותר, כדוגמת רשימת הרופאים הטרנספרנדליים (אריאלי, 2008), אליהם אתייחס בהמשך (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב).

לסיכומו של דבר, ניתן לומר כי מטופלים נדרשים, לא פעם, לצעדים אקטיביים של חיפוש והדרכה, בכדי לזכות בטיפול מתאים לצרכיהם. חלק גדול מהמרואיינים מטופלים במרפאה הגאה, רבים תיארו כי חוו את פתיחתה של המרפאה כהצהרה של קבלה מצד קופת חולים כללית, וכי הם חשים שהם מקבלים טיפול אוהד ומודע לצרכיהם בה. העובדה כי קיימת מרפאה בודדת כזו כיום בארץ, וכן מגוון השירותים המצומצם הניתן בה, הם, כמובן, חסרון משמעותי וראוי כי יותר ויותר רופאי משפחה יציגו את נגישותם לקהילה הטרנסג'נדרית ובכך יקלו משמעותית על מטופליהם. פרט לידע של הרופא, קיימים גורמי חוסר נגישות מרכזיים נוספים המייצרים חוסר שוויון בנגישות לטיפול – בכך יעסוק הפרק הבא.

"מרפאה גאה אין בעוד מקומות!" – אי שוויון וחוסר נגישות לטיפול

מדברי המרואיינים עלו הבדלים במידת הנגישות לטיפול רפואי הולם על בסיס אזור גיאוגרפי ומעמד חברתי-כלכלי. סוגיית האי שוויון בגישה לטיפול רפואי הנה מרכזית בתחום בריאות הציבור בישראל בשנים האחרונות, ומעוררת גם עשייה במשרד הבריאות – כדוגמת עריכת דו"ח מקיף ראשון בנושא (2010), שמטרתו לשפר עשייה למען צמצום הפערים הללו.

גורם מרכזי לקושי ואי שוויון נובע מאזור המגורים – על אף שמדינת ישראל היא קטנה, קיימים פערים גדולים בצפיפות ובהרכב האוכלוסייה בין אזור תל-אביב והמרכז לאזורי צפון ודרום הארץ, הבדלים המשפיעים גם על אופי שירותי הרפואה הניתנים (משרד הבריאות, 2010). מספר קשיים תוארו על ידי המרואיינים בקבלת שירותים רפואיים מתאימים בצפון ודרום הארץ, שבגינם מרבית המרואיינים המתגוררים באזורים אלו פנו לקבלת טיפול באזור תל-אביב והמרכז.

ראשית, ההתייחסות החברתית עליה סיפרו מרואיינים בתל-אביב הייתה שונה מאזורים אחרים בארץ, כפי שמספר תמיר:

"כן, תשמעי, אני גר במקום, שכל החברים... כל החברים! כל מי שסביבי, נגיד 99% (כי אני ה-1%), הם אהה...זוגות צעירים, בחור, בחורה, שניים וחצי ילדים, כלב, חתול וכל הדבר הרגיל... זה מוסתר. לא מספרים על זה. כאילו אומרים לי "אוקיי, אל תחצין את זה". ... כל התהליך היה פה. תל-אביב זה המקום. פה הדברים בעצם כן קורים. פה כן אפשר לדבר, ואין פחד ואין חשש. בצפון כולם בגישה של "בסדר, אל תספר לנו". "

תמיר מדבר על התייחסות חברתית שונה, המשפיעה, בתורה, גם על המפגש עם הרופא (ראה פרק הרופא כנציג חברתי). ההתייחסות החברתית קושרת, לא רק לקבלה מצד הרופא, אלא גם לידע מקצועי בתחום, כפי שמודגם בציטוט הבא של אלמוג:

"ה... הקטע של הטיפול, של ה... של מה שאני... צריכה, אה... אם זה המעקב אחרי, אה... כמה מינון של הורמונים, אז אני עושה את זה פה. כי פה... באמת... יש יותר ידע. ויש אנשי מקצוע שבאמת מתעסקים עם הקהילה הטרנסג'נדרית פה. ו... זה לא... אה... אני, לא אתקל ב... במישהו שיגיד לי "[מצקצקת בלשונה] מה פתאום? כאילו... אנלא מטפל בך", או "אנלא מטפלת בך" אה... כי, כי... את שומעת סיפורים ש... רופא כזה לא רצה לטפל בהיא, ורופא הזה לא רצתה לטפל ב... בזה."

ידע לגבי אפשרויות הטיפול קושר, פעמים רבות, לאזור הגיאוגרפי, הן מצד הגורמים הרפואיים והן מצד האנשים הטרנסג'נדרים. חוסר ידע שכזה הוביל את ליאת לרכישת הורמונים באמצעות האינטרנט וללא פיקוח רפואי:

"שבאותו רגע שהתחלתי לדבר על זה עם הפסיכולוגית שלי אז אה... היא אמרה שיש דברים כאלה. לא ידעתי ש... אפשר לעשות את זה ב... בתוך ה... שירות רפואי... כללי שלנו. לא ידעתי שיש בכלל... תחום של שינוי אה... שינוי מין. ויש הרבה טרנסג'נדרים שלא. הפניתי אותם, אבל אז הם פשוט לא ידעו. אממ... אם אני אחזור למשל לרופא משפחה להגיד אה... שככה וככה, אני רוצה לעשות שינוי מין, יכול להיות שאני אבוא אבל אהמ... אם מישהו שמע על זה אז כן יעזור, אבל אם מישהו לא, לא חושבת שיש לו בכלל אה... ידיעה כללית שיש כזה דבר בארץ."

הבדלי הידע מקושרים, בין השאר, למעורבות בקהילה הטרנסג'נדרית (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב).

דו"ח משרד הבריאות בנושא אי שוויון בבריאות (2010) מצא כי באזור הצפון והדרום זמינות הרופאים בקהילה נמוך יותר מבאיזור המרכז, הן לרפואה ראשונית ובעיקר לרפואה שניונית, וכן שיעור הרופאים נמוך יותר ביחס לגודל האוכלוסייה. לאור הקושי במציאת שירות רפואי, שישה משמונת המרואיינים במחקר סיפרו לפחות על חוויה אחת בה הרחיקו למעלה מ-100 קילומטרים במטרה לקבל טיפול מתאים

מרופא טרנס-פרנדלי. יש להזכיר בהקשר זה את החשיבות העצומה שיש עבור מטופלים טרנסג'נדרים בטיפול שמוגדר ומוכר כמקבל וידידותי, כפי שהוזכר קודם לכן, כדברי אורי:

"נראה לי שאם הייתי גר במקום שהוא אחר, לא הייתה לי נגישות לאותו טיפול רפואי, לא הייתה לי את האופציה, כי האופציה הייתה הרבה יותר מצומצמת. כאילו, מרפאה גאה אין בעוד מקומות!"

בנוסף, קיימת בעיה נוספת עבור אלו המתגוררים בישובים קטנים או מרוחקים, כפי שמתארת אלמוג:

"יכולתי בקלות ללכת למרפאה ב... יישוב, איפה שאשתי והילדים גרים בו, ו... אבל לא רציתי שידעו. כי... כי האחות היא גרה שם, היא משם... ולמרות שיש חיסיון רפואי... לא רציתי שהמידע הזה ייצא, כאילו... ו... יקרה מצב שזה משפיע על אה... על אשתי, ו... על הילדים שלי. ז'תומרת אני רוצה להשאיר לעצמי את האפשרות, ל... להשאיר לעצמי ול... ל... תיכף גרושתי, את האפשרות מתי ואיך להוציא את הדברים החוצה. ז'תומרת, היה פה אה... עניין של אה... היה פה בהחלט עניין של מידור, מבחינתי"

כפי שמתארת אלמוג, באזורי מחייה אלו, הגורם הרפואי הנו גם חלק בלתי נפרד מהמארג החברתי, דבר המקשה על קבלת טיפול בשל החשיפה הנדרשת בו. בהקשר זה, ערים גדולות מספקות את האפשרות לקבל טיפול באופן אנונימי מבחינה חברתית, ובכך להימנע מהשלכות נוספות של הטיפול הרפואי (גופמן, 1963/1983, עמ' 83), כדוגמת קבלת יחס סטיגמתי בנקודות חיים נוספות (ראה פרק החשיפה הראשונית).

המחסור בשירותי הרפואה מורגש באזורי הצפון והדרום, ודורש ממטופלים לפנות, לא פעם, לרופאים פרטיים, עובדה בעלת השלכות כלכליות:

"רב הרופאים שמטפלים בחברי (שם קופת חולים) הם רופאים, רופאים פרטיים... שלצורך העניין האנדרוקריונולוג הראשון שראיתי, המ... שבעצם יכולתי לראות נמצא רחוק, וכל פגישה כזאת עלתה לי... 300 שקלים. כאשר אה... אם את הופכת להיות מטופלת של ה(שם קופת חולים), או של לחילופין (שם קופת חולים), כי זו גם כן קופת חולים שיש בה רופאים טרנס פרנדלי מסתבר, אז אה... או שזה לא עולה בכלל, או שזה אם עולה זה... זה יוצא בערך טופס 17, שזה מהקופה, ואז יש איזשהו החזר שזה וגובים רק 28 שקלים".

בעוד בארץ קיימת אפשרות לקבלת טיפול באמצעות מערכת הבריאות הציבורית, האפשרות לטיפול כירורגי מצומצמת וניתוחים לבניית איברי מין מתבצעים כיום במרכז הרפואי שיבא בלבד. הטיפולים בארץ אינם זמינים או מתאימים עבור מטופלים רבים (ראה פרק המערכת הרפואית כמוסד כוללני ופרק המטפל כשומר סף). למול דחייה מהוועדה או סירוב מצד המבטח הרפואי להשתתף בעלות הטיפולים (הן בארץ והן במדינות אחרות), פונים רבים לקבלת טיפולים פרטיים בעלות של עשרות ואף מאות אלפי

דולרים. משמעות הדבר, כי האפשרות לקבל את מלוא הטיפולים ולעבור את כלל הניתוחים הרצויים, שמורה בעיקר לבעלי אמצעים כלכליים (Samons, 2009: xxvi, as cited in Bell & Figert, 2010, p. 112). חשוב לזכור שמעבר לשינוי הגופני המיוחל, במרבית המדינות, ביניהן ישראל, ביצוע הניתוח באיברי המין הנו הכרח לשם שינוי סעיף המין בתעודות הרשמיות (נוהל מספר 2.6.0001, 2009; Lee, 2008) – דבר המדגיש עוד יותר את נחיצותו לפרט והלחץ המופעל עליו לממשו.

הצמצום באפשרויות טיפול ציבוריות בארץ גם מפנה רבים מהמטופלים לטיפולים פרטיים יקרים. כמו כן, מרבית המרואיינים הציגו את הטיפולים הכירורגיים בארץ כפחותים במעלתם ביחס לטיפולים המוצעים בחו"ל, כדוגמת הציטוט הבא של גיל:

"עברתי את הניתוח העליון בחו"ל. שזאת החלטה שאני מאוד מאוד שמח עליה, במיוחד אחרי שליוויתי לפני איזה חודש ידיד לניתוח בארץ, וכאילו ההבדל ביחס הוא שמיים וארץ. אהמ... בארץ היה... לא משהו בכלל. אהמ... כאילו בחו"ל, כאילו גם, כאילו בארץ יש מין תחושה כזאת שרופאים מסכימים לטפל בך, אבל הם לא מאוד רוצים. הם רואים אותך לפעמים, לא יודע, חולה נפש אה... או יש כמישהו שמשלם כסף, אבל כאילו ממש לא הרבה מעבר. ובחו"ל כאילו יש... רופאים שכאילו... שהם ממש, רואים בזה שליחות, כאילו לנתח טרנסים - זה לא שהם לא לוקחים כסף, אבל עדיין! זה גם כאילו... נגיד אני התנתחתי אצל מנתחת שהיא מאוד ידועה בזה שהיא מנתחת טרנסים, פשוט כל ה... צוות שלה כל כך... מתודרך. זאת פשוט חוויה אחרת. כאילו מעבר לזה שאתה מגיע, כאילו המרפאה נעימה יותר וה... וה... אתה לא מחכה, אתה נכנס בשעה שמזמינים אותך ולא כאילו... חמש שעות אחר כך, וכל מיני דברים שקורים בארץ, אבל... כאילו אין מצב שמישהו יפנה אליך במגדר הלא נכון. ובארץ זה פשוט כאילו... טרנס נכנס לניתוח, זה כאילו ה... לא יודע, מי שזה לא יהיה בא ואומר "טוב, איפה היא?" כאילו... וזה... מזה... אתה מתעורר מניתוח והדבר האחרון שאתה רוצה לעשות זה להתחיל כאילו לתקן מישהו, ושמעתי על זה עוד לפני שנסעתי, ולכן כאילו באמת... קיבלתי החלטה שאני נוסע לחו"ל גם התוצאות בדרך כלל הרבה יותר טובות, גם כי יש להם... יותר ניסיון... לא יודע. כאילו, אני מניח שזה בעיקר עניין של ניסיון, אבל לפעמים זה גם מרגיש שזה... כאילו, סובייקטיבי לגמרי אה... אה... שיותר אכפת להם, שיותר אכפת להם שיש להם תוצאות טובות, שכאילו... אהמ... אממה, לי היה סיבוך. אהמ... למרות שנסעתי למנתחת הכי טובה, שנחשבת הכי טובה בעולם"

חסרון משמעותי של הטיפול הכירורגי בחו"ל הנו המרחק הפיזי הרב מהגורם המטפל, דבר המקשה הן על תהליך האבחון הקודם לניתוח והן על המעקב שאחריו (Speigel, 2008).

בנוסף, בדומה לטיפול הפרטי בארץ, גם לטיפול הפרטי בחו"ל מחיר כלכלי כבד של עשרות אלפי דולרים. את העול הכלכלי יש למדוד תוך התחשבות בקשיים הכלכליים אליהם נקלעים, לא פעם, אנשים טרנסג'נדרים, לרב לאור אפליה בתעסוקה (בכר, 2010; Bullough, Bullough, & Elias, 1997; pp. 447-448; Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007; Lev, 2009). בעצמו נמצא כגורם המשפיע על מידת הנגישות של שירותי בריאות ואופיים (משרד הבריאות, 2010). עבור המרואיינים, מחירם הכלכלי של הטיפולים הנו גורם משמעותי בבחירת המסלול הטיפולי, כפי שמתאר עמית:

"אני לא בטוח בכלל שאני רוצה הורמונים, אבל אני מרגיש שזה כנראה הפיתרון הכי זמין, בהשוואה לכל האופציות. כלומר, ניתוח עולה בסביבות שלושים אלף שקל, אלא אם כן אני מוכן לעבור את המסלול המשפיל של תל-השומר. ואני לא מוכן, נכון להיום. ... כרגע אין לי כסף לעשות ניתוח, כדי לעשות ניתוח אני אצטרך או לקחת הלוואה או לבקש מהמשפחה שלי כסף, אני לא רוצה את אף אחת מהסיטואציות האלה כי אני לא אוהב להיות חייב כסף לאנשים, מעדיף להיות עצמאי. ולכן ההורמונים היא הדרך הקלה והזולה אה... לשפר את ה... עבירות שלי ב... סיטואציה המגדרית. ... בקיצור, הייתי מעדיף שלא, אבל זו כנראה האופציה היחידה שעומדת בפני כרגע. אה... אז אה... כנראה שזה הכיוון שאני אלך אליו."

משמעות הדבר כי מסיבות כלכליות מטופל בוחר בצורת טיפול, המעמידה אותו מול שורה של סיבוכים אפשריים, למרות שזו אינה בהכרח האופציה המתאימה לצרכיו.

לסיכום, מדברי המרואיינים ניתן ללמוד כי איזור מגורים ויכולת כלכלית הנם משתנים משמעותיים ליכולת לקבל טיפול רפואי הולם. בנוסף, חשוב לתת את הדעת לגורמים נוספים, שמרואייני מחקר זה לא העלו, היכולים להקשות על גישה לטיפול כמו הבדלי תרבות, שייכות לקבוצות מיעוט או קבוצות מופלות אחרות וכד'. המחסור במידע וקשיי גישה לטיפול מתאים הנם גורמים מרכזיים להשגת טיפול רפואי באמצעים אלטרנטיביים וללא השגחה רפואית (Lev, 2009), כדוגמת קניית הורמונים באינטרנט, כפי שסיפרה ליאת. תוצאות ראשונות, ממחקר הנערך בימים אלה בנושא, מראות שיעור גבוה במיוחד של טרנסג'נדרים המדווחים על רכישת טיפול בשוק השחור (גופן, 2011). הבטחת טיפול נגיש הנה פתרון בעל פוטנציאל משמעותי לצמצום נזקים הנובעים מטיפול עצמי.

"זאת הקהילה שלי. אני קשור לאנשים האלה" – הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב

למול המחסור הברור באנשי מקצוע ובנגישות לטיפול מתאים, דבריהם של מרואייני המחקר מצביעים על תהליכים אקטיביים מצידם, המיועדים למלא חסר זה. לרב מביאים תהליכים אלו למפגש בין פרטים

שונים, דבר המוביל, בין השאר, ליצירתה של קבוצה. תהליכים אלו מאפיינים הן את הפרט והן את הקהילה הטרנסג'נדרית כקבוצה, כפי שיודגם בהמשך, ומסייעים בעדם להתמודד עם הפער בין הטיפול לו הם זקוקים לבין הטיפול הנגיש להם.

נושא מרכזי העולה מדבריהם של מרואייני המחקר הוא תהליכים של חיפוש וצבירת ידע, שאינו תלוי באנשי מקצוע. נראה כי לרוב תהליך זה מתחיל כחלק מתהליך עיצוב הזהות וחיפוש פשר התחושות האישיות (Devor, FTM, 1997, pp. 353-363), כפי שמתארת דפני בציטוט הבא:

"...הצורך הזה - למה אני חושבת שאני [מצחקקת] אישה. ו... ואני לא רואה מישהי אחרת כמוני. אז זה היה לפני האינטרנט ו... חשבתי... כמו הרבה אחרים... אני קראתי, אני חושב, אה... בערך 9,000 biography של הרבה טרנסג'נדרים, מפני שרציתי להבין מה שאני חווה."

עם ההתגבשות העצמית לגבי הזהות המגדרית, ולרב קודם לפנייה לרופא לקבלת טיפול הורמונאלי או כירורגי, נעשה חיפוש מקיף של שיטות התמודדות – דבר המוביל, בדרך כלל, אל אנשים טרנסג'נדרים אחרים ואל הקהילה הטרנסג'נדרית. הקהילה מהווה מקום של בירור עצמי, בין השאר בשל המחסור במקורות התייחסות אחרים המאפשרים גילוי, כפי שמספר אלעד:

"אני זוכר שהדבר הראשון שעשיתי זה באמת אה... זה כנס של אינטרסקס, שם פגשתי אנשים מהקהילה נראה לי. או... טיפה לפני, במסיבות. אבל כן, איכשהו הגעתי אליהם ו... התחלתי להתרועע איתם ואז אה... זה... לאט לאט התחלתי גם יותר לגבש את ה... מיניות שלי ו... לדעת נגיד, מה אני רוצה לעשות... כי באמת... בקהילה יש הרבה יותר מידע על דברים. אני לא בטוח ש... יש נראות לזה. אם מישהו יראה דמות טלוויזיה אז הוא יראה דברים שהוא רואה בעצמו, וכל מני דברים שיכולים להעשיר את המידע על עצמו אני מניח. ... כן, זה, לדעתי, מה שהתחיל אצלי, כאילו... לאט לאט יותר לדעת באמת מה קורה פה. זה ממש עזר."

אלעד מקשר את חוסר הנראות לצורך בקהילה, עבורו, הגיבוש העצמי דרש הזדהות עם האחר, דבר המתאפשר בקהילה. עבור רבים, לקהילה תפקיד מרכזי גם מעבר לשלב הגיבוש העצמי, כקבוצת שייכות ייחודית, כפי שמתאר עמית:

"...זה קצת מגוחך כי כאילו את אותה תחושה חריגות שהרגשתי כל החיים שלי בתוך המין הנשי, היום אני חווה במידה מסוימת את אותה תחושה של חריגות, מול גברים. אה... והמקום היחיד שבו אני... כאילו אני לא מרגיש חריג הוא הקהילה הטרנסג'נדרית."

הקהילה מאפשרת לשותפים בה להתנהל באופן חשוף לגבי זהותם, גם עבור אלו שאינם מנהלים כך את חייהם (ראה פרק החשיפה הראשונית), ללא הצורך להתעסק בהשלכות הסטיגמטיות מכך (גופמן,

1963/1983, עמ' 24, 70). מיקומה של הקהילה מחוזק עוד יותר בשל מנגנוני הפיקוח החברתי והמדדיקליזציה המופעלים על טרנסג'נדרים, בהם אעסוק בפרק הבא (ראה פרק התערבותם של גורמים חברתיים). מנגנונים אלו מפעילים לחץ רב על האדם, ומעודדים התהוות של קבוצות חברתיות על בסיס מכנה משותף זה, שמטרתן הראשונית היא תמיכה פסיכולוגית (Murray, 1981; McIntosh, 1997; Gross, 1992). אצל קמה, 2000, עמ' 6). הקהילה מהווה גם גורם תמיכה חשוב במאבקי חיים שונים הנקרים בדרכם של אנשים טרנסג'נדרים (ראה פרק הרפואה והתקשורת כזירת משמוע), כפי שמספר נועם:

"ולפעמים פשוט להרגיש את ה... את ה... את זה שיש כאילו הרבה אנשים מאחורי ו... כאילו אני מניח גם שיכול להיות שנחולים לנו עוד מאבקים בהמשך עם הרישום של הילד, וכאילו זה נתן לי הרבה... ביטחון, כאילו, בזה שיש אנשים ש... שיעמדו לצדי אם צריך... אני מאמין שאם נצטרך הפגנות ועניין אז הקהילה תהיה שם."

חיבור שכזה לקהילה הנו מקור חשוב להון חברתי (Bourdieu, 1986, pp. 248-252), המתממש, כמובן, כקבוצת שייכות חשובה וכמקור תמיכה, אך גם כמקור מידע חשוב. ידע זה מהווה, בראש ובראשונה, כגשר לקבלת טיפול רפואי הולם, בעיקר בתחילת התהליך (Lev, 2009). זהו שינוי של השנים האחרונות, בו לאינטרנט תפקיד מרכזי (Shapiro, 2004), בתיאורים של מרואיינים שחוו שלב זה קודם לכן בולט אלמנט של ארעיות, כדוגמת דבריו של תמיר:

תמיר: "האמת שבמקרה. אני חושב שהיה לי, הייתי בתל-אביב וראיתי את הזמן הוורוד והיה שם טלפון שלה, יצרתי איתה קשר, אמרתי לה שאני אהה... סיפרתי לה שיש לי בעיית זהות וכל זה, ישבנו דיברנו קבענו פגישה, משם זה התגלגל... אז מתחילים בתהליך."

שיר: ואיך ידעת מאיפה להתחיל?

תמיר: לא ידעתי, זה הכל... מקרה."

על אף שלרשותו של תמיר עמד גורם אחר להשגת מידע – עיתון קהילתי הלהט"ב הזמן הוורוד, זהו אינו כלי תקשורת המאפשר יצירת קשרים דו כיווניים ופנים קהילתיים, ספציפית עבור טרנסג'נדרים. כיום, האינטרנט הוא, כמובן, כלי מרכזי בכינון קשרים אלו, אלמוג מתארת את חיפשיה ומציאותיה באינטרנט:

"כי ישבתי, ישבתי לילות ופשוט חפרתי באינטרנט ל... נכנסתי לאתרים, ל... זה ישמע זול, נכנסתי בהתחלה אפילו לאתרי פורנו, טרנסקסואליות. קודם כל כדי לראות את ה-feature, את הגוף, ז'תומרת לא... לא כל כך עניין אותי האקטים עם ה... עם הדמויות, ז'תומרת פשוט לראות, פשוט לראות מה... מה הולך להיות. ו... אני זוכרת [מגחכת], ש, טוב באתרי פורנו... אז את מקבלת כאילו מוצר מוגמר, את רואה בחורה, עם איבר מין זכרי כמובן, אבל ואום! כאילו חזה ענק. ו... ואז אמרתי "זה לא... אני,

אני חייבת לראות כאילו, איך זה, איך זה מתהווה". ואז נכנסתי באמת לאתרים שהם לא כאלה, אלא אחרים, שאפשר לראות ויש הסבר. המידע בעברית הוא מצומצם, הייתי צריכה להתמודד עם טקסטים באנגלית. טוב! זו לא בעיה בשבילי אבל... את רב המידע... קראתי באנגלית. קראתי באנגלית, מה... גם התכתבתי, התכתבתי עם נשים טרנסיות, באנגלית ש... מה... YouTube channel. התכתבתי עם... TrannyGirl15 כתבתי לה כאילו... "מה? אה... איך זה... homo, hormonal, hormonal regiment זה... זה להתחלה?", אז היא כותבת לי למשל אם זה דרך הפה וכמה כמויות, ואם זה דרך ה... אם זה במריחה או אם זה... פשוט ממש, כאילו קיבלתי ממש אה... דף, ו, ו, ואיזה... ואיזה הורמונים יש ו... אה... וכן, התחלתי ...

שיר: ...איך זה היה למצוא את המידע הזה?

אלמוג: ש... כשזה... שוואלה, אני לא... אני לא לבד. כאילו... טוב, אין פה כאילו. שאני לא לבד, שזה... שיש עוד כמוני, נשים וגברים, ש... מתמודדים עם ה... עם השינוי הזה. עם השינוי..."

כפי שניתן ללמוד מדבריה של אלמוג, המידע המקוון בעצמו מייצר את תחושת התמיכה של הקהילה, גם ללא קשר אנושי. האינטרנט מאפשר קבלת מידע מגוון, בין השאר קבלת מידע קונקרטי ביותר על טיפולים רפואיים. האינפורמציה הרבה בנוגע לאפשרויות טיפול, מינונים, סיכונים, גורמי טיפול וכד', המופצת והזמינה באינטרנט, מחמשת את הטרנסג'נדר במידע רב עוד טרם פנייתו לגורם הרפואי.

במהלך כל מפגשי עם מרואייני המחקר לא יכולתי שלא להתרשם מרמת בקיאותם הרפואית בטיפולים השונים, עובדה רבת משמעות גם עבור מפגש עם אנשי מקצוע – כפי שאדון בהמשך (ראה פרק מי פה המומחה?). מידע זה משמש גם בכדי "למדוד" את טיבו של הטיפול הרפואי הניתן על ידי הרופא, כפי שמספרת אלמוג:

"שאלתי אה... בפורום, פורום של טרנסג'נדרים וחברים, שאלתי... אה... אה... קיבלתי מרשם של דיאנה, לא זוכרת, אני חושבת 35 או משהו כזה... ואז קיבלתי תגובות שזה טיפול שהוא דיי ישן ומיושן, שזה... ובמקביל באותה תקופה יצרתי קשר עם [מזכירה שם], שהיא... אה... היא פעילה חברתית בקהילה, ...ודיברתי איתה, והתייעצתי איתה, כי... כי היה לי חשוב גם את אה... ומתוך כל ה... המידע ש... שהתגבש אצלי ושאספתי, אז אמרתי לעצמי "אוקיי", אה... אני לא חייבת עכשיו ל... כאילו, אני לא חייבת עכשיו להתחיל את הטיפול ההורמונאלי, אני, אני, אני באמת... אני רוצה לבדוק... דברים אחרים". כי זה הורמונים אחרים, כי, כי דיאנה זה זה... גלולה למניעת הט... הריון. וזה היה לי פתאום, כאילו... למרות, יש שמה חומר פעיל של אסטרוגן, וחוסם טסטוסטרון, יש! זה לא ש... אין. אבל זה היה נראה לי פשוט... לא יודעת."

בפנייה הראשונית לקבלת טיפול הורמונאלי או כירורגי עומדים בפני המטופלים שני מכשולים עיקריים: הראשון הוא מסלול של בדיקות ואישורים הנדרש להתחלת טיפול, והשני, מיעוט הידע בתחום בקרב גורמים רפואיים (או מצידו השני של המטבע – מיעוט הגורמים הרפואיים שהנם הבקיעים בתחום). כמובן ששני המכשולים קשורים זה בזה – רופא בעל ידע והבנה מצומצמת בתחום לא יוכל להוות גורם מנחה למטופלו במסלול הבדיקות והאישורים הנדרשים לקבלת הטיפול. כדברי אלמוג, חלק ניכר מן המידע המצוי באינטרנט מתייחס למכשולים הללו:

"פשוט הייתה תקופה של איסוף מידע, של להבין מה צריך לעשות, ואיך עושים את זה אה... עם הכי פחות קשיים, כי הבנתי ש... שזה תהליך שיש לו הרבה קשיים. ו... יש הרבה שלבים. ו... ומראש החלטתי ש... אני... מעוניינת לעשות את זה, אה... אני הבנתי שזה הולך להיות לא קל ולא פשוט, ומראש החלטתי שאני... אה... ינטרל כמה שיותר קשיים."

צבירת ידע מצד המטופל, טרם התחלת טיפול, הנה כה מקובלת עד שהיא נראית כמעט כדרישה בעצמה, והעדר ידע נראה כגורם מעכב בעצמו, כפי שמלמד הציטוט הבא של אלעד:

"כן, השתדלתי לבוא מוכן כי... כי ממש ציפיתי להתחיל את התהליך בלי יותר מדי עיכובים ו... ואה... ואני הייתי חלק מהקהילה אממ... הטרנסג'נדרית אממ... הרבה זמן לפני. כלומר אה... לא יודע אם שנה, אבל... לפחות חצי שנה נראה לי. אממ... אז כן דיברתי עם הרבה אנשים, והתייעצתי לגבי איך הכי כדאי להתחיל את התהליך, זה משהו שמאוד אהה... שמאוד מ... בחירות. כלומר או שזה דרך הקופה, או שזה נגיד לעבור וקופה, ואז זה תהליך שונה אולי, או דרך תל השומר אממ... ורציתי לעשות את הדרך שהיא ככה... הכי מהירה, וזולה גם כי יש המון טיפולים ש... שכלומר, בכסף."

נושא זה מרכזי ומורכב עוד יותר ככל שמדובר במצב נפוץ פחות, כפי שמתאר נועם:

"...בעיה אחרת שיש כאילו עם המערכת פה... ש... זה משהו שהוא כאילו די... אישי שלנו, אבל... אהמ... כשתכננו כאילו... להתחיל ל... לנסות אה... להיכנס להריון, פשוט אף אחד לא ידע להגיד לנו כלום. וכל רופא אמר לנו משהו אחר, ו... בסוף הסתבר שהרבה מהדברים היו מאוד לא מדויקים. וזה פשוט משהו שלא קיים עליו ידע בכלל, כאילו בכלל, בכלל בעולם קיים מאוד... מעט מאוד ידע על הריונות טרנסים, כי... יש מעט מאוד ידע על טרנסים באופן כללי, אז על הריונות טרנסים עוד בכלל. אהמ... אבל בסוף הצלחנו למצוא כמה רופאים בחו"ל שהתייעצנו איתם, והייתה גם רשימת תפוצה של הורים טרנסים בחו"ל שחלקם באמת נכנסו להריון והצלחנו להשיג מידע. ואני יכול להגיד שהיום... כאילו אין הרבה מידע, אבל... סביר להניח שכל... כאילו, רב, אם לא כל המידע שקיים בעולם, קיים אצלנו ובטח אנחנו האנשים היום בארץ שמחזיקים הכי הרבה מידע על אה... הריון טרנס."

מידע רפואי הנו נושא מרכזי בשיח בקהילה, הן בשל העדרו הברור אצל הרופאים והן בשל היותו מכנה משותף למרבית מחברי הקהילה. כפי שניתן ללמוד מדבריו של עמית:

"אני לא חושב שאני רב ידע, אה... זה פשוט משהו שהוא מאוד נפוץ בקהילה שלנו, כלומר אנשים עוברים הרבה ניתוחים. אה... אז הידע מאוד זמין לי פשוט. למשל בקומונה הזאת שלנו בתפוז אה... אנשים משתפים. כאילו... כותבים על טכנולוגיה, באיזה טכניקה ואצל מי, ומעלים תמונות על איך זה נראה אחרי הניתוח ו... מביאים לינקים, יש כל מיני אתרים באינטרנט של F-to-Mים ש... יש בהם... כאילו... מרכזים תוצאות של ניתוחים, ו... אהמ... וכן, אני מתעניין בזה, כי... כי זה נושא שהוא חשוב. בחיים שלי. אהמ... אני לא חושב שאני רב ידע, יש אנשים בקהילה שלי שידעים פי עשר ממני, שקראו המון מחקרים בנושא, ש... למדו ממש ברמה של להתעמק בצורה משמעותית בטכנולוגיות, ובתרופות, ובטכניקות וזה... סוגי ניתוחים, כי גם לניתוח עליון יש כל מיני סוגים של ניתוחים שאפשר לעשות, ואיך הגוף מושפע מכזה דבר, ואיך הגוף מושפע מכזה דבר."

ומדבריו של אלעד:

"כאילו כל החברים, וזה הנושא שדיברנו עליו, כאילו... איך לעשות דברים, כאילו... לאן לפנות, איך מתחילים הכל, מה זה הדברים האלה, מה האופציות, מה זה גורם לעשות... את יודעת. כאילו... דיברנו כל הזמן, בייחוד בנוער בעיקרון, הקבוצה של הנוער זה בעיקר אנשים שבאמת אולי לפני שינויים כאלה. שזו המטרה שהם באו, הם באו לשם כדי להכיר עוד אנשים כמוהם, שהם בני שש-עשרה - שבע-עשרה... ובאמת משם כאילו... אני התחלתי ביחד עם עוד איזה שניים באותו זמן שלי בערך. אהמ... ואז זה הדיבור שם כל הזמן כאילו. "היי, תגיד, מה... צריך לעשות? איזה בדיקות צריך להגיע איתם?", זה היה פשוט השיח. וגם בקבוצה היותר כוללת של הקהילה... שזה גם היה את השיח הזה גם כן. כאילו, "איזה קופה הכי ידידותית? מה להציע? איזה תהליכים... איך לעבור אותם?", זה פשוט היה השיח, אולי כי פשוט די"י הוקפתי בזה, אז חלק מזה כן... כל התהליך, כל המידע."

חשוב לציין כי מרבית המרואיינים תיארו לא רק את הרווח הרב שלהם מהשיח הקהילתי בתחום, אלא גם את מעורבותם האקטיבית בתרומת ידע אל הקהילה, כפי שעלה גם במחקר קודם (Hussey, 2006). כך מתאר עמית את חשיבות העברת הידע, דרך שיתוף בחוויותיו מן המפגש הרפואי:

"...זאת אומרת, אחת הבעיות של הקהילה שלי, זה ה... הפער שאנחנו אה... אה... הפער ביחסי הכוחות מול המערכת הרפואית. ו... אני חושב ש... [שתיקה קצרה] התפקיד שלנו כקהילה זה לנסות להתגבר על הפער הזה, בין השאר על ידי... אה... דיבור, על מה שקורה לנו. ואיסוף מידע, אקדמי, מחקרי, תיעוד של מה שקורה לנו. תיעוד לא רק ברמה של לשבת ולדבר עם החברה, אלא גם

באמת ליצור, כמו שאמרתי, אה... אה... אה... ידע... אקדמי, גם בתור cluster של אנשי מקצוע, גם אה... אה... אה... לד... להתווכח עם רופאים בזמן אמת על העניין הזה. זאת אומרת, כל הצעדים האלה הם צעדים שחובתנו כקהילה לעשות, ו... אממ... לא כולנו מסוגלים לעשות הכל, ולא כולנו מסוגלים לעשות הכל כל הזמן, ו... לכן... אני מרגיש שאם יש לי אפשרות לעשות את הדברים הקטנים האלה בשביל הקהילה, אז... בסדר. אז היה לי לא נוח למשך כמה דקות לדבר על הדבר הזה, אה... אבל, זה קטנצ'יק בהשוואה לערך המוסף שאחר כך יש לעבודות כאלה עבור הקהילה שלי. אה... אז אה... אז בסדר, כמו שלא נוח לי באופן כללי עם חשיפה גופנית, ולא נוח לי לדבר על הגוף שלי, אבל... זה שווה את ה... המאמץ של הכמה דקות..."

מרכזיותו של הנושא בשיח הקהילתי מאפשר הקלה למטופלים רבים, אך היא בעלת השפעות נוספות. ראשית, מרכזיותו של הנושא בשיח מייצגת, כמובן, את חשיבותו לקהילה, אך היא גם מעצימה את חשיבותו עוד יותר ומצמצמת אלמנטים נוספים וחשובים בקהילה, כפי שציטוטו של אלעד מתאר היה אפשר לחשוב כי זהו כל השיח הקהילתי. כמו-כן, הופך השיח הקהילתי בנושא לשיח מעצב, בכך שהוא משפיע על דרכי הפעולה של חברי הקהילה, כפי שמספר גיל:

"יש בקהילה, יש רשימות של רופאים שהם פרנדלי, אז אני לא אחלום ללכת לרופא שהוא לא נמצא, כאילו שאני לא מכיר לפחות טרנס אחד שהיה אצלו והיה מרוצה."

עובדה זו טומנת בתוכה סכנה – הדגשת מסלול פעולה מסוים כקל או כמהיר, היוצרת לו חזות של מסלול נכון יותר, ולמעשה, בפוונציאל, מצמצמת את מרחב הפעולה של המטופלים. למשל, המצב ההיפותטי בו יפנו כלל המטופלים אל הגורמים המומלצים על ידי הקהילה פוגע באפשרות כי גורמים נוספים ייחשפו לתחום באמצעות מטופליהם, וכי בכך ייווצר שיפור בנגישות הטיפולים (ראה פרק מחסום הידע). בנוסף, השיח הקהילתי יוצר ציפייה מן הגורמים הרפואיים להבנה וקבלה, שאינה תמיד מתממשת, כפי שמספר אורי:

"יש ב-go trans רשימת רופאים שהם טרנספרנדלי, גם... איתה יש לפעמים בעיות, היא לא תמיד אמינה. כאילו, זה המון פעמים תלוי בחוויה האישית של ה... אממ... מטופל. אה... בגלל שיש גם הרבה סוגים של טרנסג'נדריות לא כל רופא מגיב אותו דבר נראה לי לאותו... לדברים שונים... הרופא נשים שהלכתי אליו היה דרך הרשימה... זאת לא הייתה חוויה מאוד פרנדלית, לא. באופן כללי."

סיפורי הצלחה מטיפול מתנקזים, כאמור, לרשימת הרופאים הטרנספרנדליים (אריאלי, 2008), הכוללת שמות רופאים ופרטי התקשרות, אך אינה מפרטת חוויות אישיות של מטופלים. שיטה זו, כפי שמזכיר אורי, אינה מאפשרת תקשורת בין מטופלים, ולעיתים הציפייה הנוצרת בקורא מסתיימת באכזבה במפגש

עם הרופא. לעומת זאת, חוויות שליליות מקבלות התייחסות מפורטת יותר בערוצי תקשורת אחרים, כפי שמספר אורי בהמשך הראיון:

"פורומים של טרנסג'נדרים זה מקום דיי נוראי. כאילו, מקום די כאילו אממ... מוצף בחוויות אהה... אומללות ורעות. מאוד מדכא להיכנס לשם, אני לא עושה את זה יותר. הייתה תקופה שכאילו אממ... הייתי נכנס דיי הרבה, והיו כל מיני דעות של כל מיני... גם כשחיפשתי טיפול נניח, חיפשתי שם. והיו שם כל מיני חוות דעת, שהיו גם לשם וגם לשם."

המעורבות הרבה בסיפורים המציפים את התקשורת הקהילתית, שחלק ניכר מהם, כאמור, מתרכז בחוויות שליליות, גם כן מעצבת את תפישת הקורא לגבי יחס המערכת הרפואית. המרואיינים תיארו ציפייה ליחס לא מקבל ולא טרנס פרנדלי מצד רופאים, בין השאר בשל הכרות רבה עם אותם סיפורים, כפי שמתאר אלעד:

"כחלק מהקהילה שומעים הרבה פעמים דברים על אנשים אחרים, שקורים להם דברים, ואפשר להגיד שיש גם מקרים טובים שקורים במערכת הרפואית, וגם מקרים פחות טובים. אז מבחינתי אפשר להגיד שאף פעם לא נתקלתי במשהו רע ו... הכל... עד עכשיו כל פעם שהייתה לי פגישה עם המערכת הרפואית היא דווקא, היה מאוד קל ו... וכיף ואין בעיה."

ציפייה זו מושרשת בחברי הקהילה, כך שכל המרואיינים התייחסו לחוויותיהם החיוביות כיוצאות דופן והרבו להתייחס אליהן כמזל. תפישת החוויה האישית כמזל מחזקת גם את מחויבותם של המרואיינים כלפי הקהילה, לטובת שיפור חוויותיהם של אחרים, כפי שמזכיר אלעד בהמשך הראיון:

"כן, זה באמת אה... כאילו. כי יש אנשים שכאילו... שיותר קשה להם. זה... לשמחתי ש... פחות נתקלתי בדברים כאלה. ובאופן, חשוב לי שמי שכן נתקלתי בו, חשוב לי שכן ידעו שהוא כן בסדר. שיש רופאים שכאילו כן אפשר לפנות אליהם ש... אם יש בעיה עם רופאים. ויש להם. אני מכירה הרבה אנשים שהיו להם בעיות עם... עם רופאי משפחה שנראו כאילו... הכי בסדר בעולם, גם איתם היו בעיות. ו... כן. חשוב לי שידעו."

בעוד חלק מהמרואיינים ייחסו את חוויותיהם החיוביות למזל, אחרים ייחסו אותן למאמציהם להבטיח זאת – על ידי אותם תהליכי צבירת ידע באמצעות הקהילה, כפי שמספרת אלמוג:

"אם אני לוקחת כל החוויות ה... רפואיות שלי, עם אה... אה... אין לי, אין לי חוויות לא טובות. ז'תומרת אה... אולי מפני ש... באמת עשיתי מספיק שיעורי בית לפני, כדי אה... כדי לדעת קודם כל אה... מה לעשות ולמי לגשת."

בנוסף למידע הכלל קהילתי, מספר פעילים בקהילה לוקחים תפקיד מרכזי יותר בייעוץ ובדרכה של חברים נוספים בקהילה, רובם בתחילת דרכם. באמצעות הידע וההיכרויות שצברו, הם מסייעים להם, בין השאר, בקישור לגורמים רפואיים, כפי שמספר אלעד :

"הגעתי כאילו דרך אה... (פעילה טרנסג'נדרית) אה... שהיא אמרה לי שבבתי חולים יש תנאי של פסיכולוגית, או פסיכיאטר... היא אמרה לי שיש גם את (שם הרופא) שהוא... גם כן הוא... פסיכיאטר, פסיכולוג, והוא אוהב טרנסים, כאילו... סוג של התמחות שלו. הוא לא... מתמחה אבל... הוא כן אה... מבין נגיד את הצרכים שלנו. אז אה... אז היא אמרה לי באמת שהיא בקשר טוב איתו, כן? כי היא ככה... כי היא בקהילה והוא גם כן חובר לקהילה אז אה... היא... יכול להפנות אותי אליו. ובאמת באתי, קודם כל אליה, ב... בית שלה, אז דיברתי איתה... באיזשהו שלב הגעתי אליה בשביל שהיא תיתן... אה... סוג של תעשה לי ראיון, כדי לשלוח מכתב ל... אליו. לפסיכיאטר, כדי שהוא יקבל אותי, וכדי שייתן לי מכתב ל... ל... לאנדוקרינולוג שאני... שאפשר לתת לי הורמונים. שאני כאילו... stable ... מבחינה נפשית ו... דברים כאלה. אז אה... קודם כל... הייתי אצלה ו... סתם, פשוט דיברנו על המצב, ועל מה וכאילו... להבהיר לי שאני יודע מה... מה זה הורמונים, ומה אני רוצה בכלל לעשות. אז זאת הייתה שיחה, באמת השיחה הראשונה כביכול. ואז השיחה השנייה הייתה איתו בעצם, שגם כן חזר על הדברים, כל מה שהיא כתבה במכתב שהיא שלחה לו... בפקס."

תופעה זו משקפת את הצורך הרב של פרטים טרנסג'נדרים בגורם מלווה ומפנה, וכך את המחסור הרב המורגש, מצד המערכת הרפואית. עם זאת, השימוש בגורמים קהילתיים מעלה סכנה כי גורמים אלו ישמשו תחליף לא מספק לגורמים מקצועיים כשאלו נדרשים, אם בטיפול נפשי ואם בטיפול רפואי. כמו-כן, קשריהם של פעילים אלו עם גורמים רפואיים מעניק להם כוח יחסי לעומת חברים אחרים בקהילה. כוח זה עלול להפוך אותם לשומרי סף בעצמם (ראה פרק המטפל כשומר הסף) בגישה אל גורמי הרפואה, תוצאה הפוכה ממטרתם המקורית.

פרק זה סקר את הקשיים העומדים בפני מטופלים טרנסג'נדרים, ברמה האינדיבידואלית, במפגש עם גורמי מערכת הבריאות. בפרק הבא אתייחס לגורמים חברתיים המופיעים ומעצבים מפגש זה.

התערבותם של גורמים חברתיים במפגש הרפואי

בפרק זה אתייחס לתפקידים החברתיים המוענקים למערכת הרפואית ולרופא בחברתנו. היות וטרנסג'נדרים מומשגת כיום בספירה הרפואית, באמצעות הגדרתה כ-Gender identity disorder (American Psychiatric Association, 2000, DSM-IV-TR, pp. 576-582), זהו נושא מרכזי בהקשר של חוויותיהם של מרואייני המחקר. כפי שאבקש להדגים בפרק זה, התפישה החברתית כלפי אנשים טרנסג'נדרים מודגשת ביתר שאת במפגש הרפואי, ומשפיעה באופן ניכר על התנהלותו והאופן בו נחוה.

"זה דיכוי של הזכויות האזרחיות הבסיסיות שלנו" – הפרט והמערכת הרפואית כמוסד הכוללני

במחקרו על מוסדות הגדיר גופמן (1957/2006) את מושג המוסד הכוללני כסביבה המתברת, עבור השוהים בה (אליהם מתייחס גופמן כחוסים), את שלושת ספירות החיים: מגורים, פנאי ועבודה, ועל ידי כך הופכת עבורם לדגם מצומצם של העולם כולו. מוסדות אלו מתאפיינים באופי שתלטני של כפיית חוקי המקום, למשל קביעת הזמן המוגדר לכל אחת מספירות החיים. זוהי הגדרה קשיחה אשר יכולה להתאים במלואה למספר מצומצם של מוסדות, כדוגמת בתי כלא, מחנות ריכוז וכתות דתיות. עם זאת, ארצה להשתמש במחקרו של גופמן בכדי להדגים כי ניתן לזהות אלמנטים כוללניים במערכת היחסים שבין המוסד הרפואי למטופלים הטרנסג'נדרים.

אחד האפיונים המרכזיים של מוסדות כוללניים הנו הפרדה ושמירה דקדקנית על מרחק מן העולם החיצוני (כפי שפעמים רבות גם מתאפיין במראה הפיזי המגודר שלהם). אחת השיטות לשמירת המרחק היא מידור מידע, כפי שמתאר עמית בקטע הבא:

"בתל-השומר, כמיטב ידעתנו, עושים בערך עשרים לשנה. עשרים זה... הרבה, בשביל תל-השומר, ברב השנים זה פחות. מדובר על... בין ניתוח לשני ניתוחים בחודש, זה הסדר גודל. לפי מה שאנחנו יודעים, הם לא מפרסמים סטיסטיקות. זו למשל אחת הבעיות שלי עם המערכת הרפואית, עם המערכת הרפואית היום. שהם... לא מפרסמים סטיסטיקות. אנחנו לא יודעים כמה אנשים בשנה עוברים ניתוחים, כמה עוברים ניתוחים עליונים, כמה תחתונים, כמה F-to-Mים וכמה M-to-Fיות, כאילו... פשוט אין לנו מידע. וכמה היו סיבוכים, אה... כמה... האם יש, האם משהו עושה סקרי שביעות רצון בקרב המטופלים של קפלן, האם... האם הם מרוצים או מרוצות מהתוצאות הניתוחיות, אנחנו פשוט לא יודעים כלום! אה... אה... אנחנו גם יודעים שקרו כל מיני כשלים רפואיים ושהוגשו תלונות, שמענו סיפורים מאנשים. אבל שוב - אין לנו שום מידע, אז אין לנו מושג!"

המרכז הרפואי שיבא הנו המקום ביחידי בארץ בו נעשים ניתוחים כירורגיים ליצירת איברי מין עבור אלו המקבלים אישור מועדה מקצועית במקום (ראה פרק המטפל כשומר הסף). כפי שמתאר עמית בציטוט

הני"ל, חברי הועדה נמנעים ממסירת כל מידע רשמי לגבי הטיפולים הנעשים במקום כמו גם את הפרוטוקולים על פי הם מתקבלות החלטות הועדה. התנהלות זו משמרת את חוסר המידע בתחום ומונעת את התקדמותו (Sutcliffe, et al., 2009).

על ידי מניעת יציאה של מידע מן המוסד נשמרים גבולותיו הקשיחים, אך המידע גם ממודר בתוך גבולותיו של המוסד. מוסדות כוללניים נוטים לשמור על מרחק ברור ונוקשה בין הסגל לפרטים המטופלים בו, בין השאר, על ידי הדרתו של הפרט המטופל מכל ידע רשמי הנוגע לשיטות הפעולה במוסד ואף לגורלו.

ניתן גם להתייחס לצמצום בגורמי טיפול המיועדים לטרנסג'נדרים, המייצר חוסר שליטה של מטופלים בבחירת הגורם המטפל שלהם, כאלמנט ההופך את מערכת הבריאות הציבורית למוסד כוללני עבור מטופלים טרנסג'נדרים. לרב קיים גורם טיפולי בודד, או אחדים, בכל תחום, כפי שמזכירה אלמוג בקשר למנתח:

"מה גם שיש רק רופא אחד במנתח, שזה... לא הגיוני! אה... היום בזמנים שלנו ובטכנולוגיה שקיימת לא הגיוני, שאת לא יכולה לבחור את הרופא המנתח שלך, ז'תומרת יש רק אופציה אחת..."

בכך, המטופלים מצויים בחוסר ברירה לקבל מטפל מסוים ושיטת טיפול מסוימת. זהו מצב יוצא דופן לעומת שירותי הרפואה הניתנים בארץ, בבתי החולים ובעיקר בקופות החולים. עובדה זו, בשילוב עם המידור המוטל על תוצאות הטיפולים, מביאה לכך שההתקדמות בצורת הטיפול בארץ אינה מספקת את המטופלים, כפי שמתאר עמית:

"אני יודע שהייתה תחרות ממש קיצונית בין הרופאים על התמקצעות, ועל ללמוד כמה שיותר, ועל להשתפר כמה שיותר, ולהיות הכי טובים שיש בתחומים שלהם. אולי בגלל שהוא היחיד בארץ שעושה את זה במערכת הציבורית, אה... כנראה פשוט לא טרח להתמקצע. כי הטכנולוגיות הנוכחיות של היום, הרבה יותר טובות מהטכנולוגיות הנוכחיות שהוא משתמש בהן, זה כאילו שהוא פשוט אה... קפא על שמריו באיזשהו מקום לפני עשר - חמש-עשרה שנה, והוא ממשיך לנתח באותה טכניקה, גם ל-M-to-Fים גם ל-M-to-Fיות, סליחה - גם ל-F-to-Mים גם ל-M-to-Fיות. זה לא משנה ב... טכנולוגיות שלו, למרות שאנחנו יודעים היום שיש טכנולוגיות מאוד טובות. אה... אהמ... ו... זה מצער מאוד. אה... אני לא יודע למה דווקא הוא אה... כאילו, זה כנראה מאוד קל לו במקום שבו הוא נמצא, יש לו קליינטורה מובטחת פחות או יותר."

התנהלות המערכת, ככזו שאינה מחויבת לספק את לקוחותיה, הנה תוצר של היותה מוסד כוללני. העובדה כי רבים אינם שבעי רצון עם אפשרויות הטיפול, בעיקר הכירורגיות, בארץ, מביאה לכך שרבים פונים לטיפול פרטי בחו"ל – עובדה בעלת משמעויות כלכליות רבות (ראה פרק אי שוויון וחוסר נגישות לטיפול).

גופמן (1957/2006) מתאר את תהליך הסתגלותו של הפרט אל המוסד הכוללני, המתחיל עם כניסתו ונמשך ומשתנה במהלך שהותו בו. בעוד זהו תהליך אישי, זיהה גופמן מספר טקטיקות של הפרט, במקרה זה המטופל, המופיעות במקביל ובשילוב זו עם זו. מדבריהם של המרואיינים במחקר ניתן למצוא התייחסויות המקבילות לשיטות אלו, דבר המחזק את הטענה כי חוויתם היא כשל מפגש עם מוסד כוללני. גישה ראשונה, שקולה מרכזי בדברי המרואיינים, הנה של התנגדות עיקשת ופעילה לחוקי המוסד ולתפישתו. עמית מציג את דרכו להיאבק, ברמה האינדיבידואלית, בנהלי המוסד:

"אה... אבל אה... אמרתי לה, שמבחינתי זה לשתף פעולה עם נוהל שדורש אבחון, אני מעדיף ללכת ל... יש אה... שניים - שלושה מטפלים נפשיים בארץ, ספציפית אני מדבר כרגע על פסיכיאטר מסוים, אה... שהם משתפים פעולה עם הקהילה ולא עושים לנו תהליך אבחנתי, אלא בעצם נפגשים איתנו, מקלידים למחשב את הפרטים שלנו, מקבלים מעטפה של כמה מאות שקלים ונותנים את האישור. אה... כי הם מבינים ש... ה... אם אנשים... בוגרים, האבחנה היא תהליך דכאני ולא... באמת, משהו שנדרש. או שיש להם סיבות אחרות, יכול להיות שהם רוצים את המעטפה עם הכסף. אני לא יודע, אבל אני מעדיף... ואמרתי את זה לרופאה בצורה מאוד ברורה, אני מעדיף לקנות את האישור, ולא לעבור תהליך שמאבחן אותי. והיא אמרה "אני לא אמורה לשמוע את זה, אני לא אמורה לשמוע את זה", כאילו בקטע של לקנות את האישור הרפואי, אמרתי לה "זאת המציאות! כאילו הנוהל שלך מדכא את ה... האנטומיה שלי על הגוף שלי, מדכא את היכולת שלי לקבל החלטות על הזהות שלי, שולל למעשה את ההכרה בזהות שלי, ומשאיר אותה בידיים של מישהו אחר, ואני לא מוכן לשתף פעולה עם זה", אז היא אמרה "מה לשתף פעולה? זה לדבר חצי שעה עם (שם של גורם טיפולי), לדבר איתו קצת, והוא נותן לך את האישור - זה כל הסיפור!" אמרתי "נכון, אבל... מבחינת ה... ה... אחר כך כאילו, אני יודע שאחר כך כל דבר כזה נכנס לסטטיסטיקות, ואז ינסו לבוא ולהגיד "הנה! אנשים טרנסג'נדרים משתפים פעולה עם הנוהל, זה סימן שאין איתו בעיה", ואת המחאות שלנו בדרך ל... ל... לסטטיסטיקה הזאת לא רושמים, רושמים רק את השורה התחתונה. לכן אני מעדיף לא לעבור דרכם ולא לשתף פעולה עם ה... אם הייתי יכול? הייתי שמח שכל האנשים בקהילה שלי לא היו עוברים דרך (שם של גורם טיפולי), כדי שהם יראו שיש פה איזה דיסוננס כזה, שאף אחד לא משתמש בשירות הנפשי שמוצא בחינם! לאנשי ה... הקהילה בתוך המרפאה הגאה. כדי שהם יבינו שיש פה איזשהי בעיה [דופק בידו על השולחן]... אני, לשמחתי, נמצא בסיטואציה שאני יכול לבחור, ואני בוחר לקנות את האישור שלי ולא לעבור תהליך שמאבחן אותי. אה... ואני יודע שהפסיכיאטר הזה שאני קונה ממנו את האישור, מבחינת הכללים של מערכת הבריאות, בבחינה מסוימת מועל בתפקיד שלו לכאורה. כי הוא אמור באמת לאבחן, הוא לא אמור סתם לרשום כל מה שהמטופל אומר לו. אה...

אבל... מבחינתי, המערכת הרפואית היא זו שמועלת בתפקיד שלה כשהיא קובעת נהלים דכאניים, כמו הסוג הזה. אה... ולכן, אם אני יכול לעקוף אותם, אני אעקוף אותם."

גופמן (1957/2006) זיהה גישה דומה בקרב חוסי המוסדות אותם חקר, גישה אותה כינה "עיקשות". גופמן מצביע על כך כי דווקא התמרדות זו דורשת מן הפרט היכרות עם הממסד ובקיעות מלאה לגבי התנהלותו. היכרות זו מצביעה, באופן פרדוקסאלי, דווקא על חיבור ומחויבות חזקה אל המוסד. הציטוט הנ"ל של עמית מדגים הן את היכרותו המעמיקה עם נהלי המוסד הרפואי מולם הוא מצוי, וכן בחירתו להתנגד להם בכך שיפעל בצורה חתרנית בתוך גבולותיו של המוסד – השגת האישור הנפשי מגורם מקצועי כנדרש, אך לא כחלק מתהליך אבחוני, אלא בקנייניו, ותוך התעקשות לעדכן ולהתדיין על כך עם הרופאה המטפלת בו. בעוד כל המרואיינים מתארים חוויה של קבלה עצמית של זהותם המגדרית כטבעית וכלגיטימית, עולה לעיתים, בין השיטין, המשגה שונה. דוגמא לכך ניתן למצוא בציטוט הבא של תמיר:

"זה באמת היה במקרה, נפלתי במקרה גם על רופא שהוא באמת בסדר. הוא לא נלחץ, מצד שני

הוא רגיל לדברים הרבה יותר נוראיים, הוא מטפל ב... ב... במחלות הרבה יותר גרועות."

תמיר מתייחס, בדבריו, אל הטרנסג'נדריות בנשימה אחת עם דברים נוראיים ומחלות גרועות. דוגמאות נוספות כוללות התייחסות לטרנסג'נדרים לעומת "אנשים רגילים", או התייחסות אליהם כאל "אנשים כאלה" וכד'.

תיאורים אלו, כאמור, היוו לרב רובד משני בהתייחסותם של מרואיינים לטרנסג'נדריות, ונקשרו להתייחסותו של הרופא או המוסד, ולכן אני רואה בהתייחסות זו ביטוי להפנמה של תפישת הרפואה והמוסד כלפי הטרנסג'נדריות. תיאורים אלו מתקשרים לגישה אותה תיאר גופמן כ"המרה", בה הפרט מאמץ את הסתכלות הצוות כלפיו והתפקיד הנובע מכך. כעת, הפרט מזדהה עם המוסד ועם יחסו כלפיו, ומחזיק בדעה זהה לשל הצוות לגבי עצמו.

דבריה של דפני מציגים באופן מובהק חווית הסתגלות שכזו – לאור תפישת המטפל שלה את זהותה הטרנסג'נדרית כסטייה שיש לרפא, היא מאמצת התייחסות דומה ואמונה שלמה ביכולתו לרפאה. במקביל, מתפתחות בה תחושות קשות של שנאה עצמית ואשמה, כפי שהיא מספרת בקטע הבא:

"...He was intentioned to help me change, to cure me from being this pervert. He made me feel dirty. ...Whatever I said, I said with a lot of shame, and guilt and ah... during a lot of pressure. It was like I was revealing all this serial killing I've been doing in my past, you know, I was in the lowest of the low. A pedophile or next to it, that's the way I felt, like I was doing something, that wasn't... really just acceptable. ...I

thought I was sickening ...So he's got to be right about this, so I'm... a pervert, and sick and... and nuts, you know. And if I'm not working through so it's my fault, you know, I didn't want it as much, um.. and that was his umm... everything that went wrong was my fault[מצחקקת] 'cause I didn't want it."

עוצמת הרגשות המתפתחים בדפני מבהירה כי תפישה זו הושרשה בה לעומקה, והפכה להיות גם תפישתה שלה כלפי טרנסג'נדריות בכלל וזהותה הטרנסג'נדרית בפרט.

שיטת התמודדות נוספת שזיהה גופמן היא קולוניזציה, בה הפרט לומד לזהות את היתרונות הגלומים ביחסיו עם המוסד ונהנה מהם. דוגמא ייחודית לכך ניתן למצוא בדבריו של נועם על הטיפול הרפואי לו הוא זוכה במהלך הריונו, מאחת המחלקות המובילות בארץ:

"כאילו... ה... לאחרונה אפילו גיליתי שיש כמה יתרונות ב... להיות... אה... טרנס. אבל זה באמת בגלל שכאילו, מבחינת המערכת הרפואית, אבל... זה בגלל שיש לי סיפור באמת יוצא דופן. אז כאילו לפעמים זה באמת מרגיש כמו יתרון, כי כרגע מאוד מעוניינים בי, אז אנחנו מקבלים טיפול מעולה ובחינם לגמרי, אצל אה... מומחים. אבל... לפעמים זה מרגיש... כאילו מצד אחד זה כיף, אבל מצד שני זה גם מרגיש שזה משהו שכולם אמורים לקבל. אממ... וגם שאנחנו מקבלים את זה כי זה קצת, כי הסיפור שלי קצת צהוב, וברגע שזה היה קצת פחות צהוב אז ה... יכול מאוד להיות שלא נקבל טיפול כל כך טוב. ... מרב הבחינות כרגע אנחנו במצב ממש טוב, אולי אפילו יותר טוב משל... נשים ממוצעות, אממ... כאילו בדיעבד זה יצא לי טוב, כן? כי הם כאילו... בחינם לגמרי, וגם בקופה יש השתתפות עצמית בכל הסקירות וכל ה... זה... יצא לי מעולה. באמת. וגם אצל המומחה באמת, כי ככה אין סיכוי שהייתי הולך אליו כי הוא יקר בטירוף ואני גם לא כזה רואה צורך."

במקרה זה, נועם מזהה כי היותו טרנסג'נדר מהווה לו יתרון משמעותי מול המוסד, ומאפשר לו קבלת טיפול רפואי יקר בחינם. למעשה, בחירתו של נועם להשתמש ביתרון זה מחייבת אותו לקבל על עצמו את החובות הנדרשים מצד המוסד, כפי שהוא מתאר בקטע הבא:

"הם גם מאוד רוצים נראה לי שאני אלד אצלם, כי זה... כי... הם יוכלו להגיד שהגבר הראשון בארץ ילד אצלם וכאלה. ו... והיא אמרה כאילו "אתה מאוד כאילו חשדן כלפי המערכת"... כאילו... אמרתי, שמתי את כל הקלפים על השולחן, כשהנושא עלה אה... שלא יגידו שהם טיפלו בי בחינם ובסוף אני לא ממלא את חלקי בהסכם. אממ... כאילו ליווה אותי, כאילו... היו כמה דברים שהם רצו, אמרתי שאם זה יצא, כמובן שאני אתן להם את הקרדיט, וכאלה, שזה באמת בכיף, כי אני באמת מקבל טיפול מצוין וסקירות אצל המומחה מספר אחת אצלם, שהוא כנראה המומחה מספר אחת בארץ, ו... שמעתי

ממישהו שהוא לוקח שלושת אלפים שקל לסקירה אז אה... כן... ולי זה בחינם, וכאילו אני באמת מאוד מרוצה, והיא מאוד נחמדה והיא מאוד זמינה וכאילו יש לי את הטלפון שלה, וכל דבר הכי קטן. אבל עדיין, כאילו, לידה... מהרבה סיבות, נראה לי, לא... לא... כאילו, בית-חולים זה לא המקום שאני רוצה ללדת בו, אם הכל ימשיך תקין."

הקטע הנ"ל מתאר את נועם כמבין ומקבל את העובדה כי שימושו במוסד יוצרת מציגו מחויבות למוסד, אך גם כי אינו מקבל עול זה כמובן מעליו אלא פותח במשא ומתן לגביו (ראה פרק שיח חדש). עובדה זו מצביעה, לדעתי, על עמדת הכוח ממנה הוא ניגש לקולוניזציה ובוחר להשתמש במוסד.

בבחינתו של גופמן מוסדות כוללניים שונים הוא מזהה טקטיקת התמודדות נוספת, אותה הוא מגדיר כנסיגה מצבית. טקטיקה זו מאפיינת צמצום של הפרט מן הסביבה כך שהוא מרוכז בצרכיו הבסיסיים ביותר. מרואייני מחקר זה לא עשו שימוש בטקטיקה זו. עובדה זו אינה מפתיעה, שכן מרואייני מחקר זה אינם קשורים למוסד הכוללני בצורה כה מוחלטת, כמו הפרטים במוסדות עליהם התבסס גופמן בכתיבתו. למרואייני המחקר קיימת אפשרות להתרחקות ממשית מהמוסד ושיטתו, ולכן סביר כי אינם נדרשים לעבור את תהליך הנסיגה המצבית הרגשי בכדי להגן על עצמם מהחוויה העזה במפגש עם המוסד.

לסיכום, ניתן לטעון כי קיימים מאפייני כוללניים במערכת הרפואית, כפי שהיא נחווית על ידי מטופלים טרנסג'נדרים. זהו, לדעתי, אלמנט חשוב המעצב את חוויותיהם של מטופלים מן המפגש עם המערכת. חשובה לא פחות היא העובדה כי המוסד מתנהל בחסותה של החברה בה הוא פועל, ותופש תפקיד בה, כך שחוויותיו של המטופל מן המוסד מהדהדות גם לתפישה הכלכלית שלו את יחסיו עם החברה. בכך יתמקד הפרק הבא.

"תביאו לי את האישור, אתם לא מבינים, אתם לא תבינו" – הרופא כנציג חברתי

החל מסוף המאה ה-19, מקובלת ההתייחסות הרפואית אל טרנסג'נדרים (Krafft-Ebing, 1894 as cited) DSM--Transsexuality ל-DSM III (in Hird, 2002). ב-1980 הוגדרה לראשונה כתופעה פסיכיאטרית, עם הוספת ה-Transsexuality ל-DSM III (American Psychiatric Association, 1980). כאמור, הגדרה זו מקובלת עד היום, ומופיעה בקלסיפיקציה ב-DSM-IV-TR כ-Gender Identity Disorder (GID) (American Psychiatric Association, 2000, pp. 576-582). הליך זה מתאר את המדיקליזציה של הטרנסג'נדרים (Conard, 2005), שבגינה הופך הגורם הרפואי למפקח החברתי על המאובחנים בו – תפקיד שהיה קודם לכן בידי גורמים חברתיים ודתיים (Zola, 1972).

ניתן להתייחס להתמקדות הרפואית בטרנסג'נדרים כמדיקליזציה של הנורמה המגדרית, שכן טרנסג'נדרים מפר את הקישור המידי המקובל, על פי המודל הביו-רפואי, בין מין למגדר, ומטשטש את הגבול בין זכר לנקבה (Epstern, 2007, p. 253 as cited in Bell & Figert, 2010; Schilt & Westbrook, 2009). עמית מתאר כיצד מתבטאת, מבחינתו, תפישה זו במפגש עם אנשי מקצוע:

"...והאם אתה מזדהה כגבר?" ו... זאת, למשל שאלה שאליה אני חייב לענות ב"כן! כן, תמיד ידעתי שאני גבר!", כי רב המטפלים הנפשיים...מצפים לתשובה מאוד בינארית - "כן, אני מזדהה כגבר" או "כן, אני מזדהה כאישה". אהמ... הם לא... הם לא, אני לא חושב שהם יתנו לי אישור לעשות תהליך רפואי אם אני אבוא ואגיד שאני מרגיש שאני באמצע, או שאני לא יודע להגיד מה, מה אני רוצה להיות בעוד עשר שנים, אני יודע שהיום אני באיזשהו מקום באמצע. ועדיין אני רוצה לשנות את הגוף שלי, ועדיין אני רוצה שיפנו אלי בלשון זכר, ולא ב... במגדר שנולדתי אליו. אהמ... אז אני אצטרך לבא ולהגיד "כן, אני עמית, ותמיד ידעתי שאני גבר".

התפישה הבינארית לגבי מגדר נשמרת בחסות הרפואה, בכך שטרנסג'נדרים נדרשים להזדהות, באופן מלא, במגדר המוגדר כנגדי, ולהביע ביטחון בבחירה בשינוי. מופעל על מטופלים לחץ על ידי מניעת טיפול (ראה פרק המטפל כשומר הסף) וכן על ידי תיאור הטיפולים כמעין כרטיס חד כיווני, כפי שמתאר אורי:

"... גם טרנסים שאני מדבר איתם כאילו יצא לי לדבר עם כמה טרנסים שהורמונים לא חייב להיות עניין שהוא כאילו אה... לנצח ולכל החיים. לוקחים, ואם לא מתאים אז מפסיקים. כאילו לא... לא ברמת המעבר המגדרי, אלא ברמת ה... השינויים שההורמונים עושים גם נשאים, כאילו... שיער פנים לא נעלם תוך אהה... שנה או שנתיים. אממ... יש הרבה שינויים שנשאים ואממ... אה... או... כן קלטתי רמזים מהסביבה, שהם לא רמזים של ה... הלקחת ולהפסיק למשל או... בקהילה לצורך העניין, הטיפול מוצג הרבה פחות חד משמעי, בלתי הפיך ואה... החלטה לכל החיים כמו שזה... אממ... נתפש במערכת הבריאות אולי? כאילו... אה... עכשיו, כאילו... אני אגיד שהרבה פעמים כשברב המקרים לוקחים את זה והם רוצים שהגוף שלהם יראה בצורה מסוימת ובחרים להמשיך בזה, כי זה טוב להם וזה."

טקטיקות אלו מעודדות את התפישה כי זוהי הזהות הטרנסג'נדרית היחידה הראויה לטיפול (Lev, 2009). בעוד יש החשים כי תיאור זה מניח את הדעת והולם עבורם, זהו תיאור חד מימדי וחלקי ביותר של מגוון רחב של זהויות עליהן יש לתת את הדעת. ניצנים ראשונים של התייחס שכזו ניתן לראות בניסוח המוצע ל-DSM-V (American Psychiatric Association, 2011), המנסה להימנע מהסתכלות מקבעת של מגדר בינארי.

בנוסף, מגדר שאינו משקף מין יכול להיתפש גם כאיום על ההטרסקסואליות – שכן לשמה נדרשת מערכת בינארית של מין, הוזה למבנה הפיזיולוגי (Schilt & Westbrook, 2009). לכן, יש המתייחסים למדיקליזציה של הזהות המגדרית גם כמדיקליזציה של המיניות שאינה הטרסקסואליות. מבחינה היסטורית, ניתן לראות כי האבחנה של טרנסקסואליות הופיעה בקירוב להוצאת האבחנה הפסיכיאטרית של הומוסקסואליות (Hird, 2002). תחת תפישה זו, לגורם הרפואי תפקיד בהגנה על עקרונות ההטרונורמטיביות. מספר מרואיינים העלו נקודה זו, בעיקר אלו המגדירים את נטייתם המינית כלא הטרסקסואלית. תפישה זו מחלחלת אל חוויותיהם של המרואיינים מן המפגש עם המערכת הרפואית, כפי שמתאר גיל בקטע הבא:

גיל: "...קצת הפתעה, וכאילו צריך להסביר כאילו שאנחנו בני-זוג, ו... כאילו תמיד נראה לי יש הפתעה גם שאני כאילו הומו, ו... כאלה ו... בקיצור צריך קצת להסביר. ...עניין שקיים עם טרנסים באופן כללי כאילו, תל-השומר אחד מהקריטריונים זה שאני סטרייט. כי אם אתה כבר עושה את כל ה... שינוי, אז... מן הסתם אתה לא עושה את זה בשביל להיות הומו, אתה עושה את זה בשביל... לא להיות.

שיר: זו ההנחה?

גיל: הנחה מאוד... הטרונורמטיבית והנחה שכולם רוצים להיות... כאילו הטרונורמטיבים ולא... ואני מאוד לא רציתי כאילו."

דברי המרואיינים משקפים כי הם רואים את תפישת הרופא כשיקוף כוללני לתפישת החברה. נוכל לראות זאת באמצעות הסתכלות צורנית על מהלכם של הראיונות, אני מבחינה כי לא פעם המרואיינים "קופצים" בין התייחסות לאינטראקציה עם הרופא לאמירות כוללניות או להתייחסות אל חוויות אחרות מול החברה. דוגמא לכך עולה מקטע קצר מהשיחה עם תמיר, במהלך סיפור על מפגש עם רופא אנדוקרינולוג, הוא אומר:

"יש מישהו שלומד איתי, שהוא יודע, הוא מכיר את כל הסיפור, עכשיו הוא... הוא אומר לי "אני לא מבין, אתה... אתה הפכת מ... מאישה לגבר, אבל אתה נמשך לגברים". אז הוא חושב שאני בעצם אישה, כי אני נמשך לגברים. הוא לא מבין שזה מנטליות, שזה פה [מצביע על אחורי הראש] נמצא, זה לא מה שיש בין הרגליים. אין, את לא יכולה, יש דברים שאני פשוט, אנשים שאני אומר "אוקיי, תביאו לי את האישור, אתם לא מבינים, אתם לא תבינו, אתם צריכים להיות בנעליים בשבילי כדי להבין את זה."

תיאורים שכאלו, על חוויות מול החברה, מופיעים בעיקר בצימוד להתייחסויות לקשר עם הרופא, ומחזקים את הנאמר בהן, כשמכלילים את האמירה מן הרופא אל כלל החברה. אני רואה בכך שיקוף של תפישת הרופא כדמות מייצגת לסיטואציה החברתית כולה. אך כאמור, הרופא אינו רק פרט בחברה, אלא

גם דמות בעלת כוח מעצם תפקידה, כפי שגם מזכיר תמיר בציטוט הנ"ל – הרופא בעל היכולת להעניק, או לא, אישור, אבחון, מרשם וכד'. ציטוטו הבא של נועם מהווה דוגמא נוספת לכך:

"... מבחינתי כעיקרון שהתחלתי לקחת הורמונים ב-2008, ויתרתי על האפשרות לילדים ביולוגים, כי אמרו לי, אמרו לי ש... כאילו, דיברתי עם כמה רופאים, כולם אמרו לי שתוך שנה המערכת הולכת פייפן, כאילו מערכת הרבייה הנקבית. ותוך, תוך, כאילו חמש שנים יש המלצה להוציא כאילו... את כל המערכת. אממ... כי כאילו יש סיכוי מוגבר לפתח... סרטן ו... ובאיברים האלה. ועד היום כאילו זה נראה לי... כאילו מצד אחד אני אומר אוקיי, אני עכשיו בהריון, טפו טפו טפו יגמר בטוב, יכול להיות שנעשה עוד ילד גג שניים, אני מאוד בספק. כאילו, ילד אחד אולי כן, כאילו עוד שניים ממש... בעצם זה כאילו איברים שאני לא צריך אז... אולי באמת עדיף להוציא אותם, כי אולי איברים שהם שם... ולא צריך יכולים לגרום בעיות, מצד שני יש לפעמים... אני לא כל כך אוהב תיאוריות קונספירציה אבל יש לפעמים תחושה ש... רופאים רוצים למנוע מטרנסים להתרבות. וש... כאילו... מדינות רבות כאילו דורשות סירוס או עיקור, כאילו, בשביל לשנות את המין בצורה חוקית. אה... גם. כאילו בישראל, טוב, זה קצת יותר מורכב, אבל... כביכול, זו גם דרישה."

נועם מייחס לחברה כוונה למנוע מטרנסג'נדרים להביא ילדים, בשל שונותם החברתית. החברה מוציאה את רצונה לפעול באמצעות כוחות המופעלים הן על ידי מערכת הרישום האזרחית והן על ידי המערכת הרפואית. ראשית, בכדי לשנות את סעיף המין בתעודת הזהות וברישום האזרחי נדרש אישור רפואי, ובפועל, מתאפשר בעיקר למי שעבר ניתוח לשינוי מין (משרד הפנים, מינהל האוכלוסין, 2009; גרינברג, 2002). המערכת הרפואית הופכת בכך לגורם הפועל בחסותה הרשמית של המערכת המדינית, ביעוץ ובאפשרויות שינוי תעודות רשמיות (עוד בנושא בפרק המטפל כשומר סף). בנוסף, מזכיר נועם, כי בפני טרנסג'נדרים רבים מוצג הטיפול ההורמונאלי כעיקור בלתי הפיך וכן כמעלה את הסיכון לסרטן, זאת על אף שהספרות בתחום לא מראה ממצאים חד משמעיים בנושא (WPATH, 2011).

חשוב להזכיר ולציין בהקשר זה גם את ההתייחסויות החברתיות העולות מן המפגש עם גורמים במערכת הרפואית, שאינן נובעות מתפקידם החברתי או מהתפישה הרשמית שלהם. בהקשר של התייחסויות שכאלה, נראה כי הרופא (או גורם אחר במערכת) פועל על פי השקפותיו האישיות, ולא דווקא ידיעותיו המקצועיות. דוגמא לכך היא מפגש עם הרופא הדתי בעת הפנייה לתחילת טיפול הורמונאלי:

תמיר: "ואני באתי לרופא משפחה, חובש כיפה... והוא היה צריך לדבר עם, יש כזה דבר, אני לא יודע איך קוראים לזה, אבל יש רב רפואי, הוא צריך לאשר את כל הדברים האלה."

שיר: רב?

תמיר: רב! רב רב. והוא איך שהוא אמר, זה קצת בעייתי. כי לקיחת הורמונים זה סירוס נקבה, מבחינת התנ"ך מבחינת... לא יודע את הדברים שלהם. אז היה בלגן, ומשכו את זה, בסוף הוא ראה שאני רציני והוא אמר "בסדר, אני כופפתי כמה זרועות אבל בסדר. תקבל את זה". זה נחשב איסור, זה נחשב משהו... מבחינת התפישה שלהם זה... הוא לא אמור לאשר כזה דבר. ... זהו, שבהתחלה זה באמת היה קצת מביך, כי הוא... הוא אדם דתי והוא לא כל כך אה... הבין וזה בלבב אותו. ... תשמעי, הוא מסתכל על הכל כאדם דתי. עובדה שהוא צריך היה, הוא לא אמר לי ישר "אוקיי", אני נותן לך אישור, אני מאמין שאתה באמת זקוק לזה". הוא בא ואומר "אני מתייעץ עם הרב". [שתיקה] שגם זה היה מיותר לחלוטין, וגם אני וגם המשפחה לא הבנו מה... מה הקשר לרב?! כי הרב כנראה בא, הסתכל באיזה ספר קודש אנא-ערף מה... ו... סירוס נקבה, וזה ככה, וזה פה, וזה שם וזה...".

במקרה של תמיר, השקפותיו הדתיות של הרופא עכבו את קבלת הטיפול ההורמונאלי, אך לא מנעו אותו. תמיר לא היה המרואיין היחידי לתאר התייחסות שכזו תחת הביסוס הדתי, עם זאת, החוויה המצוטטת הנה אחת מיני רבות ומגוונות, ואין הכוונה, כמובן, לרמוז כי כל טיפול הניתן על ידי כל איש מקצוע מושפע מהשקפותיו האישיות. מעניין לראות כי לעיתים נוצרת ציפייה להשפעה שכזו, כפי שמתאר גיל:

"כאילו הייתי הולך... לקבל את הזריקות של הסטטוסטרון בקופת-חולים, אה... והאחיות, היו ברובן חרדיות שזה היה מאוד מלחיץ, ואכלתי סרטים מטורפים חצי שנה ש... אהמ... אהמ... אכלתי סרטים מטורפים חצי שנה שהן מזריקות לי... שהן לא מזריקות לי את הסטטוסטרון, בגלל ש... הן חרדיות והן לא יכולות לשתף פעולה בעצם עם זה, וכשזה התחיל להשפיע זה קצת שיפר. זה כנראה [מצחקק] זה כנראה זה. זה סרטים מטומטמים, אבל הם... כאילו הרגשתי דיי מפגר, אבל דיברתי עם אנשים והבנתי שאני לא היחיד שזה עבר לו בראש ל... [מגחך] כאילו קצת תיאורית קונספירציה אבל נראה לי שזה... זה קיים [מגחך]."

נראה כי מקרה זה משלב את ההתרגשות והציפייה לשינוי מן הטיפול, והציפייה לאפליה על בסיס תפישת האחיות, הנובעת בין השאר מסיפורים הנשמעים בתוך הקהילה הטרנסג'נדרית (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב).

לא פעם נראה כי השקפתו של הרופא משפיעה על כלל יחסו ועצם מתן הטיפול מצידו, כפי שחווה תמיר:

"אז באתי אל אחד אני אמרתי לו שאני צריך לעשות בדיקת דם לראות רמת סטטוסטרון ואסטרוגן. והוא שאל אותי "מה? למה אתה בעצם מעוניין לעשות את זה?" אז ניסיתי להסביר לו, לא הצלחתי להסביר לו שאני בתהליכים לשינוי מין, ורק בסוף אני אמרתי לו "אני מעוניין לעבור תהליכים להפוך לגבר". התעקשתי, גם אמרתי לו "אני מעוניין" ולא "מעוניינת". הוא המשיך לדבר בנקבה, עזבי, זה אין

מנוס. ...הוא אמר "אז את רוצה להיות גבר", אז... הבלגתי. אמרתי לו "כן, אני עכשיו בתהליכים להפוך לגבר". אז הוא לקח פתק והוא רשם לי על הנייר, רופא רוסי, "אני לא יכול להפוך אישה לגבר", נתן לי את הפתק ביד והסתיימה הפגישה. שזה היה סתם, בזבזתי זמן, ישבתי אצלו, הוא לא הבין מה היה צריך לעשות, ובסוף נתן לי את הפתק המחורבן הזה, שאני לא זוכר מה עשיתי איתו [מצחקק]... לא נעים, מצד שני זה לא... אני הבנתי שאין לי עם מי לדבר. עוד לא קרה לי שמישהו נתן לי פתק לבן וכתב "אני לא יכול להפוך אישה לגבר" אבל אה... את יודעת. הוא לא... הם... לא כולם מבינים. היה צריך לדעת למי לגשת. אז ניגשתי לאדם נוסף, והוא באמת... זה לנסות, זה ללכת, אז יש רופא אחד שהוא אידיוט גמור, והוא לא יכול לעזור, והוא לא מבין מה רוצים ממנו וסתם בזבזתי אצלו שעה וחצי לחכות ועוד חצי שעה לנסות להסביר לו מה אני רוצה, ועוד כמה דקות שהוא נתן לי את הפתק הטיפשי הזה. אז... מנסים, הולכים לאינספור רופאים, ועוד פעם אני פונה פה לפסיכולוגית ופה לאנדוקרינולוגית, ומבקש איזה הפניה."

חוויות של תמיר אינה מקרה יחיד של סירוב לטיפול במטופל טרנסגינדר (JSI Research & Training Institute, 2000). על פי דוח הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל (2009, עמ' 76), רופא רשאי לסרב לתת טיפול רפואי שמטופל מבקש אם זה נוגד את עמדתו המקצועית או את מצפונו, ועל בחינת הבקשה להתבצע באופן מקצועי וללא שיקולים זרים. על אף שיש מקום רב לתהות על תשובה זו, אין ביכולתו או בכוונתו של מחקר זה לבחון האם החלטתו של הרופא, עליו מספר תמיר, נופלת תחת קטגוריה זו, או לא. בין כה וכה, ברור כי מתן פתק שכזה הוא מעשה משפיל ומהווה דוגמא ליחס שאינו ראוי כלפי כל מטופל, ומעלה ספקות באשר לאופן קבלת ההחלטות במקרה זה.

חוויות מסוג זה משפיעות, באופן בלתי נמנע, על התנהגותם של המרואיינים, החל מהשלב הראשוני של בחירת הגורם המטפל. על כך מספרת ליאת:

"...כל מי שעושה את זה, או כל מי שעושה את זה, כן חשוב חשוב אה... זה להתארגן ובאמת ל... לאסוף את המידע הזה. ו... ולהגיע למקומות שהם באמת טרנס פרנדלי, כדי אה... לא להגיע ל... לכל מיני חוויות שהם... לפעמים שומעים עליהם, פה ושם. לא קרה לי. לא קרה לי כי החלטתי שזה לא הולך לקרות לי. שאני הולכת לאנשי מקצוע שמומלצים. ...למשל ללכת לפסיכיאטר שהוא טרנס פרנדלי, שאין לו הסתייגויות או דעות קדומות מ... משינויים כאלה."

כאמור, סיפורים אלו, כפי שגם מזכירה ליאת, נשמעים בתוך הקהילה הטרנסגינדרית ומשפיעים, בתורם, על התנהגותם של חברים אחרים בתוכה (ראה פרק הקהילה הטרנסגינדרית כמשאב). ניתן לראות השפעות

נוספות של סיפורים אלו על התנהגותו של המטופל לאורכו של המפגש הטיפולי, כדוגמת אופן ההצגה העצמית (ראה פרק החשיפה העצמית).

כניסת ההתייחסות החברתית אל חדר הטיפולים נעשית גם באופן אקטיבי ומכוון מצידם של המטופלים, דבריו של אלעד מדגימים זאת:

"היום אני... אין לי ממש שום בעיה להראות. כן. אני באופן כללי מרגיש [לחיישה לא ברורה]. כזה... לאט לאט יפתחו ת'ראש שכזה "היי! הוא נראה נורמאלי לחלוטין, והוא... גם נורמאלי וגם כאילו... טרנס!". אממ... לא יודע, זה... אני סיפרתי ש... בכל מיני מקומות אנשים כאילו חושבים שזה... כאילו משהו אחר. בייחוד בגלל שזה משהו שכאילו, לא נתקלים... יש כאילו טרנס בכל מקום, כאילו אף אחד לא יודע שהם שם. אה... לא יודע, זה נחמד ככה לעשות דברים כאלה... לפתוח... מגדר - מה זה בעצם? ואיך אה... החברה... משבשת לנו, ואיך אה... מגיעה לאנשים. דברים, אני חושב, שאנשים צריכים לחשוב יותר. אני מאוד כאילו... נגד זה, כבר נראה לי חשוב יותר לצאת מהארון כביכול. אם זה האחות הזו, שהייתי שם... אז אה... לא יודע, אולי היא כבר אה... חוזרת הביתה לבעלה ומתחילה לדבר איתו שיש אנשים כאלה. לא יודע, זה... כל שינוי שאני יכול ליצור אז זה נראה לי נחמד [מגחך]."

בחירתו של אלעד לצאת מן הארון כאקט חברתי וחינוכי, בין השאר למול גורמים רפואיים, היא דוגמה אחת לשימוש של אנשים טרנסג'נדרים במערכת הרפואית כזירה לפעולה (ראה פרק שינוי שיח).

מעורבותן של תפישות חברתיות נוכחת בקשר הטיפולי באופן רשמי ומוסדי, החל מעצם המשגתו של הטרנסג'נדרים במונחים רפואיים ופסיכיאטריים. בהקשר זה נהיה הגורם הרפואי דמות מפתח בשמירה על גבולות החברה בין מה שנתפש כלגיטימי ומה שלא. כוחו החברתי של הגורם המטפל מבוטא ביכולתו לברור את הזכאי לקבלת טיפול – בכך יעסוק הפרק הבא. מרואייני המחקר סיפרו על חוויות בהן תפישה זו הראתה אותותיה במפגש שלהם עם גורם רפואי, ביחס לזהויות מגדריות מגוונות ולנטייות מינית שונות. באופן שאינו רשמי, תפישתו של הגורם הרפואי משפיעה, גם כן, על המפגש עימו, על אף שנובעת מהיבטים שאינם קשורים לזהותו המקצועית, כדוגמת זהותו הדתית.

"להוכיח את היותי טרנס" – המטפל כשומר הסף

שומר הסף (Gatekeeper) הינו מונח אשר מתאר את הגורם שתפקידו הוא לברור את העוברים בסף, במקרה של המוסד הרפואי תפקידו לברור מי מתאים לקבל טיפול ומי ידחה, וכן לסייע בהתקדמותם של אלו שאת מעברם איפשר (Levin, 1947 as cited in Lev, 2009). לרעיון שומר הסף משמעויות רבות במישורים החברתיים, האתיים, הכלכליים, והמקצועיים אשר חלקם נדונו בהקשרים אחרים (ראה פרק אי שוויון וחוסר נגישות לטיפול ופרק מי הוא המומחה?). בפרק זה אבקש להתמקד במשמעויות של תפקיד

זה על הקשר של אנשים טרנסג'נדרים עם המערכת הרפואית, בהמשך אתמקד בקשר עם מערכת בריאות הנפש.

בישראל, ניתוחים ליצירת איברי מין מותרים לביצוע בבתי חולים ציבוריים בלבד (בפועל אלו מתקיימים במרכז הרפואי שיבא בלבד), לאחר קבלת אישור וועדה רב תחומית הכוללת פסיכיאטר, מנתח פלסטי, פסיכולוג, אורולוג ואנדוקרינולוג (משרד הבריאות, מנהל רפואה, 1986). אבקש להתייחס כעת בקצרה לוועדה לאישור ניתוח לשינוי מין, שלדעתי, יכולה להוות דוגמא מובהקת לשימוש במערכת הרפואית כשומר סף, כפי שגם מרמוז שמה, הפועל בחסות החוק. הוועדה מעריכה את התאמתו של מטופל לקבלת טיפולים (בית החולים תל השומר, המחלקה לכירורגיה פלסטית, 2008), על פי קריטריונים שאינם מפורסמים במלואם באופן רשמי (ראה פרק המערכת הרפואית כמוסד כוללני). כפי שרבים מהקהילה הטרנסג'נדרית ומאנשי מקצוע מזכירים (גרינברג, 2008; לבנת וכרמון, 2008), הוועדה משתמשת בגרסאות לא מעודכנות של המלצות ה-WPATH, אשר אינן משקפות את רוח התקופה, ואינן תואמות את המקובל בעולם (Stone, 1991; Vincent & Camminga, 2009).

הסתכלותה זו של הוועדה הופכת אותה לגורם לא רלבנטי עבור טרנסג'נדרים רבים. תלונה מרכזית כנגד הוועדה היא התהליך הארוך והמסורבל הנדרש מהפונים אליה, כפי שמבטא עמית:

"כאילו אם אני אבוא לתל-השומר אני אצטרך לעבור שנתיים של אב... אבחנות ובדיקות ומסלול משפיל כל פעם, כל כמה חודשים להיפגש עם הוועדה בהרכב המלא שלה כדי "להוכיח את היותי טרנס"
[עושה תנועת מ'רכאות בידיו] וכולי."

תלונה נפוצה נוספת כלפי וועדה זו היא הישענותה על תפישות הטרונורמטיביות, כפי שמספר גיל:

"כאילו, התל-השומר אחד מהקריטריונים זה שאני סטרייט. כי אם אתה כבר עושה את כל ה... שינוי, אז... מן הסתם אתה לא עושה את זה בשביל להיות הומו, אתה עושה את זה בשביל... לא להיות."

אין לדעת אם הוועדה אכן מסרבת לתת טיפול לכל טרנסג'נדר בשל היותו הומוסקסואל, שכן הקריטריונים והפרוטוקולים של הוועדה אינם מפורסמים וחבריה נמנעים ממסירת פרטים ברורים בנידון. בהקשר של עבודה זו, חשובה עצם העובדה כי זוהי התפישה הקיימת לגבי דרישות הוועדה, ובגינה מטופלים בעלי נטיות מיניות אחרות ימנעו מפנייה אליה או אמירת אמת בה.

קולות של חוסר שביעות רצון מן הוועדה נשמעים, כאמור, רבות בקרב אנשים טרנסג'נדרים. עם זאת, חשוב לציין כי קיים מספר לא מבוטל של אנשים אשר מוצאים כי התנהלותה המוסדית של הוועדה תקינה ותואמת את דרישותיהם. את קול זה מייצגת במחקר ליאת, היא גם היחידה מבין המרואיינים שפנתה

לתל-השומר ומטופלת דרך הוועדה. בעוד עבור חלק זהו תהליך ארוך ומעיק, ליאת מסבירה כי אינה מוטרדת מכך, ואף מוציאת יתרון בהמתנה הארוכה:

"אה... קודם כל הרופאים שם מאוד עסוקים. לקבוע תור זה... כל תור זה כמה חודשים. כאילו... כן, לקבוע עם כל הרופאים זה ייקח לך כאילו שלושה... המטרה, אני מסכימה שזה תהליך ארוך, כי המטרה לעשות פילטר ל... אנשים שלא כל כך... אה... מוכנים לזה. פשוט קצת זמן לחשוב על זה."

עם זאת, ליאת, בדומה לרבים אחרים גם כן מרגישה בפערי התפישות של חברי הוועדה:

ליאת: "הם מבינים הקושי. כן... [שתיקה] כאילו הם מסבירים ש... בן אדם הזה אז יש לו בעיה אה... בעיה שנקראת טעות בזיהוי המיני. ושדורשת אה... את הניתוח עצמו. זה הם מקבלים."

שיר: מה את חושבת על ההגדרה הזו?

ליאת: אה... יותר טוב מכלום [מצחקקת]. כאילו... אם לא היה את זה, זה היה הרבה יותר קשה [מגחכת]. ... זה אני חושבת שמילים שמסבירים לאנשים שלא מבינים בזה, מה זה.

שיר: ומה המילים שלך לזה?

ליאת: טעות בלידה אולי. טעות ב... בזיהוי איברי מין [מגחכת]."

למרות שליאת, בבירור, אינה מסכימה עם ההמשגה של חברי הוועדה את זהותה, ואף מגדירה אותה באופן כמעט הפוך, נראה שהפער התפישתי אינו מטריד אותה, שכן הטיפול המוענק לה "יותר טוב מכלום", כדבריה. חשוב להזכיר, בהקשר זה, שגם ליאת, המטופלת באמצעות הוועדה, מתעתדת שלא להמשיך את טיפולה בה, ולעבור, בדומה לרבים, את הטיפול הכירורגי בחו"ל (ראה פרק אי שוויון וחוסר הנגישות לטיפול), בשל רמתו המקצועית של הטיפול בארץ (ראה גם פרק המערכת הרפואית כמוסד כוללני).

הוועדה לאישור ניתוח לשינוי מין אינה הגורם הרפואי היחיד המשמש כשומר סף. ארגון אנשי המקצוע למען בריאות טרנסג'נדרים עורך מסמך המפרט את הסטנדרטים הראויים וההולמים לטיפול באנשים טרנסג'נדרים (Standards of care), על פי מהדורתו האחרונה של מסמך זה (WPATH, 2011) מומלץ כי קבלת טיפול הורמונאלי או כירורגי תתאפשר בהפניית איש מקצוע שיעריך את ההתאמה והמוכנות לטיפול. המלצה זו מעמידה את איש המקצוע בעמדה של שומר הסף (Lev, 2009; Mail & Safford, 2003).

לרב, הפנייה שכזו ניתנת על ידי איש בריאות הנפש, על אף שטיפול נפשי אינו דרישה על פי המלצות ה-WPATH (2011). למיטב ידיעתי, בקרב הגורמים המטפלים בארץ, הסתכלות והפנייה מגורם בריאות הנפש הנה דרישת בסיס הכרחית להתחלת טיפול הורמונאלי או כירורגי. לכן, אבקש להתמקד כעת בגורמי בריאות הנפש. תפקיד שומר הסף נועד להגן על המטופלים מפני הנזק הפוטנציאלי של קבלת טיפול או

קבלתו בנסיבות שאינן מתאימות, תחת עקרון ההימנעות מיצירת נזק (Lev, 2009). אבקש להראות כעת כי ייתכן והעמדת גורמי בריאות הנפש בעמדה זו מייצרת בעצמה נזק רב למטופלים.

הסמכתו של איש בריאות הנפש לשומר הסף לטיפולים, מוסרת לידי כוח חשוב ומשמעותי הקובע לגבי יכולתו של האדם לקבל את הטיפול ההורמונאלי או הכירורגי אותו הוא מבקש ולו הוא נזקק. נושא זה בא לידי ביטוי בדברי מרואייני המחקר, כדוגמת התבטאותה של ליאת:

"אז בעצם... המפגש הראשון זה היה... זה... כאילו, שיפוט שהוא... את יודעת, טיפה יותר קליני...
...במיוחד אם בהתחלה, זה בהתחלה היה כזה - היא לא יודעת לאיזה כיוון אתה בסוף, כי יש כאלה
ש... מוותרים בהתחלה, יש כאלה שאפילו אחרי כל הניתוחים..."

עצם הגדרתו של המפגש עם אשת בריאות הנפש כ"שיפוט" מלמדת על חווייתה ממנו ותפישתה אותו. התייחסות דומה מתארת אלמוג ממפגשה עם פסיכיאטר:

אלמוג: "אני לא חושבת שעשו לי שם הנחות, בפגישה. אני חושבת שפשוט באמת באו בלי אה...
דעות קדומות. ז'תומרת בלי... באתי וסיפרתי מה אני מרגישה, מה אני חווה, מה אה... כמה זמן לקח
לי... באמת... אה... להוריד את ה... את המשקל מעל הכתפיים ולהגיד... אוקיי. זו מי שאני. אני...
מפסיקה להתבייש בזה, ו... ואני הולכת לעשות את זה! ז'תומרת אני הולכת לעשות את זה.
שיר: ו... אבל אה... לא עשו לך הנחות אמרת, במפגש הזה?"

אלמוג: לא, כי תשמעי... כשאת יושבת מול פסיכיאטר אז הוא לא רק מקשיב, הוא גם שואל שאלות.
ו... הרבה פעמים תוך כדי פגישה, אנחנו לא שמים לב כאילו מה, מה... מה ש... מה הרבה פעמים
נאמר, הנה עו... עובדה קיימת, את הולכת לתמלל את השיחה שלנו, ומשמה יעלו... דברים שלא...
בהאזנה ראשונה, לא, לא... קולטים את זה אלא אחרי שחושבים על זה אולי, או אחרי ששומעים את
זה שוב. אז אה... אז כן, אז אה... אז כשחשבת על זה עוד פעם, על השיחה שהייתה לי איתו, כן הוא
נתן לי לדבר ולשפוך את מה שיש לי. אבל הוא גם שאל אותי כל מיני שאלות, אני לא זוכרת בדיוק מה,
אבל אני זוכרת שהיו שמה צולבות גם.

שיר: צולבות.

אלמוג: כן, כאילו, לבחון האם באמת אה... מה שאני אומרת זה מה שאני מתכוונת, או... או סתם
אני... out of the bloom פתאום כאילו... [שתיקה קצרה] כי אני מתארת לעצמי שאם למשל לא הייתי
אמיתית אז הוא היה אומר לי... "טוב, כאילו, לא נראה לי נכון. אהה... שזה מה ש... אמור להיות, אולי
תנסה לחשוב על זה, או להעביר עוד זמן". כי זה לא היה מקרי. אחרי הפגישה הראשונה, כתב חוות
דעת ש... אה... יש לאפשר לי טיפול הורמונאלי ו... "

ליאת ואלמוג, שתייהן, משתמשות במילות תואר בעלות קונוטציה קשה ולא נעימה – של "שיפוט" ו"שאלות צולבות", ובכל זאת, שתייהן מתארות את המפגש כ"נחמד" ו"נעים" (בהתאמה). ניתן לייחס זאת לתחושה הכללית של קבלה, מצד המטפל, את בקשת האישה שלמולו לקבלת טיפול הורמונאלי או כירורגי – אלמנט הכרחי ומשמעותי לאין שיעור בטיפול באנשים טרנסג'נדרים. היבט נוסף, השלוב בתחושת קבלה, הוא הערכה חיובית של רמת המקצועיות של הגורם המטפל והכרות נאותה שלו עם התחום, עניין שאינו מובן מאליו (ראה פרק מחסום הידע).

העובדה כי מטפל מבריאות הנפש נתפש כגורם מאשר בלבד, ולא כגורם טיפול, הנה מצערת, בעיקר לאור תיאוריהם של מספר מהמרואיינים את תחושת ההשמטות מהמערכת התומכת לאחר קבלת האישור. כפי שמציינת ליאת:

"הנושא של ה... ה... הורמונים, שינוי הורמונאלי, הוא לא משפיע קודם כל על הגוף, המקום הכי רגיל זה המוח. קודם כל, כל השינוי זה בראש. ו... זה מאוד גם מסבך, ולפעמים זה... זה נושא של ה... גם יש את הקשר למחזור, ש... גברים לא כל כך אוהבים שלפעמים את נכנסת פתאום לדיכאונות, בלי... שום סיבה. ו... פשוט אה... המ, אנשים צריכים ליווי פסיכולוגי מאוד קרוב. ו... כרגע? אני לא, לא... לא מכירה, לא מכירה שמישהו מקבל, כאילו, אם את הולכת לעשות ניתוח מין, אני חושבת שבן אדם צריך אה... פסיכיאטר, אה פסיכולוג, צמוד. אחרת... זה מאוד קשה. ל... לבן אדם צעיר אה... אני מאמינה שזה יגרום משהו, לתמיד. ואני מכירה הרבה נשים משוגעות, מ... אה... כן... מה שעושים בתל-השומר, יש שם וועדה. ו... קובעים בעצם תורים ל... לכל הרופאים שאת צריכה לעבור בתוך הוועדה, של אה... אישור. ו... זהו. לא קובעים איזה... מה טיפול נוסף, איזה תמיכה פסיכולוגית. [שתיקה] חבל מאוד, כי... זה מאוד קשה! קודם כל, מבחינת הרב, הרב של הטרנסג'נדרים - יש להם בעיות עם הסביבה, עם המשפחה... אין הרבה משפחות שמקבלות את זה בבית! ופשוט... אהמ... אז אנשים נותרים בודדים."

תחושות אלו עולות גם לאור תהליך מתמשך של שינוי רגשי וגופני, המעלה לא פעם קשיים (Devor, 1997, pp. 394-5; Morgan & Stevens, 2008).

הדרישה לאבחון, כאמור, סבוכה במספר רמות, ברמה המקצועית נשאלת השאלה כיצד תהליך זה נעשה. נושא זה מעלה את אחת הבעיות המרכזיות עם אבחנת ה-Gender identity disorder, כפי שהיא מופיעה כיום ב-DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000, pp. 576-582), האבחנה היא, למעשה, טאוטולוגית: לאדם יש GID כי הוא מזדהה כבן מגדר אחר ממינו הביולוגי, וכן – הוא מזדהה כבן מגדר

אחר ממינו הביולוגי כיוון שיש לו GID (Pilgrim, 2005 as cited in Lev, 2009). בעיתיות זו מעלה תהיות לגבי מהי משמעות האבחנה וכיצד ניתן לבצעה (ראה פרק מי פה המומחה?).

עצם הגדרתו של איש בריאות הנפש כמוקד המומחיות לזיהוי ולאבחון זהות טרנסג'נדרית, הופכת אותו למאיים בעיניי חלק מן המטופלים הפוטנציאליים, ופוגעת במידה בה הוא נגיש להם. האפשרות כי בקשתם לקבלת טיפול תדחה, מונעת ממטופלים לפנות ולקבל סיוע מקצועי. עבור מרואיינים שעסקו בסוגיה זאת, משמעות האישור אינה רק מכתב המאפשר טיפול הורמונאלי או כירורגי, אלא אישור של עצם זהותם, כפי שמתאר אורי:

"...ואני (שם מטפלת בתחום) לא רציתי ללכת כשהתחלתי טיפול. אני לא יודע למה, משהו בתווית הזו של ה... משהו בה איים עלי. לא מתוך הכרות איתה, אני חושב שמהו בכותרת. אני לא זוכר איך היא מוגדרת. ...זה עדיין הפחד שלי שהיא לא תאשר אותי."

תחושתו של אורי, כי עצם זהותו נתונה לאישור או הפרכה, חושפת את כוחו של השיח על המגדר הנורמטיבי ואת הבושה העוטפת את מי שחוצה את גבולותיו (זיו, 2006). נקודה זו מעלה, לדעתי, את אחת ההשלכות החמורות ביותר של סימון איש הטיפול כגורם המאשר טיפול הורמונאלי או כירורגי. סוגיה זו הנה מטרידה במיוחד במחשבה על אנשים אשר מתלבטים ובוחנים את זהותם המגדרית, ויכולים ליהנות במיוחד ממפגש עם מומחה בתחום. על אף היותם זקוקים לתמיכה זו, ייתכן וימנעו מהפנייה אליה בעקבות חששם כי ספקותיהם יפגעו באפשרותם לקבל טיפול הורמונאלי או כירורגי, בהווה או בעתיד. לאור החשש מדחייה מקבלת אישור להתחלת טיפול הורמונאלי או כירורגי, יש הנמנעים מהפנייה בשלב בו קיימות בהם ספקות. הפנייה לטיפול נדחית לצורך גיבוש זהות⁵ ופיתוח אסטרטגיית הצגה עצמית נאותה שתקנה להם את האישור המיוחל, כפי שמתאר אלעד:

אלעד: "אה... גם שם, גם כש... אמרתי לה את זה, אמרתי אה... שחשבתי להגיד לה "כן, אני יודע שזה ככה וככה, אני יודע שזה מלא תופעות, אני יודע ש... אממ... עוד אופציות..." בסדר, אמרתי לה גם למה ואיך אני מרגיש עם זה, אממ... ונגיד ההורים שכבר אה... טוב, אז הם לא קיבלו, אבל אממ... אני לא בטוח, לא נראה לי שהם שאלו. כאילו אסטרטגיה שונה מ... זה לא... אממ... אה... שאלו אם אני גר בבית עדיין, ואמרתי שכן, ו... אממ... לא נראה לי שאמרתי להם שההורים לא יודעים כי... הם לא שאלו, ולא... מעניין אותם. אממ... אבל כן ש... גם... שחשוב להראות את זה כי... אחרת

⁵ באמירה זו אין הכוונה לרמוז כי תהליך זה דורש או מחייב קבלת סיוע נפשי, במקרה המתואר או בכלל, אלא להדגיש את הבחירה להימנע מקבלת סיוע כזה.

אה... אולי לא... אולי לא יהיה מה לכתוב. זהו, אם אני אראה קצת פחות, הוא לא יכתוב לי מכתב "כן, הוא אהה... יכול להתקבל להורמונים" עכשיו. לא... לא... יותר נח שאני אבוא מוכן כאילו... מוכן מראש, לדעת באמת מה... באמת ש... אני יודע מה אני הולך לעבור. שאין ספקות. אחרת זה היה

הרבה פחות פשוט, נראה לי. [שתיקה]

שיר: בשלב הזה... היו לך ספקות?

אלעד: אה... לא. ספקות היו רק לפני."

אלעד מראה רמת מוכנות גבוהה לשיחה זו, הוא יודע מה עליו לומר וכיצד עליו להציג את עצמו בכדי להימנע ממהמורות מיותרות בדרכו. מדבריו, ניתן ללמוד כי קיימות תשובות נכונות יותר מאחרות, אשר ידועות לא רק למטפל אלא גם למטופל. הרעיון כי המטופלים לומדים לספר את הסיפור המבוקש מוכר היטב בספרות המקצועית בתחום (Lee, 2008; Lev, 2009; Stone, 1991). חזרה על נרטיב קבוע ואחיד מחזקת את המודל הרפואי על בסיסו נכתב, ומייצרת ציפייה לתגובה אחידה מן הממסד הרפואי (Barker, 2008) – ציפייה שהיא, כמובן, לא אפשרית בהקשר של אבחון רפואי, ובעיקר אבחון פסיכיאטרי.

מתיאורי המרואיינים עולה כי אחת הדרישות לשם קבלת האישור לטיפול הורמונאלי או כירורגי הנה וודאות בבחירתם לעבור את הטיפול, על כל השלכותיו. קבלת החלטה באופן מודע ותוך הבנת הפרטים, הנה אחת הדרישות לשם קבלת מכתב הפנייה לטיפול הורמונאלי או כירורגי, על פי ההמלצות הטיפוליות (WPATH, 2011) (נקודה שבעצמה מעלה דיון רב, אשר חורג מגבולות מחקר זה). זו אינה הדרישה היחידה, עם זאת נראה כי היא צובעת את חוויותיהם של חלק מהמרואיינים. כך מתאר תמיר את התהליך הטיפולי שעבר, כשחמישה חודשי טיפול מצטמצמים לכדי הליך מוארך של בדיקה, בהם תפקיד המטפל הוא רק לוודא את נחישותו בהחלטה לקבל טיפול הורמונאלי או כירורגי:

"חמישה חודשים זה רק שיחה, אין אפשרות לקבל בכלל טיפול. זה רק שיחה, הוא שואל "אתה בטוח? אתה בטוח? זה לא... אתה לא..." שלא לשנות את הדעה באמצע... הוא בעצם צריך לוודא שזה שבא אליו, הוא יודע במה זה כרוך. שהוא לא פתאום, אחרי חצי שנה יגיד "אה! חשבתי שזה משהו אחר, אני לא הבנתי לאן אני נכנס". בא בעצם נוודא שאת לא... שאין שינוי דעת באמצע... ולהסביר לכל אחד עוד פעם ועוד פעם "כן, אני טרנסקסואל" ולהגיד את כל מה שסיפרתי לך ולהגיד ש"כן, אני מעוניין בזה ב-100% ואני לא אשנה את דעתי".

תפישה שכזו מקבילה לתחושה כללית כי קבלת טיפול דורשת בעיקר מאמץ עיקש ומתמיד, וכי הציפייה להבנה לעולם לא תישא פירות:

"הוא לא ממש מבין אבל הוא... איך אומרים... הוא רופא המשפחה והוא ראה שאני מאוד מאוד עיקשי, עיקש בזמן, ואני עקבי ואני לא מוותר. אז הוא הסכים, אבל הוא לא באמת... חייבים להתעקש!... זה מעצבן, אבל מצד שני את מנסה להסביר. ניסיתי, וניסיתי וזה לא עובד... אין, את לא יכולה, יש דברים שאני פשוט, אנשים שאני אומר "אוקיי", תביאו לי את האישור, אתם לא מבינים, אתם לא תבינו, אתם צריכים להיות בנעליים בשבילי כדי להבין את זה."

בנוסף, התפישה כי הבעת וודאות הנה הכרחית, מעלה באופן כמעט בלתי נמנע את הרעיון כי הבעת הביטחון בבחירה הנה ערך עליון, אולי אף יותר מאמירת האמת וחשיפת הספקות. אורי מספר על היתקלותו בסיטואציה שכזו:

"אז היא אמרה, מה שהיא אמרה, שצריך אה... שאני צריך להחליט, שאם כאילו אני לא אחליט שאני עובר היא לא... היא לא... היא לא תרשום לי הורמונים, כאילו טסטוסטרון... זה נשמע לי החלטה קצת כזה אה... את יודעת, הייתי יכול למרוח אותה, הייתי יכול להגיד שכן. כאילו... שזה אופציה ששקלתי, האמת היא, אחרי שיצאתי משם... למה לא עשיתי אותה? אה... כי נראה לי שאני בעיקר פחדן, כאילו לא הרגשתי נח לבא ולהגיד לה משהו שהוא לא נכון."

בהקשר זה, הפיכתו של גורם טיפולי לשומר הסף העומד בדרכו של אדם לטיפול בו הוא חפץ, מהווה מחיצה בין שני צידי הדיאדה הטיפולית. תחושת המטופל כי עליו לספק למטפל את התשובה אותה הוא מעוניין לשמוע, גם אם אינה התשובה האוטנטית, מכרסמת ביסודותיו של הקשר הטיפולי ומנטרלת כל אפשרות של עבודה משמעותית בו.

גורם נוסף, חשוב לאין שיעור, להתנגדות לפניה לאיש בריאות הנפש הנו הבעת עמדה פוליטית כנגד הדרישה לקבלת אישור שכזה. בכתבתם של פעילים חברתיים ואנשי מקצוע רבים מוזכר המרמור כלפי הדרישה לפנייה לאיש בריאות הנפש והסתכלות על ההליך כולו כארוך, מיגע ומשפיל (Green, 2000, p. 914; Reid, 1998, as cited in Speer & Parsons, 2006). התייחסות שכזו ניתן למצוא בדבריו של עמית:

"...אישור ממטפל או מטפלת נפשיים שאני שפוי ומודע ושירשמו לי את האבחנה אה... של ה-GID או של transsexualism, מה שיש ב... ב-DSM... אותו נוהל דכאני ששולל מאיתנו את האוטונומיה על הגוף שלנו, את הזכות לבחור בעצמנו מה לעשות עם הגוף שלנו, ושולח אותנו להביא אישורים נפשיים על השפיות שלנו, על הכשירות שלנו לקבל החלטות לגבי הזהות שלנו, לגבי הגוף שלנו, שזה לא בסדר בעיניי!... אפשר אחרת, וש... לא מתייחסים אלינו כחולי נפש, כאנשים שלא יודעים... לקבל החלטות ולהבחין בין טוב לרע. הרי זו ההבחנה הבסיסית של חולה נפש, לדעת להבחין בין טוב לרע. אם מבקשים ממני להוכיח שאני שפוי וכשיר, הם בעצם... אומרים עלי אמירה מאוד משמעותית."

...כאילו "הנוהל שלך מדכא את ה... האנטומיה שלי על הגוף שלי, מדכא את היכולת שלי לקבל החלטות על הזהות שלי, שולל למעשה את ההכרה בזהות שלי, ומשאיר אותה בידיים של מישהו אחר, ואני לא מוכן לשתף פעולה עם זה".

אין צורך לפרט ולהסביר את הקושי העומד בפני אדם המעוניין לפנות לקבלת עזרה טיפולית מאיש מקצוע, אך חש כי בסיס זהותו עובר פתולוגיזציה ומדיקליזציה על ידי מוסדות בריאות הנפש.

מדברי המרואיינים ניתן לזהות מספר סכנות העומדות בפני תהליך טיפולי בשל מינוי גורמי בריאות הנפש לתפקיד שומר הסף של הטיפולים ההורמונאליים או הכירורגיים הדרושים להתאמת החזות הגופנית לזהות הנפשית. אחת ההמלצות העולות בספרות היא הפרדה בין הגורם המטפל לגורם המעריך את ההתאמה והמוכנות לטיפול (Anderson, 1997 as cited in Lev, 2009). פוטנציאלית, רעיון זה אכן יכול להגן על התהליך הטיפולי, אך הוא אינו מתמודד עם היבטים אחרים של סוגיה זו, כדוגמת ההימנעות הפוליטית של מספר לא מבוטל של אנשים טרנסג'נדרים, מתהליך אבחוני.

סוגיה זו, הנוגעת לאלמנטים רבים בקשריהם של מטופלים טרנסג'נדרים עם המערכת הרפואית, דורשת פתרון עמוק יותר בגישור הבדלי התפישות בין מטופלים לאנשי מקצוע. פתרון הסוגיות העולות בפרק זה הנו רב חשיבות, שכן הדחק הרב בו מצויים אנשים טרנסג'נדרים בחברה מסכן את שלמותם הנפשית ((Couch, Pitts, Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007; Mail & Safford, 2003), ובכך מדגיש את חשיבות הנגשת שירותי בריאות הנפש עבורם, כפי שגם עולה מדברי המרואיינים במחקר זה. פרט לביטולה המוחלטת של הדרישה לקבלת הפנייה מאיש מקצוע, נראה כי שינוי גישה והמשגה מצידו, כך שיהיה פותח הדלת ולא שומר הסף (Lev, 2009), יכול לשפר משמעותית את חווית המטופל מן המפגש.

"הרגשה שאני קצת רדוף" – הרפואה והתקשורת כזירות משמוע

אחד ממרואייני המחקר הוא נועם. נועם הוא הטרנסג'נדר הראשון, שלאחר שהחל בתהליך לשינוי מגדרו וגופו, בחר להיכנס להריון. בהיותו בחודש השישי להריונו, נדרש להגיע לבדיקה במיון נשים, בעקבות אותו ביקור פורסמה כתבה אודותיו ואודות הריונו (רוזנבלום, 2011):

"כאילו זה היה במוצאי שבת, ואז ביום ראשון ב... אממ... בערך בשלוש בצהריים, יום אחר כך, אה... קיבלתי אה... טלפון מכתבת הבריאות של ידיעות שהיא שמעה שהייתי בבית חולים אה... אתמול אה... בלילה, ואני בהריון... אז אמרתי... את יודעת מה, אני אחשוב על זה, במחשבה שאולי באמת לשתף איתה פעולה ולפחות יצא כאן משהו ש... אה... פרנדלי, אה... ונכונה. ואמרתי "אני אדבר איתך מחר", ואז גם (בן הזוג) כאילו מאוד לא רצה, וניסיון קצת לברר עם חברים בתקשורת אם ניתן לבטל את פרסום הכתבה, ואז התעוררנו למחרת בבוקר, האמת ש(בן הזוג) העיר אותי בשבע בבוקר כי

מישהו התקשר אליו בשש וחצי לשאול אם אנחנו מוכנים להתראיין לגלי צה"ל, וגילינו ש... העמוד הראשון, כאילו יש לזה בעמוד הראשי וכל העמוד אמצע אה... מדבר עלינו."

לא ברור כיצד הגיע המידע לידיה של הכתבת, בעוד היא ובית החולים טוענים שאת המידע העביר עובר אורח מקרי, נועם אינו משוכנע:

"...זה היה לא כל כך אמין כי חדר המתנה היה דיי ריק והיו שמה שלוש נשים, אה... אחת חרדית, שאיכשהו יש לי הרגשה שאין לה קשרים בידיעות, ושתיים אה... היו כאילו במהלך צירים ויש לי הרגשה שאני הדבר האחרון שעניין אותם באותו רגע. אממ... וגם היו להם כל כך הרבה פרטים אלי, לכתבת בידיעות - השם שלי המלא והטלפון וכל הדברים האלה, וגם איזה שבוע הריון אני ו... ושכל הבדיקות תקינות וכל הדברים האלה, ככה שזה היה דיי ברור שזה לא הודלף מ... שזה לא הייתה משהי שישבה בחדר המתנה, אלא מישהו מבפנים. עכשיו אני לא יודע אם זאת הייתה המזכירה, או הרופאה או... אני מאמין שהרופאה לא, אבל... האחות, או לא יודע מי. אבל זאת הייתה, נראה לי, כאילו בסבירות של 99.9% ש... זה לא היה עובר אורח, כמו שהם מנסים לטעון."

אין זה מקומו של מחקר זה לבחון את אמיתות טענות הכתבת או בית החולים. בין כה וכה, ניתן, לדעתי, לראות במטופלים נוספים שנכחו במקום נספחים המגויסים אל המערכת הרפואית. המטופלים מדגימים את האופן ה"נכון" חברתית לביצוע תפקיד המטופל (במקרה זה, ה"נכון" הוא להיות המטופלת). בנוסף, בנימה אתית, ברצוני לציין כי בית החולים מחויב לטובתו של המטופל, ובתוך כך גם להגנה על פרטיותו (הלשכה לאתיקה, 2009, עמ' 61, 65, 222-223), ומכאן, שעל המוסד להישמר מפני הפרת פרטיותו של מטופל גם על ידי מטופלים אחרים. לכן, ניתן, לדעתי, לייחס את הדלפת פרטי ביקורו של נועם לתקשורת, כצעד הנעשה במסגרת המערכת הרפואית, גם אם לא הוכח כי נעשה על ידי גורם מטפל בה.

בחלק זה של העבודה, ברצוני להתייחס למשמעות העומדת מאחורי פרסום כתבה שכזו, ברמה החברתית ובהקשר של חלק מהנושאים שעלו בעבודה, ולהשלכותיה על הקשר של מטופלים טרנסג'נדרים עם המערכת הרפואית. ארצה להציע כי הכתבה המדוברת היא תוצאה של שילוב כוחותיהם של המערכת הרפואית ותקשורת ההמונים, בכדי להגן על גבולות החברה.

במקרה זה, משהחליט נועם להרות, עשה צעד עיקש לשבור את הדיכוטומיה הברורה בין המינים: מחד, הגדיר את עצמו, ואף עשה צעדים פיזיים, להנכחת זהותו הגברית, ומאידך כבש את מה שמוגדר כמעוז הנשיות בחברה הישראלית – ההיריון (אמיר, 2000). מתוך מחויבותם לחברה, הפרטים בה נדרשים לאותת על הפרה שכזו של הנורמות המקובלות. מוסדות, כמו המערכת הרפואית והתקשורת, הם בעלי תפקיד, הנדרשים להפעיל את כוחם בכדי למשמע את הפרט החורג (פוקו, 1969/2005, עמ' 51-52; Giddens, 1991, pp. 149-155).

תפישת ההטרונורמטיביות באה לידי ביטוי בכתבה במספר רמות. ראשית, לכל אורך הכתבה קיימים ביטויים המחברים ומבלבלים בין מין ומגדר, כדוגמת "איבר מין גברי" (במקום זכרי) (רוזנבלום, 2011). ביטויים אלו מבטאים את הניסיון לרדד את מגוון הזהויות הטרנסג'נדריות אל תוך המסגרת הדיכוטומית של מגדר (Beemyn & Eliason, 1996, pp. 183-203). שנית, תפישה זו מופיעה בהתייחסות אל הליך סטנדרטי, כביכול, לשינוי גופני – כזה הכולל כריתה של השדיים, הרחם, השחלות והחצוצרות וכן בניית פי. ההליך המתואר רומז כי נדרשת מחיקה מוחלטת, או כריתה, של חלקים נקביים והזדהות מלאה כגבר ולכן ההתייחסות אל נועם היא כמעין טרנסג'נדר חלקי, משום שלא עבר הליכים כירורגיים באיברי המין. הכתבה, כאמור, אינה מתייחסת אל נועם בשמו, עם זאת שלל אלמנטים בכתבה מנסים לטשטש את העובדה כי נושא הכתבה לא שיתף פעולה עם פרסומה, וכן לייצר תחושה של קרבה למצב, כדוגמת השימוש בצילום אילוסטרציה של גבר החושף בטן הריון, והשימוש בציטוטים מן הבלוג של נועם (נייגר, 2008). השימוש בכלים הללו אפשר לכתבה להישמר בתחומי החוק, אך עדיין להיות חושפנית ביותר. כפי שמתאר נועם:

"עכשיו, כביכול, לא היה שם שום דבר לא בסדר, כי לא היו פרטים מזהים, כביכול. כאילו, לא היה שם, שם משפחה וכאלה. אבל היו שם המון פרטים שגם... כאילו, כל מי שרצה יכל לקשר את זה אלי, כאילו, בטח כל מי שמכיר אותי, וגם מי שלא מכיר אותי, כי שמו ציטוטים מבלוג שהיה לי בגיל 18, ואז היה כאילו אפשר לעשות חיפושים ב-Google על הציטוטים מהבלוג ולהגיע לבלוג שלי ככה שהיה... כל מי שרצה יכל להגיע אלי. את היומיים שאחר כך ביליתי בלסן... סיננתי, לדעתי, 120 טלפונים ו(בן הזוג) סינן בערך אממ... 50. אז אה... כן, לא יצאנו מהבית."

בכתבה מובאים שני ציטוטים מהבלוג של נועם, אבקש כעת להתייחס לבחירת שני ציטוטים אלו ולייצוג הטרנסג'נדרים שאלו מבקשים לשקף. הראשון עוסק בתחושות ההתרגשות והשמחה שלו לאחר ניתוח בניית החזה. ציטוט זה מחזק את התפישה החד-ממדית לגבי מהות הזהות הטרנסג'נדרית, כמו ההתייחסות אל ההליך הסטנדרטי, כביכול, שהוזכר קודם לכן. כמו-כן, הוא מהווה חלק מההתייחסות המרובה והחושפנית בכתבה לגופו של נועם - מדגישה את מראהו הגברי, מזכירה את שבוע הריונו ותוצאות בדיקותיו, וכן מפרטת את התהליכים הרפואיים שעבר ולא עבר, כחלק משינוי המגדרי. על פי רעיון ה"היררכיה בין גופים" של Spelman (1982), ההתייחסות החברתית לקבוצות מיעוט כוללת הדגשה של גופם, ולכן הדגשה זו של הגוף הטרנסג'נדר משקפת את מקומו בחברה. ההיררכיה מאפשרת את התעסקות זו, והופכת את הגוף הטרנסג'נדר לשטח פרוץ לסיפוק של סקרנות הכלל (גופמן, 1963/1983; Stone, 1991).

הציטוט השני מהבלוג של נועם מוצג כעוסק ביציאה מן הארון, ומספר על הזדהותו של נועם בעבר כלסבית, וכיום כהומוסקסואל (רוזנבלום, 2011). ראשית, הוספת הנטייה המינית לקלחת הוא ביטוי נוסף להצגה ההטרונורמטיבית בכתבה. הזכרת ההעדפה המינית של אדם שמורה, לרב, לאלו שאינם הטרוסקסואלים, שכן ההטרסקסואליות נתפשת כטבעית ולכן ברורה מאליה (קמה, 2000, עמ' 86). כמו-כן, הזכרת יציאותיו מהארון, כביכול בזהות שונה, מחזקת את הייצוג של טרנסג'נדרים כאנשים מבולבלים (Joelle, 2009).

חשיפה רחבה שכזו מייצרת לנועם דימוי ציבורי, המבוסס על מידע מצומצם ואף מעוות, בחלקו, אודותיו. דימוי זה מבוסס על תיוג סטיגמתי של טרנסג'נדרים ובמידה רבה גם מחזק אותו (גופמן, 1963/1983, עמ' 62). בנוסף, הדימוי הציבורי הופך את חייו של נועם לנחלת הכלל וחושף אותו לביקורת רחבה, כפי שהוא מספר:

"זה היה כתוב בצורה מאוד... מבזה בעיניי, והיו שם הרבה מאוד סילופים וזה הוציא אותי ד"י גרוע. ועם כל הציטוטים מהבלוגים שלי, שלא בהכרח אה... אז לי זה היה מאוד מאוד לא קל, ובאמת לא יצאתי מהבית כמה וכמה ימים. אה... כאילו, זה היה לא קל מהבחינה הזאת, וזה היה לא קל כי התעקשתי מאיזושהי סיבה לקרוא את כל אלף ומשהו הטוקבקים שנכתבו עלי שהרבה מהם היו... כאילו, בערך חצי מהם אמרו "זה סתם אישה עם זקן, מה אתם רוצים?" בערך 10% היו חיוביים והכרתי את כל מי שכתב את ה... [מגחך] הטוקבקים האלו, ו-40% אמרו שאני חולה וסוטה ושהילד יהיה מסכן ומקווים שאני אפיל וכל מני דברים אה... נחמדים כאלה. זה היה מאוד מאוד לא פשוט."

החשיפה גורמת לנועם לחוש פגיע מאוד, עד כדי כך שהוא נמנע, למשך כמה ימים, מלצאת מביתו. לתחושת הפגיעות שלו שותפים רבים מן הקהילה הטרנסג'נדרית, כפי שהוא מספר:

נועם: "...מן הסתם הקהילה הטרנסג'נדרית מאוד מודעת למה שקרה, ואני חושב שזה... כאילו, אם גם ככה אנשים פחדו להגיע לבית החולים אז אני בטוח שזה תרם לזה. כאילו, אני גם שומע, לבית החולים הזה אין ספק, אבל אני דיי בטוח ש... כאילו, אני גם יודע מאנשים מסוימים ש... שיש אנשים שיחשבו פעמיים להגיע לבית חולים וזה... קריטי בעיניי."

שיר: ...תספר לי באמת, מה היו ההדים מהקהילה על ה..."

נועם: שזה מאוד מפחיד, כאילו... שחיים בתור טרנסג'נדר הם מפחידים גם ככה, וש... אתה מגיע לבית חולים יש הרבה דברים שאתה יכול כאילו לפחד מהם ושזה הפך גם לאחד מהם, שאתה תמצא את ה... את הפרטים הכי אישיים שלך כאילו... בתקשורת. למעשה. אנשים כאילו כתבו ברשימת תפוצה דברים כאלה, אז אני לא מציא את זה, וגם... אני יודע שהרבה מאוד אנשים בקהילה הטרנסג'נדרית היו מאוד מעוררים מהסיפור הזה, אני יודע על כמה אנשים למשל שלעולם לא מגיעים

לקבוצה החברתית ועוד פשוט היו, הרגישו שהם צריכים כאילו חברה טרנסג'נדרית באותו יום, וזה היה קבוצה ש... במקרה נפגשת באותו יום, אז... הרבה אנשים הגיעו פשוט בשביל... כן. זה... הרבה אנשים חוו את זה בתור איזה, לא יודע, טראומה קולקטיבית שאולי טיפה... טיפה בומבסטי, אבל כן בתור משהו שקרה לי אישית אלא גם בתור קהילה. כמה חברים שלי לקחו את זה באמת כל כך קשה, כאילו כמה חברים שלי אמרו שהם לא הלכו, כאילו לא הצליחו לעבוד באותו יום, לא הצליחו ללמוד באותו יום, כאילו... גם בגלל מה שאני עברתי, אבל גם כ... כאילו ברמה הקהילתית. זה היה משהו מאוד רציני, אני חושב."

נועם מתאר את תגובותיהם של טרנסגינדרים אחרים, הנעשים רגישים מתמיד בעקבות חשיפתו הרחבה, תופעה המלמדת על חוויית השותפות הקהילתית (גופמן, 1963/1983, עמ' 26). ניתן לומר, ללא ספק, כי לחשיפה של נועם בתקשורת קיימת השלכה משמעותית על רמת האמון שיחוש הוא, ויחוו אנשים טרנסגינדרים אחרים, בפניות למערכת הרפואית בכלל ולמערכת החירום בפרט (ראה פרק החשיפה הראשונית).

החשיפה השפיעה, כמובן, גם על אמונו של נועם במערכת, והוא מנסה להימלט מתשומת הלב שקיבל לאחר הכתבה, גם כשזו אינה עוינת. כפי שהוא מתאר את בחירתו לוותר על הצעתה של מיילדת לילד אותו בחינם:

"אחרי שהכתבה התפרסמה אז... איזה מישהי שהכרתי אמרה לי שאמא שלה מיילדת ושהיא תראה את זה כאתגר גדול לילד אותי, והיא תהיה מוכנה, היא עושה לידות פרטיות, והיא תהיה מוכנה לילד אותי בחינם. אממ... והלידות, כאילו לידת בית, לידה פרטית זה 5,500 שקל, ...כן חשבתי "רגע, זה כסף שאני יכול לחסוך" וחשבתי ש... זה נורא כיף להיות מטופל אצל מישהי שפשוט רואה בי בן-אדם שהולך ללדת ולא איזה אתגר או סיפור או... כאילו... ואני מאוד מרגיש שהיא רואה בי בן-אדם שהולך ללדת ולא... כאילו היא לא שואלת שאלות לא קשורות, ו... לא יודע, היא מתייחסת לזה לגמרי בשוויון נפש, וזה נורא כיף."

זוהי אחת התוצאות של החשיפה רחבת ההיקף, שתגובותיה הרבות של החברה מובילות להפרעה בהתנהלותו הפרטית, בין אם מדובר בתגובה עוינת או אהבת (גופמן, 1963/1983, עמ' 63). עם זאת, הוא בוחר בהמשך להיחשף בכתבה נוספת:

"אמרתי "אוקיי", אם זה כבר בחוץ, אז אני מעדיף כבר לחשוף את זה עם הפנים שלי, עם השם שלי ועם המילים שלי". וזה... וכאילו להוציא מזה משהו טוב... אממ... לקהילה. וגם... שבאמת לתקן קצת את הרושם שנוצר, כי באמת... כאילו הסתכלתי על הכתבה הזאת ואמרתי לעצמי בכנות, שאם הייתי בן אדם חסר ידע בנושאי טרנסים אז אוקיי לא הייתי קופץ ל... "הלוואי שהוא יפיל", אבל כן הייתי אומר

"אוקי", זה מישהו קצת פסיכי". כאילו... כי באמת היא הוציאה אותי קצת פסיכי. אממ... זה... זה... זה... זה מה שבאמת רציתי לתקן את זה איכשהו... כאילו אני מרגיש שזאת הייתה החלטה מאוד מאוד נכונה כי... אחרי שהכתבה השנייה יצאה, כאילו אני יודע שלא שינית ל... אני מניח שלרוב לא ממש שיניתי את מה שהם חשבו, אבל מבחינתי האמת נמצאת שם בחוץ ומי שרוצה. מי שרוצה אותה יכול למצוא אותה."

ניתן, לדעתי, להתייחס אל שתי הדוגמאות האחרונות – ההתחמקות מתשומת הלב המיוחדת מהמיילדת והבחירה להיחשף (ובכך לזכות שוב בתשומת לב רבה), לא כמנוגדות אלא כזהות. בשני המקרים הללו אלמנט מרכזי עבור נועם הוא שליטתו במצב, וכן מדגים את שאיפתו להיתפש כבן אדם שהולך ללדת ולא כסנסציה.

באמצעות הכתבה השנייה עובר נועם חוויה מתקנת, כדבריו:

"... וזאת הייתה איזשהו סוג של חוויה מתקנת לעבוד עם כתב שמאוד מאוד קשוב אלי, כאילו גם... מאוד הרגשתי שזה קצת החזיר לי את הכוח שלי, כי... באתי עם דרישות מאוד ברורות, שהיה ברור ש... שנראה לי ש... אה... אני תוהה אם אי פעם העיתון כל כך התגמש לקראת מרואיין, ו... ואם... כן זה בטח לא קורה לעיתים קרובות, אבל כולם רצו את הסיפור ה... הבלעדי. אז הם דיי הסכימו, כאילו זה היה win-win situation, אבל כאילו היה חוזה והוא היה חתום, והיה מאוד מאוד ברור שכאילו כל הכתבה, וכל הכותרות משנה, וכל התמונות וכל העריכה וה... הפרומים, הכל כאילו עובר דרכי ויש לי זכות וטו. בעצם כתבנו את הכתבה ביחד, ישבתי עם הכתב ו... הוא שאל אותי שאלות, ועניתי על השאלות, ומדי פעם אמרתי לו "בעצם... תוציא את השאלה הזאת, לא רלבנטי" או אה... "תשאל אותי את השאלה הזאת בצורה אחרת" או... "אתה יודע מה, לא מרוצה מהתשובה שנתתי אז אה... אז תשאל אותי שוב" כאילו, זאת באמת הייתה... ואני מאוד מאוד מרוצה מהתוצר הסופי. אז אממ... ואני חושב שזה עשה הרבה טוב."

בעקבות משא ומתן עם מערכת העיתון ועבודה עם הכתב, הופך נועם מנושא פסיכי של כתבה שפורסמה בלעדיו, לבעל שליטה מלאה בכתיבתה ועריכתה של הכתבה. מהלך זה מאפשר לנועם להגדיר את זהותו בדרכים אחרות, אישיות יותר ומתאימות יותר משל השיח ההטרונורמטיבי שיוצג בכתבה הראשונה. נועם אינו עוד בעמדת הכוח השלילי, של הפרט המפוקח באמצעות השיח הדומיננטי (פוקו, 1969/2005), אלא מתנסה בעמדת "כוח חיובי" (Grosz, 1999, אצל העליון, 2007), של המשגה עצמית תוך בדיאלוג עם השיח הדומיננטי.

פרסומה של הכתבה הראשונה העמיד את נועם בפוזיציה לא נוחה מול המוסד בו טופל, ללא עלות, במהלך כל הריונו, כפי שהוא מספר:

"לכמה אנשים ב(המוסד המטפל) היה קשה עם כל הסיפור, ש(המוסד השני) כביכול קיבלו את הקרדיט. אה... שזה היה באמת לא נעים, ולא היה ברור אם אני ממשיך... כאילו לי היה לא ברור, נראה לי שלהם כאילו... אם אני ממשיך לקבל שם את הטיפול. כי הם באמת היו מאוד לא מרוצים, הם גם חשבו שזה באמת היה מכוון, אחר כך הבהרנו להם ש... ה... אנחנו גם לא רצינו ש(המוסד השני) יקבלו את כל הפרסום, כי (המוסד השני) באמת לקחו את כל הקרדיט, "כן אנחנו טיפלנו בו לראשונה" וידה ידה."

תגובה זו חושפת, במידה רבה, את האינטרסים הכלכליים והשיווקיים אשר מנחים את התנהלותם של מוסדות רפואיים. אינטרסים אלו, ככל הנראה, היו מרכזיים בבחירת המוסד להעניק לנועם את הטיפול, על אף שלא נאמרו במפורש. כמו-כן, ניתן רק להניח כי אינטרסים שכאלו היו משמעותיים גם בהדלפת דבר טיפולו החד פעמי במוסד האחר. הכתבה השנייה אפשרה לנועם גם לסדר את ההדורים מול בית החולים, כשהזכיר את הטיפול המוצלח שקיבל במהלך הריונו. העניין של התקשורת בנועם מעמיד אותו בעמדת כוח – בכך הפך מאדם הנתון לחסדו של מוסד לקבלת המשך טיפול, למחזיק בידו את הכוח לעתידו ואף כוח רב כלפי המוסד. זוהי דוגמא לכך שהיותו של נועם טרנסג'נדר, למעשה מהווה הון תרבותי המשנה את מעמדו מול המוסד (ראה פרק "לשבור את המחסום של אי סימטריה בכוח" – אסטרטגיות לשינוי השיח).

התנסות זו משמעותית לא רק לנועם כפרט, אלא לקהילה הטרנסג'נדרית כמכלול. כפי שנועם מזכיר, אחת הסיבות שבחר להיחשף בכתבה נוספת הייתה למען יצירת שינוי באופן בו מוצגת טרנסג'נדריות בחברה:

"דעתי שיש לי אחריות ואם הכתבה תהיה טובה, ותשרת את הקהילה הטרנסית, אז עשיתי טוב. ואם היא תצא מחורבנת וטרנספובית אממ... ולא לעניין, אז עשיתי שירות גרוע... כאילו, איזשהי אחריות לייצג את הקהילה שלי כמו שהייתי רוצה לראות אותנו מיוצגים לעיתים יותר קרובות... גם להביא את... עם כמה ש... אני בתור בן אדם פרטי, עם סיפור מאוד אישי וייצוגי whatever... מאוד היה חשוב... לנסות להצ... לנסות להביא משהו כמה שיותר רחב, כאילו ולכן גם מאוד התעסקתי על ה... על ה... על הקטעים שדיברתי על זה שיש הרבה דרכים להיות טרנסג'נדר, כי זה משהו שמאוד מפריע לי שאני רואה טרנסג'נדרים אחרים מתראיינים ש"אחלה שיש לכם את הסיפור שלכם, ו... זכותכם שמה שתמצאו בחיים זה... זה זין לצורך העניין, אבל... ברגע שאתם מציגים את זה כמהות החוויה הטרנסג'נדרית, או שכל הטרנסג'נדרים חייבים להיות כמוכם, אז זה קצת מוחק אותי". וזה משהו שהיה לי חשוב לא לעשות, להגיד "אני טרנסג'נדר ואני בהריון, אבל לא כל הטרנסג'נדרים רוצים את זה, ויש טרנסג'נדרים ש...", כן ניסיתי להכניס את זה כמה שיכולתי."

למעשה, נועם מנצל את הפתח שנותנת התקשורת, בחיפושה אחר הסיפור הסנסציוני והצהוב, בכדי לחדור את מסך הבלתי נראות (קמה, 2000, עמ' 30) המוטל על טרנסג'נדרים בחברה ובתקשורת ובכדי לייצר הצגה מאוזנת. נועם מתאר תחושה של אחריות כלפי הקהילה, המדגישה את חשיבותה עבורו (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב). נועם מזכיר כי לקהילה גם היה תפקיד משמעותי בהקלת החוויה הזו עליו:

"באמת הרגשתי חיבוק קהילתי מאוד מאוד גדול, וקיבלתי המון המון תמיכה ו... כאילו, זאת הקהילה שלי. אני... כאילו אני, קשור לאנשים האלה באיזשהי צורה וזה... נחמד להיות כזה... לפעמים אפילו במרכז העניינים, ולפעמים פשוט להרגיש את ה... את ה... את זה שיש כאילו הרבה אנשים מאחורי... כאילו אני מניח גם שיכול להיות שנחלים לנו עוד מאבקים בהמשך עם הרישום של הילד, וכאילו זה נתן לי הרבה... ביטחון, כאילו, בזה שיש אנשים ש... שיעמדו לצידי אם צריך."

הקהילה, במקרה זה, שימשה לנועם אמצעי תמיכה ונינוחות, וכן כאמצעי גיבוי במאבקים (גופמן, 1963/1983, עמ' 20-24). התגייסותה של הקהילה מבטאת את מידת הקשר בין הפרטים בה, ואת המידה בה קיימת השפעה הדדית ביניהם. צידו השני של המטבע הוא, כמובן, השפעת שתי הכתבות הללו על אנשים טרנסג'נדרים אחרים. ראשית, כבני בו-תרבות – המזוהים כטרנסג'נדרים, אך גם שייכים לתרבות הכללית, הם מושפעים מהדימויים המתוארים בה, גם לגבי זהותם שלהם עצמם (קמה, 2000), לאלו פוטנציאל להשפיע על תפישתם העצמית. בהקשר של נושא מחקר זה, מעלה, כמובן, את השאלה כיצד כתבות שכאלו משפיעות על יחסו של אדם טרנסג'נדר אל המערכת הרפואית, כאשר האפשרות כי מפגשו עימה יפורסם בעל כורחו בעיתונות מתגלה כאפשרית ומתקיימת.

בפרק זה התייחסתי למרכיבים החברתיים השונים המשפיעים על חוויותיהם של מטופלים טרנסג'נדרים במפגש עם המערכת הרפואית. מדבריהם של המרואיינים עלתה התייחסות אקטיבית, המסרבת לקבל מצב זה כגזירה משמיים, ופועלת ליצור חוויה אחרת ולשנות את השיח הרפואי-חברתי לגביהם – בכך יעסוק הפרק הבא.

שיח חדש

שלל הגורמים החברתיים, כפי שתוארו בפרק הקודם, תורמים לכך שהמפגש עם הרופא נתפש כסיטואציה של הבדלי כוחות. בנוסף, תיארו המרואיינים טיפול כוחני מצד רופאים. דוגמה לכך הוא סיפורו של גיל, לאחר שעבר ניתוח בנייה מחדש של החזה בחוץ לארץ, חווה סיבוך בעקבותיו פנה לפלסטיקאית בארץ:

"...וכאילו, וכאילו היא נתנה מבט אמרה "טוב, זה נמק, כאילו צריך להוריד את זה עכשיו". ו... הייתי לבד שם, וקצת התלבטתי מה לעשות אז...בסוף התקשרתי לאיזה ידיד אחר, והיא כאילו בדיוק עם ה... תופסת ביד כזה. לא... לא הסכמתי להיכנס לפני שהוא בא. ואז הוא בא, והיא תוך כדי אמרה כאילו, אמרה דברים ממש מגעילים, שגם אם הם היו נכונים, ממש לא הייתי צריך לשמוע אותם באותה נקודה. כאילו גם על אה... כאילו היא אמרה שזה מסריח, ולא הרחתי כלום, מה שעדיין גורם לי לחשוב שזה לא היה נמק והיא הורידה לי פטמה עם אה... נמק שבאמת אה... מענייני אגו, אבל אני מעדיף לא ללכת לשם. כן, זה כאילו קצת קונספירטיבי ו... כאילו אני מאמין שלא, אבל היא לא בדקה, והיא לא הרשתה לאף אחד להיות בחדר איתי, שזה גם כאילו בניגוד לחוק ממה שאני יודע. אהמ... וגם היא אמרה תוך כדי "אה... עכשיו אני רואה מה המנתחת המטומטמת הזאת עשתה, אני לא הייתי עושה את זה. לי זה לא היה קורה", ...כאילו אז אני לא מאמין לזה, אבל גם אם כן... למה אני צריך לשמוע את זה? ואז היא נתנה לי כל מיני הוראות טיפול שלא הצלחתי לעקוב אחריהם, ואז אה... זהו פחות או יותר. וכאילו הייתה באמת אנטיפטית ומגעילה ו... ת'כלס זה היה [מגחך במבוכה]... אחת החוויות היותר נוראיות של החיים שלי."

בעקבות יחס שכזה סיפרו מרואיינים על תחושות קשות, הדומות לאלו שעלו ממחקר קודם (Hussey, 2006) של דה-פרסונליזציה, כדוגמת הציטוט של גיל:

"משהו שמפריע לי ב... רפואה הקונבנציונאלית, זה אולי יותר מודגש בתור טרנס, זה... שבאמת... מסתכלים עליך בתור גוף... נפש, הרבה פעמים. ולא בתור... אחד שהם גוף-נפש. וזה נראה לי דברים חשובים. כאילו זה... כאילו אני לא אוהב להרגיש כמו חתיכת בשר, ונראה לי שהרבה פעמים ככה הרפואה כאילו, רופאים גורמים לך להרגיש."

של המעטה בחשיבותם, כפי שמספר אורי:

"זו בדיוק ההרגשה הזאת של התסכול, שכל הליכה לרופא היא מתח שיקשיבו לך, שכאילו יסתכלו עליך בכלל, שהבעיה שלך נחשבת! עזבי מה הבעיה. ... ודווקא כן ניסיתי! אני זוכר שניסיתי להגיד משהו והוא היה כזה "לא, לא. בסדר, בסדר". ו... שזה... כאילו אפילו יותר מתסכל. יש לך את ה... יש לך את ה... שאתה כבר מנסה להגיד משהו ולא מקשיבים לך אפילו זה הכי כאילו הכי מין, כאילו, "שב!

שב למטה", דוחפים אותך עוד יותר, מדכאים כאילו, את ה... אם יש אסרטיביות, שכבר הצלחת לפתח, אז כאילו מורידים אותך. "

שימוש בביטויים כגון "לגיטימציה", משא ומתן", "מאבק" מצביעים כי המרואיינים עוסקים בהתמודדות עם תחושות אלו של הפרשי כוח ובשינוי אותן סיטואציות. זוהי חוויה של רכישת כוח והתמודדות חדשה, כפי שמתאר אורי :

"עברתי מאיזשהו מצב שאני מרגיש מאוד פגום, מרגיש מאוד חסר כוח מול מערכת רפואית שאה... יודעת ואני לא. למצב שאני קודם כל מחליט מי מטפל בי, מטפלת בי יותר נכון. ואני לומד איך לתקשר מול הגורמים האלה. אה... עכשיו אני במקום שהוא הרבה יותר אה... אני לא יודע, רגוע אה... בטוח אה... מרגיש שאני לא... לא לבד עם המציאות הרפואית הזו, או לבד באופן כללי."

בפרק זה אסקור את הדרכים השונות בהן המרואיינים נקטו בכדי להתמודד עם מאזן הכוחות ולשנות אותו. לאחר מכן אתייחס לשאלות ששינוי זה מביא למפגש הרפואי ולתפקיד שני הצדדים בו.

"לשבור את המחסום של אי סימטריה בכוח" – אסטרטגיות לשינוי השיח

עולה כי מטופלים טרנסג'נדרים מפתחים אסטרטגיות התמודדות עם המערכת הרפואית על בסיס ניסיונם האישי וניסיונם של אחרים, אשר נצבר בקרב הקהילה (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב). חשוב לציין כי מרבית האסטרטגיות המשמשות את המרואיינים אינן בלעדיות לאנשים טרנסג'נדרים, וחלקן גם דומות לאלו המתוארות בספרות על התמודדותן של נשים מטופלות פוריות (העליון, 2007) ובמשא ומתן של הורים לילדים עם הפרעות תקשורת עם ועדות-השמה עירוניות (גביעון ולוצאטו, 2008). אסטרטגיות אלו משתמשות בהון תרבותי וחברתי (Bourdieu, 1986), אשר מבסס את כוחם בהתנגדות לשליטת השיח הרפואי וביצירת שיח חלופי.

אסטרטגיה ראשונה, העולה מדברי המרואיינים, המאפשרת הקלה ביחסי הכוחות בין המטפל למטופל הנה בחירה ברופאות ולא ברופאים. מרביתם של המרואיינים והמרואיינות העלו סוגיה זו וסיפרו על העדפה ברורה לרופאות. אחד הנימוקים להעדפה זו מקושר להתייחסות אל גבריות כמשולבת עם כוח, דבר המגביר את הקושי במפגש הרפואי, כפי שמספר אורי :

"בחרתי גם רופאה אישה, נראה לי שאחרי הכמה מקרים שהיו לי אחרי הצבא עם רופאים גברים הבנתי שהשילוב של יחסי כוח באותו חדר עם גם רופא גם גבר הם... לא מתאים לי, ואני ממש משתדל בכל כוחי ללכת רק לרופאות. וזו החלטה שממש מוכיחה את עצמה בינתיים. כן... אממ... גם כי זה מאפשר לי, מקל עלי להיות אסרטיבי מול רופאים. אממ... אממ... אני מרגיש פחות, מאוים? אולי זו המילה הנכונה? ...זה כמעט סיטואציה שהיא מהממת, מלשון הימום, לא מלשון חיובית. יש בה

משהו ש... ה... ה... [שתיקה] שוב, אני שוב ושוב חוזר ליחסי כוח, אני שוב חוזר לזה. כנראה זה איזשהם יחסים מאוד מורכבים, שברגע שאתה גבר זה משנה את כל הסיפור. זאת אומרת זה לא... כאילו, אני מרגיש שזה... את יודעת מה, לא עשיתי את זה הרבה מאוד זמן, אני לא ממש זוכר – לשמחתי. כאילו את התחושה. אני גם בטח אגיע אליה בצורה מאוד שונה היום. כאילו אה... [שתיקה] עכשיו. עכשיו דיברתי איתך ואני חושב "מה? למה אני מדבר ככה? זה לא שכל הנשים הן רגישות וקשובות וזה וזה וזה" את יודעת, פתאום קופץ לי בראש, אבל זה הניסיון שלי כרגע עם רופאות. שאולי זה קשור אליהם ואולי זה קשור אלי."

אורי מספר כי יחסי הכוחות עם גברים הנם קשים ומאיימים מדי עבורו, וניתוב כוחותיו לבחירת רופאות נושא פרי, בצורת יכולתו להביע אסרטיביות. מכאן, שגם במפגש עם רופאות נשים קיים, לדעת אורי, יחסי כוחות, אך עתה עמדתו טובה ומאפשרת יותר.

נימוק נוסף מתבסס על הבדל מוגדר באופיים של גברים ושל נשים, כפי שמתארת ליאת:

"קודם כל יש הבדל בין נשים לגברים. בכלל, לא רק בקטע של הרופאים, אבל גם בקטע של הרופאים. כאילו... הנשים מקבלות את זה הרבה יותר טוב, בטח. הגברים זה בשבילם... אה... זה חתיכת, אולי זה בגלל הסקס. אממ... כאילו... נגיד בטח להפוך ל... כי לגבר זה לא בן אדם נורמאלי כאילו [מגחכת]. זה... המ... ולנשים כאילו, ה... גם נשים זה יותר לתת, הגבר זה יותר לקחת, אז... בגלל זה... יכול להיות. גברים לא טובים בלתי, אבל הם מאוד רגישים בקשר ל... קשר לטרנס..."

ומתאר עמית:

"מכיוון שאני מתעב גברים, אני מעדיף שאם כבר אין לי ברירה ואני נאלץ אה... לעבור אה... פרוצדורות רפואיות, אני מעדיף שזה יהיה על ידי נשים ולא על ידי גברים. אה, זה נכון כמעט לכל סיטואציה גופנית, ... שנאת הגברים שלי לא רק שהיא לא נעלמה, היא רק הלכה ו... החרפה. כי גברים כאילו מרשים לעצמם... להתנהג מולי אחרת. ו... אני פתאום, קולט, כמה... אה... כאילו, כמה הם אלימים, וכמה הם תופסי מרחב, וכמה הם... שתלטים..."

אסטרטגיה נפוצה נוספת הנה השימוש בליווי למפגש הרפואי. לרב נעשה הליווי על ידי אדם טרנסג'נדר אחר, ומרבית המרואיינים סיפרו על מצבים בהם נעזרו בליווי וכן עזרו לאחר כמלווים. העובדה כי מרבית המלווים הנם אנשים טרנסג'נדרים אחרים, וכי בקשות והצעות לליווי הינן נפוצות, מדגישה, לדעתי, את תפקידה החשוב של הקהילה הטרנסג'נדרית כגורם משמעותי של הקלה עבור הפרט.

בדברי המרואיינים תוארו מספר תפקודים של המלווה, הראשון הוא של קבוצת התייחסות, כפי שמתאר עמית:

"לפעמים זה ברמה של פשוט להיות שם לתמיכה מוראלית, של "יהיה בסדר, ואתה לא הטרנס היחיד פה", ו... כאילו לשבת לידך ויש לידך עוד בן אדם שהוא בן אדם טרנס זה... עוזר. כי אתה מרגיש פחות חריג."

תפקיד דומה הוא של הכתף התומכת, כפי שמתאר אורי:

"ללכת לרופאים עם... עם איזשהו חבר או חברה או איזה מישהו שיבוא איתך, זה הרבה פעמים מאוד עוזר, זה מרגיע את הכאילו אהה... מתח. זה שיש עוד בן אדם, מאפשר לי להיות לחוץ, מאפשר לי לחוות את זה. כאילו לא מנוהל על ידי כאילו Into להרגיע את עצמי באופן... רפטיבי שככה "הכל בסדר, הכל בסדר, הכל בסדר". כאילו, יכול כאילו ללחוץ לה את היד, להרגיש שקשה לי אממ... לשאוב אה... עידוד מזה שהיא שם, עוד מישהו, שכאילו... אני לא עובר את זה לבד. אה... ופתאום אם הרופאה שואלת אותי שאלות שהן מלחיצות, ולא נעימות לי... זה שיכולתי להגיד למישהי אחר כך "כן, זה היה קצת לא רגיש" או זה שהיא אמרה "כן, זה היה קצת לא רגיש" כשאני לא העזתי להגיד כלום, כי זה כאילו, את יודעת היא רופאה, היא פרנדלי מה אני כאילו הכוונתי את זה אליה!?"

אורי אינו זקוק רק לכתף התומכת מצידו של המלווה, אלא הוא גם מבקש עד נוסף בכדי לבדוק את רשמיו בדיעבד. לדעתי, עובדה זו רק ממחישה עד כמה מבלבלת החוויה הזו עבורו וכמה חסר ביטחון הוא חש בה.

תפקיד נוסף של המלווה הוא של ה"דובר", כפי שמתאר גיל:

"כאילו, כאילו, חצי עברתי ועדיין היה לי מאוד חשוב שיפנו אלי רק בלשון זכר. ו... לקחתי איתי ידיד ש... כאילו... לא פציתי פה, הוא דיבר בשמי [מגחך]. הייתי בן... 19... משהו כזה. כדובר. אמרתי לו אני לא מתכוון לדבר, אני לא מדבר, כאילו... תדבר, כאילו. בסוף כן דיברתי קצת, אבל הוא אמר כאילו הוא דאג להגיד לכל בן אדם שהתקרב "אה, גיל הוא גבר טרנסג'נדר, נא לפנות אליו בלשון זכר", פשוט ככה, כאילו... רב הזמן אני מאוד טוב ב... לדבר את עצמי. אה... נראה לי גם ש... כאילו אם... זה לא סיטואציה... כאילו... לא יודע, זה השילוב של הסיטואציה הרגישה גם ככה, כאילו אני לא מרגיש טוב, משהו לא בסדר, ל... כאילו אני צריך, כאילו אני לא יכול להתעסק עם שני הדברים בו זמנית. כאילו נראה לי שבכיף, עשיתי את זה גם, אני יכול לדבר טרנסים אחרים, זה לא שיש לי בעיה עם המערכת, אבל יש לי בעיה לדבר עם המערכת כשאני לא יודע, בעמדת... נחיתות...".

כפי שגם מזכיר גיל, הצורך בדובר מקושר לסיטואציה הרגישה ולפגיעות במפגש עם המערכת הרפואית, אדם המבקש מלווה שיהיה לו לדובר, לאו דווקא יזדקק לכך בכל סיטואציה אחרת. לעומת זאת, המפגש הרפואי מייצר איזושהי אילמות, הדורשת שימוש בקול חיצוני, בעזרת כוחו של המלווה, שאינו שקוע באותה עמדת חולשה של המטופל.

אלמנט משמעותי בתפקידו של הדובר הוא היותו מגן, כפי שמתאר נועם :

"אה... בדרך כלל רק נמצאים שם, וזה כבר עוזר, ולפעמים באמת כאילו... עוזרים למנוע חיכוכים,

...אני מניח שגם אם מישהו היה מדבר אלי לא כמו שצריך אז הוא היה... מעמיד אותם במקום."

כפי שניתן להבחין, חלק גדול מתפקידו של הדובר הנו להגן על שפת השיח, ועל ניהולו בלשון מכבדת ובמגדר המתאים. זוהי נקודת בסיסית וחשובה לאין ערוך, כפי שמסביר עמית :

להבהיר ל... מישהו/ מישהי מהצוות הרפואי שעומדים מולנו שיפנו במגדר הנכון, למשל להגיד לפקידה שלא תפנה אל החבר שלי במילה "חמודה'לה", כאילו... שזה היה גם ממקום אייג'יסטי, לא רק ממקום... מגדרי, אבל כאילו זאת הייתה אישה יחסית מבוגרת, ו... והיא ראתה מולה, טרנסים הרי נראים יחסית מאוד צעירים לגילם. ו... אז... אז, אה... אז היא פנתה, כאילו היה כתוב לה "נקבה" במחשב, והיא ראתה כמו מישהו שנראה כמו נער צעיר, אז היא פנתה בפנייה "חמודה'לה". ו... הייתי צריך... הוא, הוא כאילו הרגיש מאוד... כאילו, סיטואציה שבה מוחקים את הזהות שלך, היא סיטואציה... מאוד משתקת לפעמים.

כפי שמציין עמית, פנייה במגדר הלא נכון היא חוויה מוחקת זהות, בסיטואציה שהיא גם ככה קשה, לעיתים. חשוב להדגיש כי פנייה מתאימה והולמת למטופל היא הבסיס של יצירת קשר מכבד ומתן טיפול רפואי הולם.

כלל התפקידים המוצגים כאן מראים כי, המלווה הוא, למעשה, כוח המיובא לתוך הסיטואציה על ידי המטופל ולמענו. באמצעות תוספת הכוח הזו, מאזן המטופל את פער הכוחות בינו לבין המטפל. עם זאת, תפקיד המלווה וספציפית הדובר, טומן בחובו סכנה של השתלטות הכוח של המלווה, כפי שמדגים עמית :

"לפעמים, לדבר עבורו. אם הוא לא מצליח, ומעוניין בזה, שזה לא... צריך מאוד להיזהר שלא לעבור את הגבול של הפטרוניות, של הלבדבר בשמו, שזה כבר בעייתי."

לכן, שמירה על גבולותיו הדקים של הליווי נדרשת. כמו כן, בכדי לגייס מלווה נדרשת מהמטופל חשיפה בפני אדם נוסף, דבר המונע מרבים לבקש עזרה שכזו.

אסטרטגיה נוספת היא שימוש באחת התצורות של הון תרבותי הנקראת ההון הממוסד (Bourdieu, 1986, p. 243). זהו הון הנובע מהמוסד, וכן מוכר על ידו, כדוגמת השכלה רשמית :

"קודם כל אה... אני לא מדברת עם הרופאים ב... במובן של ילד מול ה... מי ש... מי שיותר חכם. וצריך לשמוע את הכל מ... גם פסיכולוגית שעשתה לי טסטים, אני הסברתי לה על התואר שלי, שלמדתי את זה, שהטסטים שלה לא כל כך נכונים..."

ליאת לא משתמשת רק בידע שצברה בלימודיה, אלא גם בסטטוס השכלתה. בעוד שימושה של ליאת הוא ברמה הפרסונאלית, במפגש עם הפסיכולוגית, קיים שימוש בהון התרבותי הממוסד ובהמרותיו, גם לקיום המאבק ברמה הקהילתית, כפי שמתאר הציטוט הבא של עמית:

"מקווה שבהדרגה יהיו לנו גם כן cluster של אה... אממ... נשות ואנשי מקצוע בתוך הממסד הרפואי אה... שיאפשרו לנו, אה... שבעצם יביאו למצב ש... ה-DSM משתנה וגם הטרנסקסואליות תצא ממנו, וגם ה... ה-GID, ה... הפרעת זהות מגדר, תבוטל לחלוטין. כאילו, זה... מגוחך בעיניי. אני יודע שבעוד חצי שנה בערך מסיים ללמוד הרופא הטרנסג'נדר הראשון. שאנחנו יודעים עליו, יכול להיות שיש עוד שאנחנו לא יודעים עליהם, אבל הוא מסיים, אמור לסיים. הוא מסיים את לימודי הרפואה שלו בימים אלה. והוא ייצא מהארון מיד אחרי שהוא יעבור את הבחינות של משרד הבריאות, כי הוא מפחד שהם לא יאפשרו לו לעבור את הבחינות אם הוא ייצא מהארון לפני כן. יש לנו כבר עובד סוציאלי, שזה (מזכיר שם), ויש לנו את (מזכיר שם), שהוא משפטן. ולאט לאט יש לנו את ה... מתחיל להבנות ה-cluster שיאפשרו לנו בעצם אה... מתישהו, אני מקווה, לנצח את המאבק הזה מול הממסד. אה... זהו."

גם היכרות עם אחרים בעלי הון שכזה יכולה לשמש, בתורה, את המטופלים, כפי שמספר נועם על גיוס הגורמים המטפלים בהריונו:

"וגם שכאילו אנחנו נעזרים הרבה בפרוטקציה. שזה יש לי... ידידה טובה, שהיא גניקולוגית מתמחה, שהיא כאילו עזרה לנו למצוא את כל אנשים המקצוע. ו... בלעדיה אני לא יודע, כאילו באיזה מצב היינו. ... כאילו, בדרך כלל הכי טוב זה למצוא מישהו מבפנים ש... ידבר איתם."

במקרה זה, מומר ההון התרבותי לקשרי פרוטקציה, המאפשרים קבלת טיפול מאנשי מקצוע. עבור נועם, גם עצם זהותו הטרנסג'נדרית היוותה הון, במקרה זה:

"אז כאילו לפעמים זה באמת מרגיש כמו יתרון, כי כרגע מאוד מעוניינים בי, אז אנחנו מקבלים טיפול מעולה ובחינם לגמרי, אצל אה... מומחים. אבל... לפעמים זה מרגיש... כאילו מצד אחד זה כיף, אבל מצד שני זה גם מרגיש שזה משהו שכולם אמורים לקבל. אממ... וגם שאנחנו מקבלים את זה כי זה קצת, כי הסיפור שלי קצת צהוב, וברגע שזה היה קצת פחות צהוב אז ה... יכול מאוד להיות שלא נקבל טיפול כל כך טוב. אני מדבר."

בשל התעניינות הגורמים הרפואיים בסיפורו, מתאפשרת לנועם קבלת טיפול רפואי חינם מידי מומחים מובילים בתחום. העניין של התקשורת בנועם ובהריונו היוו, במקרה זה, חיזוק להונו התרבותי (ראה פרק הרפואה והתקשורת כזירות משמעות).

הזהות הטרנסג'נדרית הועלתה מספר פעמים על ידי המרואיינים, כהון המשמש במפגש עם גורמים רפואיים, כפי שמתארת אלמוג:

"קודם כל כי אני באמת מדברת איתם. [שתיקה קצרה] עד לפני זה הייתי נכנסת לרופא "אני לא מרגישה טוב" הייתי סותמת ת'פה, כאילו היו שואלים אותי "מה לא טוב? מה פה ושם?", עדיין הייתי אומרת ב... מה כואב לי, מה לא, היו בודקים אותי. כן? ו... את יודעת, ו... בסדר ביי. כאילו... נותנים לי ת'מרשם תרופות ובסדר, ביי. היום בגלל זה, אז אה... אז כן, מדברים, מדברים. איך ומה זה, מה מה מהשתנה, מה פה, מה שם, כאילו איך אני מרגישה גם נפשית. לפעמים אני באה ואני יוזמת, כאילו אני אומרת "וואלה, אתה יודע מה?", "...קודם כל לא היו מתקיימות כ... כי לא, כי אז לא העזתי, וגם אה... לא הגעתי לשלב הזה, מבחינת בשלות נפשית. ז'תומרת, תוך... אה... קורה, קורה משהו אה... יש... יש התבשלות נפשית, יש... פריקה של מחסום... יש פריקה של מחסומים! ש... שקורים. יש פתאום יותר אומץ, לעשות דברים, להחצין דברים..."

עבור אלמוג, התהליכים הפנימיים והחיצוניים שעברה בגיבוש זהותה הטרנסג'נדרית מהווים מעין הון אישי בהתמודדות מול המערכת הרפואית. עמית מעלה גם את המעורבות בקהילה הטרנסג'נדרית כהון שכזה:

"ולא ידעתי שמותר לי גם לשאול שאלות, ומותר לי... אה... לבקש הסברים, על מה הקשר שלה לקהילה? למה היא עובדת עם צוות מטפלים? ו... כאילו מה הניסיון שלה בטיפול באנשים להט"בים? פשוט לא ידעתי שמותר לי לשאול את כל הדברים האלה, שהיום אני יודע. אה... יכול להיות שאחד היתרונות של להיות פעיל בקהילה הטרנסג'נדרית, ...זה עוד יותר לשבור את ה... את המחסום של אי סימטריה בכוח. כלומר לדעת שמותר לך לשאול שאלות ולעמוד על הזכויות שלך מול רופאים ומול מטפלים."

אסטרטגיה נוספת היא שימוש המרואיינים ברגשותיהם ובתחושותיהם כאמצעים לקבלת החלטות לגבי הטיפול הרפואי שלהם. כפי שמתאר אורי את החלטתו להחליף רופאת משפחה:

"כשהבנתי שאני לא מצליח לדבר איתה על דברים שקשורים ל... ל-transition, לדברים שרציתי כן לברר, אז אני לא מצליח לצאת בפניה מהארון, ולא נח לי ואני לא מרגיש כאילו במקום, לא בגללה, היא נראתה בסדר, אבל אולי דווקא בגלל שהיא נראתה הכי מקצועית וקורקטית ו... אז לא ידעתי איך היא תגיב. ...לקח לי איזה זמן, שנה... כמה חודשים... ועברתי למרפאה שבמרכז הגאה. ו... זה שיפר לי את החיים בצורה כאילו דרמטית."

במקרה זה, אורי מספר על תהליך רפלקסיבי באמצעותו הבין כי הוא "לא מרגיש במקום", דבר הדורש בראש ובראשונה לגיטימציה לחוש ולהביע רגשות שליליים כלפי הרופאה. באמצעות הרפלקסיה מצליח אורי ליצר עבור עצמו חלופה לרופאת המשפחה שליוותה את משפחתו מזה שנים, ולעבור למרפאה הגאה. כעת, הוא נמצא בעמדת כוח (Giddens, 1991) – שכן בחר את הגורם המטפל בו, על פי הקריטריונים אותם הגדיר כמהותיים לו.

הידע המקצועי של הרופא הוא אלמנט מרכזי בייחוס הכוח בידיו (פוקו, 1969/2005), כפי שמדגים ציטוטו של אורי:

"קודם כל, מערכת הבריאות היא מערכת שקצת מחלישה את המטופל בתוכה. כאילו אממ... כאילו מראש בתוך, אתה מגיע לתוך ה... הטיפול הוא על הגוף שלך, אבל הרפואה המערבית גם מאוד מוציאה את הכוח ממך, כאילו כלפי הגוף. ויש כאילו, הכל מאוד, ברור שהכול מאוד מדעי ויש להכל סימוכין, אבל הכל מאוד כאילו... ברור שהרופא הוא מומחה, והוא בעל הסמכות, אממ... גם ה... גם היכולת לקבל החלטות שהן לא קונבנציונליות על הגוף שלך הן... הן כאילו... הן מצומצמות יותר."

כחלק מהמהלך הרחב של שינוי השיח הרפואי, עולה מדברי המרואיינים אסטרטגיה נוספת, ומרכזית ביותר, של איסוף וצבירת ידע רפואי, המאפשרים למטופלים להיות בעצמם מומחים. תהליכי צבירת הידע, שהוזכרו בתחילת העבודה (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב) הופכים את המטופלים למומחים, ומאפשרים להם להתנגד באופן ממשי לשיח הרפואי – מקצועי. על השלכות מצב זה יעסוק החלק הבא.

" באיזשהו מקום אנחנו כן מחנכות את אנשי הרפואה" – מי פה המומחה ?

לרופאים ניתן כוח, בין השאר בשל בעלותם על הידע, כפי שדנתי בתחילת הפרק. עם זאת, התמונה משתנה אל מול תהליכי צבירת הידע מצד המטופלים (ראה פרק הקהילה הטרנסג'נדרית כמשאב). איסוף הידע מרחיב את מנעד האפשרויות העומד בפני המטופלים, ובכך משנה את מאזן הכוחות מול המומחים (Giddens, 1991), בשל יכולתם להשתמש במחשבה ביקורתית. אדגים כעת את השימוש של המרואיינים בידע, במפגש עם המערכת הרפואית, והשינוי הנולד בעקבותיו.

ראשית, צבירת ידע בתחום מסוים מאפשרת לאדם לפתח חשיבה ביקורתית (Giddens, 1991). למרואיינים התאפשר לברור שיטות טיפול, גורמי טיפול ולפתח דרישה לרמת הטיפול הנראה להם מקצועי וראוי. חמושים בידע, אותו הם צוברים באמצעות שיח עם מטופלים – מומחים אחרים, המרואיינים בעלי יכולת לברור ולבחור את הטיפול המתאים להם, כפי שמספרת אלמוג:

"...וגם לא מצא חן בעיניי מה שהוא רשם לי כ... כזה, כמרשם הורמונים. ז'תומרת, לא היה נראה לי שזה מה שאני אמורה לקחת. אה... כהורמונים. לאחר שעשיתי בדיקה... ב... מבחינת מידע, ושאלתי

שאלות, ...הבנתי שהטיפול, תראי יכול להיות שאני... לא נכון לי, לא, לא נכון... כללי. אלא לא נכון לי. אני יודעת שיש בנות שכן עושות את הטיפול ההורמונאלי שהוא קבע. אה... לא היה נראה נכון לי, מה גם ש... כשכ... שאלתי אה... בפורום, פורום של טרנסג'נדרים וחברים, שאלתי... אה... אה... קיבלתי מרשם של דיאנה, לא זוכרת, אני חושבת 35 או משהו כזה... ואז קיבלתי תגובות שזה טיפול שהוא דיי ישן ומיושן, שזה... ובמקביל באותה תקופה יצרתי קשר עם (מזכירה שם), שהיא... אה... היא פעילה חברתית בקהילה, ודיברתי איתה, והתייעצתי איתה, כי... כי היה לי חשוב גם את אה... ו... ומתוך כל ה... המידע ש... שהתגבש אצלי ושאספתי, אז אמרתי לעצמי "אוקיי, אה... אני לא חייבת עכשיו ל...". כאילו, אני לא חייבת עכשיו להתחיל את הטיפול ההורמונאלי, אני, אני, אני באמת... אני רוצה לבדוק... דברים אחרים". כי זה הורמונים אחרים, כי, כי דיאנה זה זה... גלולה למניעת הט... הריון. וזה היה לי פתאום, כאילו... למרות, יש שמה חומר פעיל של אסטרוגן, וחוסם טסטוסטרון, יש! זה לא ש... אין. אבל זה היה נראה לי פשוט... לא יודעת."

הידע של אלמוג מאפשר לה גם לבקר ולבדוק את הגורם המטפל:

"...שאלתי אותו למשל "זה הדבר היחיד שנראה לך שאני... אמורה... לקחת?" והוא ענה לי בצורה חד-משמעית "כן", ז'תומרת הוא לא... לא המליץ על דברים אחרים. זה מה שהיה, וזהו. ברגע שזה התשובה שקיבלתי, זה היה נראה לי שמהו פה לא בסדר, ז'תומרת אתה לא מעודכן חבר. עכשיו, לא אמרתי לו את זה, אבל... ככה הרגשתי. אתה לא מעודכן. כי אחרי שאת קוראת כל כך הרבה, ואחרי שאת מתעניינת ואומרים לך "אוקיי, יש את הג'ל, יש את הכדור הזה, יש את הכדור הזה, יש את הזריקה הזאתי...". ו... אני יושבת שם ואומרת "ראבק! כאילו מה?!"

תהליך צבירת הידע יכול להתבצע בשיתוף הרופא ובעזרתו, במקרה זה תהליך ביסוס הכוח נעשה אל מול הרופא. אורי תיאר תהליך שכזה, אותו כינה משא ומתן:

"השיחה האחרונה עם הרופאה שבה בעצם ביקשתי ממני אה... אה... שתתן לי גם בדיקות דם להורמונים וגם לעוד משהו. ו... ולקח לה שנייה להסכים, אבל היא הסכימה. כאילו אני לא... לגבי הסיטואציה עם הרופאת משפחה. כאילו לקח לה רגע להגיד "אוקיי, בסדר". אבל ברגע שהסברתי לה את הקושי עם הבדיקות דם, אז היא אמרה לי "אוקיי, בסדר". ואז היא... אבל גם אז היא הסבירה לי, יאמר לזכותה "אבל שמע זה תקף לחודשיים, אם אתה לא מתחיל תוך חודשיים צריך לעשות שוב פעם". וזה כאילו, זה מעולה שהיא אמרה את זה! אני יודע, את יודעת, זה לא שזה מציב לי טווח ו... שהוא אה... חד פעמי. אבל יש פה כאילו, אוקיי, אני יודע למה אני מתקדם, ומקסימום נעשה שוב בדיקות דם. אבל... זה כאילו מהמם שהיא אמרה את זה. ...כאילו, זה בדיוק הסיפור של לחלוק ידע.

כאילו, זה לכאורה פרט טריביאלי לחלוטין, אבל בעצם זה משנה את כל התמונה. יגרום לי להבין איך היא חושבת, או על למה היא אומרת לי את מה שהיא אומרת".

בתיאורו של אורי, הרופאה, למעשה, מסייעת לו לצבור מומחיות וכוח במפגש בניהם, עם זאת, קיימים רופאים המתקשים לקבל את המטופל כמומחה, גם כשמדובר בתיאור תחושותיו. במקרה עליו מספר נועם בציטוט הבא, הרופאה נאבקת במומחיותו של נועם כשהיא מתווכחת על דיווחיו, ומנמקת את דבריה בידע המקצועי שלה:

נועם: "...זה עניין של רופאים שחושבים שהם יודעים הכל, היא שאלה ממתי אני מרגיש את העובר, ואמרתי שמשבוע 15-16, והיא אמרה שזה לא יכול להיות כי אהמ... מרגישים רק משבוע 18 ובשבוע, וב... בהריונות ראשונים מרגישים רק מאה... שבוע 20, אז אמרתי "אבל אני מרגיש אותו משבוע 15-16", שאגב למקרה שאת לא יודעת, זה לא מופרך, זה... כאילו זה אומנם נחשב מוקדם אבל בהחלט יש אנשים שמרגישים אה...
שיר: כן.

נועם: לא, אם הייתי אומר שבוע 8 אז זה היה מופרך, כאילו אי אפשר להרגיש עובר בשבוע 8. אבל כן אפשר בשבוע 15-16 היא אמרה שזה לא יכול להיות, אהמ... וקצת אמרתי "אבל אני מרגיש אותו" והיא אמרה "לא! זה לא יכול להיות" אז אמרתי לה "יודעת מה? סבבה. אני לא... אני בטוח מרגיש אותו משבוע 20, ועכשיו אני בשבוע 26 ואני בוודאות מרגיש אותו", אהמ... זה היה בשבוע 25 או 26, לא משנה. בקיצור, אמרתי "אוקיי", כאילו אחרי כמה פעמים שהתווכחנו האם זה יכול להיות או לא יכול להיות שאני מרגיש אותו משבוע 15-16, סיכמנו שעכשיו אני בטוח מרגיש אותו".

מעניין כי דווקא המטופל, במקרה זה, הוא המפשר והמביא את הוויכוח לסיום. עם זאת, גם בסיום הוויכוח אין הוא מקבל את אמירותיה, המבוססות על הידע הרפואי שלה, אלא דווקא בטחונו בידיעותיו מאפשר לו להתגמש בעמדותיו ולהימנע מוויכוח חסר סיכוי.

אחד הגורמים לצבירת הידע השיטתית של המרואיינים הוא המחסור בידע בקרב גורמים רפואיים (ראה פרק מחסום הידע). לכן, לא פעם הידע הנאגר אצל המטופלים גובר על זה של הגורמים הרפואיים, ומאפשר להם לבטא את מומחיותם ולהדריך את המטפלים בהם. כדוגמת החוויה של אלמוג:

"ואז באתי אה... עם הזריקה ועם ה... והיא כזה מסתכלת, וקוראה את ההוראות, ו... ואמרתי לה "תראי, כשאני הולכת למשל למרפאה בתל-אביב... אז אה... פשוט תופסים לי ככה את הבשר בבטן, ו... וזאת הזווית שמכניסים ת'מחט וזהו. ואל תדאגי! רק, זה בסדר. זה קצת יכאב לי אבל זה בסדר".
ו... ואין לה, אין מה לעשות, כי לפעמים אנחנו, אנחנו צריכות לבוא ולהגיד כאילו מה, מה צריך לעשות,

כי עוד פעם, המידע הוא לא כזה... הוא לא כזה obvious. עדיין. ז'תומרת באיזשהו מקום אנחנו כן מחנכות את אנשי הרפואה, או לא מחנכות אלא מדריכות את אנשי הרפואה... אה... באיך לטפל בנו." עבור חלק מן המרואיינים, חוסר הידע של הגורמים הרפואיים מהווה חסרון משמעותי, שהם אינם ששים לתקן על בשרם. כפי שמתאר נועם את החיפוש אחר מטפל זוגי:

"זה יהיה כאילו שלושה חודשים להסביר לו מה זה טרנסיות, שלושה חודשים להסביר כאילו למה טרנס, כאילו למה... שטרנס יהיה הומו ולמה שהומו יצא עם טרנס, ועוד שלושה חודשים זה על זה שאני רוצה להיכנס להריון ורק אז להתחיל לדבר על הילד!...כי באתי עם משהו מאוד ממוקד, זה היה איזה... שלושה חודשים, אני חושב."

במצב שכזה, האינטראקציה עם אותו גורם מטפל נקטעת, למעשה, (או נמנעת מראש, כמו במקרה של נועם) בשל חוסר הידע שלו, הנתפש כחוסר כשירות לטפל. מרבית המרואיינים סיפרו על סיטואציות שונות בהן בחרו אם להדריך את הגורם הטיפולי או לא. נראה כי הבחירה באם להדריך את הגורם המטפל או לא נובעת בעיקר מן האינטראקציה עימו ומאפשרויות הטיפול האחרות, ולא מהבדלים בין המרואיינים. לעיתים ניתן להתייחס אל הדרכת הגורמים המטפלים לא כאפשרות הנוצרת מתוך מומחיות המטופל, אלא כהכרח המייצר את חיפוש הידע. מתוך כך, הדרכת הגורמים המטפלים הופכת להיות חובה של המטופל, ובמצב של אי ידיעה של המטפל, נוטל על עצמו המטופל מעול האשמה על המצב. אלעד מתאר חוויה שכזו, כאשר עבר בדיקה לא נכונה:

"...ואז באמת כאילו אה... כנראה לא הייתה, לא היה בעצם נכון, לא היה את האינפורמציות, אז הם עשו לי אולטרא-סאונד כאילו... כאלו סתם בדיקה שלא בדקה לי את... את... איברי... איברי רבייה. ואז זה כאילו לא ידעתי מה צריך לעשות. שזה דיי טעות מצידו... למרות שגם הם לא ידעו למה. זאת אומרת, אני דיברתי עם הרופא שעשה לי את זה, לשאול מה יכול לקרות עם הורמונים ו... למה צריך את זה באמת, והוא באמת אמר שאין שום דבר שיכול לקרות ש... זה דיי מוזר שביקשו ממני לעשות את זה אבל... אה... ואז זה היה לפני הפגישות, בשביל הפגישות, אז אה... אז שאלתי אותה - "למה צריך את זה בעצם?", ואז היא אמרה ש... ש... כדי לבדוק, כי אומרים שאתה... מתכווץ שמה, במערכת, לבדוק שאין איזה עיבוי קירות או משהו כזה. להיות במעקב אחרי זה, לראות איך זה... איך זה מושפע בעצם."

ציטוטו של אלעד מלמד על כך שהוא לוקח על עצמו חלק מרכזי באחריות על ה"טעות" שבאי הידיעה, דבר שמוביל אותו שוב לחיפוש המידע באמצעות הבריור על מטרת הבדיקה, עם הרופאה שהפנתה אותו.

לא פעם נדרש המטופל להדריך את הגורם המטפל לא רק בהקשר של בדיקה או פרוצדורה מסוימת, אלא להעניק הסבר כוללני יותר, כפי שמתאר אלעד:

"אין בעיקרון חשיפה של... כלומר, לא באים לרופאים ולפני שמתחילים לשרת ב... אה... בקופת חולים לא אומרים להם "יש גם אנשים כאלה" או אין, אין להם הכנה מראש, בדרך כלל. אממ... אז לרב קשה להיתקל ברופאים שכבר נתקלו בעבר באנשים, ולכן רב הפעמים צריכים לספר הרבה יותר מב... כלומר... מהבסיס ממש ולא רק על בתחום אישי יותר, אלא ממש באופן כללי יותר... ממש על מה זה טרנסג'נדרים ו... אז אהה... זה המצב שלי. כלומר, רופאת המשפחה ש... הראשונה שהתחלתי לדבר איתה על זה, לפני התהליך, היא לא ידעה כלום על זה אבל היא הייתה מספיק... אדם הגיוני."

חשוב לזכור, בהקשר זה, את אופייה הייחודי של הטרנסג'נדרים בתוך עולם המושגים הרפואי – שכן האבחנה, למעשה, מתבצעת על בסיס הבחנתו והגדרתו של המטופל בלבד. טרנסג'נדריות עיקרה בתפישת הזהות של הפרט, רק אותו אדם יכול להעיד על עצמו, הדבר הופך מורכב יותר לאור התיאורים המגוונים וההגדרות השונות שנותנים אנשים שונים, בשלבים שונים, לזהותם. זוהי, כמובן, שאלה משמעותית בכל הנוגע לאבחון Gender Identity disorder (ראה פרק המטפל כשומר סף). בהקשר של המפגש בין מטפל למטופל, משמעות הדבר היא כי ידע בסיסי וחשוב למפגש, העוסק בזהותו של המטופל, מצוי בטווח מומחיותו של המטופל. בכדי לשתף את הגורם המטפל בידע שלהם, נדרשים מטופלים טרנסג'נדרים להמשיג אלמנטים מזהותם, משימה לא פשוטה כפי שמתארת ליאת:

"כאילו... עברתי מבחינת עצמי, כאילו לא... זה קשה להסביר! זה... למרות שאני יודעת שהרבה פסיכולוגים אומרים שהם מבינים אותנו, טרנסג'נדרים, הם לא מבינים, כי אי אפשר להבין. אני בעצמי, לעצמי אני לא יכולה להסביר מה... מה זה בדיוק, מה, כאילו מה? איפה, איפה הנקודה ש... איפה, איפה הנקודה ש... איפה מי אני?"

אל מול הרצון להשיג הבנה מן הגורם המטפל, נדרשים המטופלים לייצר נרטיב שיהיה נהיר (זאת מעבר לניסיון לשלוט במשמעויות שיוענקו על ידי הצד השני, בהן עסק פרק החשיפה הראשונית). לדוגמה, בכדי להסביר את עצמה, בחרה אלמוג להשתמש בתיאור היסטורי של עצמה, תוך התמקדות בהתייחסות קונקרטיית אל מעשייה:

"הוא שאל אותי... "אוקיי, ו? למה? למה בעצם?" [שתיקה קצרה], אז אמרתי לו למה בעצם, למה כי... כי... קודם כל, הרגשתי כל הזמן שאני... שאני שונה. ז'תומרת שאני... אה... יש בי משהו שונה. ביחס ל... ביחס לילדים אחרים, ולנעים אחרים, ש... נכון, לא שיחקתי עם בובות כשהייתי... ילד קטן. ו... כן רכבתי על אופניים. ו... וירדתי לשחק כדורגל. ורצתי על... ועשיתי תחרויות ריצה ו... אבל יחד עם זאת אה... מצאתי את עצמי ב... באקטים שהם... שהם נשיים. שהם... שזה להסתכל על הגוף שלי, ו..."

מגיל מאוד צעיר הייתי מודעת לגוף שלי, אבל אני זוכרת שכש... לא הבנתי למה יש לי... איבר מין זכרי, בגיל מאוד צעיר. ו... ואחר כך זה בא לידי ביטוי ב... בלנסות את הבגדים של אמא, ו... וחשבתי שזה אולי לעוררות מינית באיזשהו שלב בחיים שלי, אבל אני שמה לב שזה... ריטואל שחוזר על עצמו ו... או כל... או המריחה של הלק, או ה... כל מיני דברים, או השזירה של השיער או... אה... כל מיני דברים ש... שפתאום הבנתי שזה לא... שזה אולי משהו מעבר לזה. אבל זה היה בפנים עמוק, ז'תומרת זה, היה לאיזה פרק זמן מסוים שזה... עד שהרגשתי פתאום שאני... המרחב הפרטי שלי מצטמצם ותיכף הוא כבר לא יהיה לבד, אלא פתאום הם יגיעו הביתה - ההורים שלי, או האחים שלי ואז... זה... ו... זה תחושה של, ואז הייתי צריכה להדחיק את זה. כזה פנימה. או לא לספר, גם לא לספר, כי זה סוד. כי איך בן! או אחר כך נער, אה... עושה את הדברים האלה, שבעצם הם לא אופייניים למה שהוא אמור לעשות אה... כבן."

עבור אחרים זוהי נקודה מורכבת עוד יותר. אלו אשר נמצאים בתהליך עצמי של התגבשות הגדרה של זהותם, יתקשו לתארה או להסביר לאחרים באופן ברור, אלמנט נדרש לשם קבלת טיפול הולם, על פי אורי:

"אני מקשיב לעצמי עכשיו ואני שומע את זה, הצורך שיאשרו אותי כטרנס. אני מרגיש באיזשהו מקום, זה לא שאני מרגיש לא טרנס אמיתי, זה נראה לי מרגיש לא מספיק. זה גם חלק מהצורך שלי לתת לעצמי לגיטימציה. כי כאילו... אממ... אה... אם זה לא ברור לי, אז מה זה אומר? ואני מתלבט... ו, ו, ו... אני בתוך תהליך כזה כבר אה... תהליך של איזשהו [מלמול לא ברור] על הרצף המגדרי כבר איזה... אה... הרבה זמן. אה... מאוד קשה לי לתת להגיד "אוקיי, בסדר, זה קשה, זה לוקח זמן" אה... ו... אממ... כן, גם. בגלל שיש את כל האופציות הקוויריות באמצע, בגלל שאני בא מסביבה שיש בה בוטצ'ים... ובוטצ'ות. זה... אני... אה... זאת אומרת, יש בוטצ'י ויש בוטצ'ות, שני דברים שונים. אה... בוטצ'י משמש לתאר כאילו טרנסים ו... סוג מסוים של בוטצ'ות. ובוטצ'ות זה יותר לסביות שהן... בוטצ'ות! פחות כאילו... קוויריות לצורך העניין. זה משהו שקצת קשה להמשיג אותו לצורך העניין אבל אה... אני ניסיתי בכל זאת. ו... אממ... אז יש סביבי בוטצ'ות, ויש סביבי בוטצ'ים, ויש סביבי קווירים, ויש סביבי ג'נדר-קווירים, ויש סביבי טרנסיות, ויש סביבי טרנסים, זאת אומרת אני מוקף בייצוגים... מוקף בייצוגים! חברים שלי הם אנשים שעוברים תהליכים דומים לשלי. ...האופציה הנורמטיבית היא כאילו... היא לא... היא הפסיקה להיות אופציה בעצם כי... כי המרחב אפשרויות שלי גדל, בצורה... המילה היא אקספוננטאלית? יכול להיות? משהו? כאילו, באופן אה... בלתי אה... ניתן לכימות, או באופן מאוד גדול... ואממ... ואז גם כל האופציות האלו מאוד אה... מאוד... יש פה תהליך אממ... של להבין מה מתאים לי ואממ... ו... נראה לי נניח גם, בהתחלה השתמשתי בלשון אה... בהתחלה שאלו

אותי איך לפנות ו... אז עניתי "גם וגם" אני הייתי מעורבב, או בהתחלה זה היה "את" ובהתחלה לא ידעתי איך לענות לזה בכלל. כאילו באיזה שם גוף, ואז התחלתי לשנות את זה לזכר, והיה לי הרבה יותר קל."

תיאורו של אורי את תהליך כינון זהותו, מתאר את עמדתו האמביוולנטית שבין הבושה והרצון לאישור מהאחר, לבין האינדיבידואליזציה ותחושת הלגיטימציה העצמית, המחזקת גם את היכולת לדרישה של קבלה מהאחר (זיו, 2006).

מתיאורי המרואיינים ניכר כי החזקה על הידע אינה עוד של הרופא בלבד. המטופל הטרנסג'נדר, כיום, הוא בעל ידע נרחב לגבי אפשרויות הטיפול שלו. ידע זה נצבר, בין השאר, בשל הצורך לאזן את חוסר הידע הנרחב הקיים אצל גורמים רפואיים בנושא (ראה פרק מחסום הידע). כמו-כן, טענתי בפרק זה, כי בכל מפגש שכזה בין מטפל למטופל קיים מאגר ידע, בנושא זהותו הטרנסג'נדרית והמשגותיה, המצוי אצל המטופל בלבד. צבירת הידע משמשת את המרואיינים בכדי לשנות את השיח – משיח רפואי על טרנסג'נדרים, לשיח עם ושל טרנסג'נדרים על אפשרויות רפואיות.

" כי פתאום זה גם בן אדם, זה לא רק רופא!" – תפקידו החלופיים של הרופא

ארצה כעת לבחון את מערכות היחסים שתיארו מטופלים טרנסג'נדרים עם הרופא המטפל, שאינן ממוקדות בעמדת המומחיות והכוח החברתי, עליהם דנתי בפרקים הקודמים. אני מוצאת שאלה זו חשובה בעיקר בשלב זה – משנוטרל הרופא מהכוח הניתן לו בהיותו הגורם המומחה, מה תפקידו כעת, על פי מטופליו הטרנסג'נדרים?

התייחסות ראשונה אל הרופא כגורם מייצג לסוגיות רפואיות. בשונה מעמדת המומחה, עמדת היועץ מנטרלת את אחריותו הבלעדית של הרופא על הטיפול, וזו מועברת אל המטופל. אלמוג מדגימה התייחסות שכזו:

"האחריות שלי היא פשוט מאוד באמת... אה... לחיות נכון, לאכול נכון, ו... לא... לא לקחת יותר ממה שאני אמורה לקחת, מבחינת ההורמונים ו... כי יש לזה השפעות, יש לזה השלכות. אלא, להקטין או להגדיל את המינון זה בהתייעצות עם איש מקצוע, עם אשת מקצוע בעצם. אה... אני חושבת שזה, זה האחריות שיש לי. ז'תומרת אני לא ימנן ת'עצמי, עוד פעם, אני לא יעשה את זה. אה... כי... אני לא... לא מבינה במדדים של בדיקות דם, ז'תומרת אני לא מבינה מה... במספרים אה... על התפקודי כבד שלי מה זה עושה לי, האם זה טוב לי או לא טוב לי, האם זה משפיע או לא משפיע. אני לא יודעת, אבל אני כן יודעת שאני צריכה ללכת, אז אני הולכת על פי מה שרשום לי, ז'תומרת כן, אני אהיה מסודרת, אני אקח ת'... יש כדור שאני צריכה לקחת, אז אני אקח אותו או אחרי אוכל או תוך כדי אוכל, כי זה

משפיע על הכבד. ז'תומרת זה מפרק את זה. אז כדי לא, לא לחלות באיזה מחלת כבד חשוכת מרפא, או שלא יצטרכו להחליף לי אותו, זה... זה האחריות שלי. וזה האחריות הבסיסית שלי, ויש שעה מסוימת שאני צריכה לקחת אותו, אז זאת השעה שאני צריכה לקחת אותו, מה? להגיד לך שכל יום זה בול קורה באותו זמן? לא! אבל כן זה יקרה עם אוכל, זה לפחות כן, כי... כי אי אפשר תמיד, את לא יכולה, את לא... את לא עובדת על אוטומט, את לא מכונה, אבל עם זאת זה אומר כן ליטול אה... כדור, כזה או אחר, כי צריך לאכול אה... לפני. כן! בהחלט כן! זה האחריות שלי. זה האחריות שלי. האחריות שלי היא נוספת, וזה פשוט לבוא, ולא לפחד, ולהגיד "אני לא מרגישה טוב, זה לא עושה לי טוב" או "אני מרגישה נפלא, אני חושבת שזה עוזר".

בציטוט הנ"ל קושרת אלמוג בד בבד את לקיחת האחריות מצידה להפיכת הרופא לדמות מייצגת. אל תפקיד זה היא מתייחסת בשני היבטים: ראשית, קבלת ההחלטות היא תפקיד המטופל – היא מחליטה לשנות מינון, אך כצעד של אחריות עצמית היא מתייעצת עם הרופא. שנית, אחריותה מתבטאת בגיוס של הרופא ליעוץ לה – על ידי כך שהיא פונה אליו ומבטאת את עצמה. עמדת היעוץ עדיין מכבדת את תרומתו הייחודית של ידע הרופא – כמו מדדי בדיקות הדם, אך מייחסת גם למטופל ידע ייחודי – כמו ההשפעה הטובה או לא של הטיפול.

התייחסות שכזו עדיין מותירה את האחריות על הטיפול הכוללני בידי של המטופל, הבחירה מתי ולמה לגייס את הרופא ליעוץ. בכך, מתאפשר למטופל לגייס את הרופא בתפקיד חלקי ומוגבל בלבד, כפי שמדגים נועם:

"היום זה כבר שונה, כי... כאילו היום אני לא יודע, אבל נניח לפני... שנה או שנתיים, אז אה... אם אני... כאילו כל עוד זה לא משהו... נניח גניקולוגי או משהו כזה, אז זה הרבה פחות רלבנטי, כי אני עובר. זה היה לפני שעברתי. כאילו אם הייתי בא, לא יודע, נניח היום. טוב, היום זה שונה כי אני בהריון, אבל... כאילו לפני חצי שנה, הייתי מגיע עם רגל שבורה, אף אחד לא צריך לדעת שאני טרנס. עם כאב גרון, כאילו, אנלא יודע."

עבור נועם, האחריות ההוליסטית על טיפולו נמצאת בידי, ואילו הרופא הנו דמות המגויסת לטפל בחלקים נדרשים בלבד – רגל או גרון. לכן הוא לא מרגיש שהרופא צריך לדעת על היותו טרנסגינדר או שהוא מחויב למסור פרטים שכאלה על עצמו. כפי שאדגים בהמשך, זהו אינו המקרה עבור כולם. ההתייחסות אל הרופא כיועץ מעוגנת בתפישה רחבה יותר של המערכת הרפואית כנותנת שירות, בה המטופל הוא הלקוח, כפי שמתארת אלמוג:

"כל עוד אני מרגישה בטוחה, אה... בין, באנשים שמטפלים בי, ובמקומות שאני מגיעה אליהם, אה... שם אני אהיה. ברגע שאני ארגיש שלא מטפלים בי יותר נכון, או שאני לא מרגישה בטוחה, זה יהיה הזמן לעבור, זה יהיה הזמן למצוא מקום אחר. ז'תומרת אני גם, כמוכן, לוקחת את זה כאפשרות. ואני לא שוכחת את זה, אי אפשר לשכוח, ...את הניתוח לעשות, אפשר לעשות בארץ, בתל השומר, דרך הוועדה. שזה גם פרוצדורה, אוקיי? אה... מה לעשות, אה... הקהילה, והרבה אה... חברים וחברות בקהילה, לא מרוצים, ת'כלס, מהוועדה, אה... לשינוי מין. היא לא טרנס פרנדלית, היא ארכאית, או ארכאית כמו שאומרים. היא... אה... לוקח המון זמן לעבור את ה... את התהליך. אה... מה גם שיש רק רופא אחד במנתח, שזה... לא הגיוני! אה... היום בזמנים שלנו ובטכנולוגיה שקיימת לא הגיוני, שאת לא יכולה לבחור את הרופא המנתח שלך, ז'תומרת יש רק אופציה אחת."

התייחסותה של אלמוג מלמדת כי היא רואה את עצמה כלקוחה של קופת החולים ושל הרופא, לכן היא מרשה לעצמה למדוד את השירות הניתן לה, לברור את נותני השירות ולצפות לחלופות מרובות מן המערכת.

צורת התייחסות נוספת מדגישה את שיתוף הפעולה בין הרופא למטופל. שיתוף הפעולה דורש, בדומה לעמדת הייעוץ, גיוס מצד הרופא, אך באופן נרחב יותר. בשונה מעמדת הייעוץ, שיתוף הפעולה מדגישה את התרומה ההדדית של שני הצדדים, ופחות את המומחיות והתרומה הייחודית של כל צד. בנוסף, קיימת אחריות הדדית של הרופא והמטופל לקבל החלטות יחד. התייחסות שכזו תוארה בשימוש מרובה בגוף ראשון רבים – כדוגמת "אמרנו", "החלטנו", "חשבנו". הציטוט הבא של אלמוג מדגים התייחסות זו:

"כן. אבל... אבל הנה הוא, למשל, ישבנו ביחד ואמרנו "אוקיי", מה, איך אפשר לעשות את זה, לעשות את זה שזה יהיה באמת יותר קל". ...אז אמרתי למשל, כשבאתי לאנדוקרינולוגית, אמרתי לה "תשמעי, מה שחשוב לי זה ש... אני רוצה... אני לא רוצה להיכנס לאיזשהו דיכאון מ... מתרו... מכדור כזה או אחר" כי... כי למשל יש את ה... אנדרוקור. ש... שבמינונים של... 20, או 50, אני לא זוכרת כי אני לא לוקחת מינון כזה, אחת התוצאות לוואי שלו זה הדיכאון. ואמרתי לה שאני... אני לא מעוניינת. אז אה... היא אמרה לי... אז החלטנו."

מרואינים רבים העלו בראיונותיהם התייחסויות אישיות בקשר עם הגורם הרפואי. נראה כי קשר בינאישי שכזה הוא תוצר, אך גם אלמנט מכונן, של התייחסות שוויונית בין הרופא למטופל. כפי שהוזכר, עמדה שוויונית כמו גם התגייסות מצד הרופא, נדרשים בהקשר של עמדת הייעוץ ושיתוף הפעולה. את הקשר הבינאישי ניתן לראות בראש ובראשונה בהתייחסויות רבות אל הרופא בשם הפרטי בלבד ושימוש מרובה בשמות תואר אישיים ולא מקצועיים, בכדי לתאר את הרופא או המפגש איתו, כדוגמת הציטוט הבא של ליאת:

"...ובאתי אליה, אישה מאוד נחמדה, למרות שאמרו לי עליה הרבה דברים לא נחמדים, כן. בסדר, (שם פרטי של מטפלת בתחום) זה... זה בן-אדם כמו שאומרים. יש כאלה שמאוד כועסים עליה, ו... לא יודעת. [שתיקה] זה... פשוט אה... היה כל כך נחמד, ועזרה לי הרבה עם זה, במיוחד עם בהתחלה."

נושא זה עלה לא פעם תוך הדגשת השפעתו המרובה על הטיפול הניתן, כפי שמספרת ליאת בתחילת הראיון:

"טיפולו בי מאוד טוב. ולמזלי, פשוט אני אומרת למזלי כי... היו הרבה רופאים שמאוד עזרו לי באמת. אה... ו... הבינו אותי ו... פשוט עזרו לי, בכל התהליך. זה... אבל אני לא אומרת כל הרופאים ככה, כי... אולי זה תלוי יותר, תלוי מאוד, גם באנשים, ביחס בין אנשים, איך זה... אין לי בעיה למצוא קשר עם הבן אדם."

בציטוט הנ"ל מדגישה גם ליאת את תרומתה לכינון קשר שכזה, מרואיינים אחרים התמקדו בתיאוריהם יותר במעורבות של המטפל ביצירת קשר שכזה, כפי שמתאר אורי:

"ו... [מצחקק] זה היה מצחיק, כשבאתי פעם ראשונה למרפאה הגאה. אה... אה... [צוחק] נראה לי הדבר הראשון שאמרתי לה, או... התחלתי, באתי, ישבתי ישר התחלתי לדבר על הבעיות הרפואיות שלי ואז היא אמרה לי "כן, טוב, בא תספר לי קצת על עצמך, אני רוצה להכיר את המטופלים שלי לפני שאני... שומעת שיש להם שחלות פוליציסטיות או משהו כזה" [צוחק]. זה היה אחד ה... ואני כולי מין... מפוחד מרופאים, יושב לי שם בשוק, עם הכרטיס של הקופת חולים ב"היכון". וזה ממש לא ככה היום. זו שפה אחרת, לחלוטין."

כפי שרומז הציטוט הנ"ל, התייחסות שכזו מצד הרופא משפיעה גם על תפישתו של המטופל את המפגש עם המערכת הרפואית. עבור מטופלים רבים החשים קושי או חשש ממפגשים שכאלה, לקשר הבינאישי משמעות רבת היקף, כפי שמתאר אורי בהמשך הראיון:

"...זה גם שאלה של הכרות עם הרופאה, ואה... אה... ולדעת להרגיש בנח מול. וכן, וכשכאילו... כן גם מצד אחד תדבר עם הרופאה שלך על דראג ו... כאילו ויצא לך לראות אותה... גם דיי הרבה פעמים ואתה מתחיל להרגיש יותר בנוח גם. כי פתאום זה גם בן אדם, זה לא רק רופא! שזה... לא, גם לא חוויה שהיא בהכרח נפוצה. אה... וזה כאילו "אוקיי", סבבה, מחר הולכים, יש לי תור" ולא כאילו ל... פתאום זה יהיה... יש לי דיכאון יומיים מראש, ומה אני אעשה."

עבור אורי, סייע הקשר הבינאישי עם הרופאה להרגיש לגיטימציה לפתוח בתהליך שכונה משא ומתן (ראה פרק "לשבור את המחסום של אי סימטריה בכוח" – אסטרטגיות לשינוי השיח), שדרכו התחבר לתחושת אחריות על הטיפול שלו.

הקשר הבינאישי עם המטפל משפיע בתורו גם על תפישתו של המטופל את מעורבותו ומחויבותו של הרופא, גם בהקשר המקצועי. כדוגמת הציטוט הבא של גיל:

"אז אה... אז כאילו, האמת שגם, אז חזרתי לרופאת משפחה יום אחר כך ושאלתי אותה מה דעתה, והיא גם דיי פישלה פה, אממ... כי בדיעבד היא כנראה הבינה שזה לא בסדר, אבל כאילו היא נורא מכבדת אותי... ולא היה לה לב להגיד לי, אז היא אמרה שהיא חושבת שהכל בסדר אבל... וכאילו שזה גלד שייפול, אבל כדאי שאני אלך ל... איזה... למנתחת כאילו בשביל לבדוק את זה."

בדבריו של גיל ניתן לחוש את סלחנותו כלפי רופאת המשפחה בגין הקשר הבינאישי עימה, וכן התנהגותה מוסברת על בסיס הקשר הבינאישי בניהם. תיאורים אלו תואמים ממצאים בספרות על כך ששביעות רצון של המטופל ורפואה ממוקדת מטופל, מורידים את הסיכוי לתביעות רשלנות רפואית (Forster, Schwartz, & DeRenzo, 2007).

הקשר הבינאישי הוא גם אלמנט משמעותי המעצב את הבחירה בגורם המטפל, כפי שמספר גיל על בחירתו במנתחת:

"ראיתי כמה וכמה תוצאות של המנתחת הזאת, היא גם כאילו יש אתרים ש... שאפשר כאילו, של טרנסים בעולם, והיא באמת מדורגת הכי גבוה על... לניתוח כאילו ל-peri, שזה... כאילו ה... מסביב לפטמות ולא עם ה... חתכים הגדולים. אה... וגם כתבו שהיא מאוד מאוד נחמדה, וזה גם חשוב לי. כאילו היחס מאוד חשוב לי בדברים האלה, כאילו אני מחפש גם... מקצועי, כמות מקצועיות והכל, אבל זה לא שווה לי אם הבן אדם מתייחס אלי כמו... כמו... לא משהו [מצחקק]."

הרופא (בעיקר, אך לא רק, רופא המשפחה), בשל הקשר שלו עם המטופל, יכול להוות קול ומגן עבורו, באמצעות פועלו כגורם מפנה ומקשר – הן בתוך המערכת הרפואית והן מחוצה לה. בתוך המערכת הרפואית, הרופא הופך לדמות המגשרת בין המטופל לרופאים אחרים, ומקלה על הקשר בניהם (ראה פרק מחסום הידע), כפי שמתאר עמית:

"... סיפרה לי סיפור שלם על הגניקולוגית הזאת שהיא רצתה שאני אלך אליה, לשכנע אותי כמה היא פרנדלית, וכמה היא נחמדה, וכמה היא מקסימה, ושהיא התחילה עכשיו לעבוד עם פורמאלי עם גן מאיר, כלומר לא באופן פורמאלי בגן מאיר, כי אין שם את הציוד, אבל... בקליניקה שלה, והיא משריינת כל יום תורים לאנשים מגן מאיר. ואמרתי לה "את בטוחה שהיא יודעת מה זה טרנסים? כאילו שיש כזה דבר", והיא נשבעה לי שכן... כולי וכולי... אז באתי אליה. והיא, לדעתי (רופאת המשפחה) הכינה אותה מראש שמגיע פצינט בעייתי, אה... כי היא הייתה מאוד נחמדה אלי... אה... לא, לא פספסה אפילו פעם אחת בקטע של הפנייה המגדרית. כלומר, היא כאילו ידעה מראש לפנות

אלי בזכר, למרות שכאמור ב... ב... במחשב שלה אני עדיין מופיע בנקבה, והיא לא מכירה אותי. ...אני חושב, לפי היחס שלה, שכנראה (רופאת המשפחה) התריעה לה מראש "תדעי שמגיע מישהו בעייתי מאוד". אה... שוב, לא בגלל שאני טרנס אלא כי אני לא רוצה לעבור את הבדיקה הזאת."

במקרה זה הרופאה גם מקשרת בין מטופל לרופאה מומחית, וגם מגשרת בין שניהם. במקרה זה הגישור הוא דו-כיווני – היא מעידה לטובת הרופאה באוזני המטופל ו"משכנעת" אותו, כדבריו. במקביל, היא יוצרת קשר עם הרופאה הגניקולוגית ומכינה אותה למפגש עם המטופל. הקישור מקל על מטופלים להגיע לגורמים רפואיים מתאימים ומקבלים, דבר שאינו עניין של מה בכך (ראה פרק הטיפול הנגיש), והגישור מאפשר תקשורת קלה ומתאימה יותר בין הצדדים.

הרופא יכול להוות דמות מפתח בגישור גם מחוץ למערכת הרפואית. מרואיינים הזכירו שימוש במטפל גם כמי שיוכל להקל או להסביר לבני משפחתם את בחירתם. דוגמא לכך ניתן למצוא בדבריו של אורי, במפגש עם רופאת המשפחה הוא מבקש לשוב עם אימו לאחר שישתף אותה בהחלטתו להתחיל טיפול הורמונאלי:

"...את אמא שלי זה ירגיע שיש לה איזה דמות רפואית שהיא יכולה לדבר איתה והיא תתייחס לזה כהחלטה אממ... אה... לגיטימית ש... יודעים איך לקרוא אותה וחיים איתה ב... אז זה מאוד, יש בזה משהו שמאוד מקל עלי. מבחינתי להגיד לאימא שלי "כן, אמא, אני כנראה הולך להתחיל לקחת הורמונים אבל אה... אבל! ואם את רוצה אפשר ללכת לרופאה ולדבר על זה ולהבין יותר במה מדובר, או על השפעות או אם את רוצה לשמוע ממנה יש בזה משהו מאוד אממ... אה... מרגיע אותי בתגובה שלה. עכשיו אמא שלי הכי סבבה איתי, היא תהיה בסדר, פשוט אני אה... מהיכרותי עם הנפש הפועלת אני קצת יודע מה... היא תרצה לשמוע. גם אה... תיארתי קודם את הסיפור, הסיפור שלי... המעורבות של אמא שלי ב... תהליך בכל מיני דברים רפואיים שקרו לי בעבר. ואז היא... קצת רגילה להיות ב... המ. עכשיו בשנתיים האחרונות, ככל שאני יותר לוקח אחריות על ה... חיים שלי. אז זה מצטמצם, אבל יש דברים שאמא רוצה לדעת. אפילו התגובה של הרופאה שלי הייתה "כאילו, יופי, מצוין, ככה הורים צריכים לדאוג" כשהסברתי לה את הסיטואציה. ...אני יודע שאם היא תשמע על זה מהרופאה אז היא תהיה יותר רגועה ואנחנו נוכל לדבר על זה, על פחד [מלמול לא ברור], כאילו. כי... את יודעת, היום הכל זמין גם באינטרנט. וכאילו אז... כאילו, היא יכולה להסתכל על חומרי הסברה. אבל אם... אם תשאלי גם ת'רופאה שלי, זה מרגיע. כאילו... [שתיקה קצרה]."

מעניין לראות כי לא רק המטופל מבטא את תחושת הרלבנטיות של דמות המטפל בתוך המארג המשפחתי. אלעד מספר על רופאת המשפחה שליוותה את תחילת הטיפול ההורמונאלי שלו:

"היא טיפה חששה נגיד ש... אני מתחיל את זה בלי ההורים. כאילו... היא פחדה ש... היא העדיפה

כאילו שהם ידעו, כן? אבל מאוד לא... היא אף פעם כאילו לא אמרה משהו כזה. אממ... ו... היה הבינה. אבל, ואמרתי לה גם אה... אמרתי לה לא אבל גם... שהם ידעו. שתדע ש... שזה לא משהו שהם... בגלל שהוא... כאילו, הוא התחיל בלעדיהם אבל אני לא... שהם יהיו חלק מזה, שזה לא ש... לא תהיה להם נגיעה לדבר. אה... רציתי שהיא כן תדע שזה... כן משהו ש... שהם ידעו, שאני כן מאפשר להם, שהיא לא תהיה בתחושה שאני אולי מורד בהם או שאני לא יוצר אינטראקציה איתם. כי היא מכירה את ההורים שלי והיא יודעת כמה שהם... היא ידעה, נראה לי היא ישר אמרה לי שאני אדע שלא תהיה בעיה עם זה, כאילו... שהם יהיו בסדר."

במקרה זה, לרופאה חשוב גם להגן על האינטראקציה המשפחתית, וגם לנסות ולהקל על המטופל בגישור. לימים, משבחר אלעד לשתף את הוריו הגיבה אימו בהתייחסות המקבילה לתפקיד הרופאה:

"...ואמא שלי ישר אחר כך גם כתבה לי e-mail ש... זה ייקח לה זמן להתרגל, וש... היא הציעה שאני אלך לרופאת משפחה [צוחק]. ישר כתבתי לה שהיא איתי מהתחלה, והיא יודעת וזה בסדר, לא לדאוג."

תגובתה של אימו של אלעד מרמזת גם לתהליך ה"הנהרה" (העליון, 2007, עמ' 129-131), בו גורמים חברתיים מנתבים את הפרט אל המערכת הרפואית, שתפקידה למשמע ולנרמל את הגוף שהוגדר כחורג. ההנהרה תלויה, כמובן, בחלחולו של שיח המומחים אל תוך החברה.

שימוש שכזה ברופאה מבטא, למעשה, שני היבטים שונים- הראשון הוא קשר בינאישי, המאפשר למטופל לחוות שיח חופשי שכזה עם הרופא, במקרה של אורי לדבר על טיפול הורמונאלי ועל הקשר עם אימו ולבקש לשוב עימה. היבט שני, הוא ההתייחסות אל הרופא כדמות סמכות שביכולתה להעניק גושפנקה לבחירת המטופל, במקרה זה להעניק את ההסבר, ההרגעה והאישור אל מול דאגותיה של האם. התייחסות אל הרופא כגורם מאשר עלתה בדבריהם של מספר מרואיינים, תוך חזרה והדגשה של מונחים כמו "רשות", "לגיטימציה", "מותר", "אישור". אין ספק גם כי היא קשורה לתפקידו של הרופא כשומר סף בחברה (ראה פרק המטפל כשומר סף), למרות שאין הכוונה במתן אישור ממשי. עם זאת, גם אל מול הצורך באישור מאותה דמות סמכות, קיים ניסיון תמידי לשמר את מאזן הכוח והאחריות למולה, כפי שמתאר אורי:

"וגם כי באיזשהו מקום רציונאלי מול המציאות אני יודע שאני לא צריך שיאשרו אותי. כאילו אני יודע את זה, ברור לי... אישור של "שמעי, זה בסדר" של "אפשר שתעשה את זה, זה מותר לך, פיזית" כזה אישור! אה... רק לצורך ב... אה... אה... [שתיקה] יכול להיות שזה זה, שזה רק צורך באישור, של מישהו ש... שכאילו שיהיה שם עוד בן אדם שאחראי, בנוסף אלי. כאילו של הגוף שלי, והחיים שלי, ואני מתמודד עם ההשלכות של זה אבל... כאילו עוד מישהו שעוקב אחרי ויודע שהכול בסדר. ... נראה

לי שחלק מהכוח שאני מתאר אצל המערכת הרפואית זה גם לא רק אפילו, זה כוח שאני נותן לה. זאת אומרת באיזשהו מקום אה... אני מרגיש קצת, מפחיד אותי לבדוק דברים לבד, מפחיד אותי כאילו... את יודעת, יש כל מיני דרכים, יש לדבר עם חברים יש לראות סרטונים של טרנסים ב-you tube – יש מלא כאלה! עולם שלם... אממ... כי אני לא, אני לא מרגיש שאני יכול לדעת אם אה... הידע הזה הוא מוצק, אם הידע הזה אפשר לסמוך עליו. או איך זה ישפיע עלי."

אורי מתאר את הצורך שלו בקבלת אישורים שכאלה מדמות סמכות, דווקא בגלל אותו מכלול ידע שעל בסיסו אחרים השתחררו מצורך זה (ראה פרק מי פה המומחה?). עבורו, מתן כוח, חזרה אל המערכת הרפואית, בדמותה של הסמכות, הוא דווקא צעד משחרר, המאפשר לו לקבל תשובות לשאלותיו ברמת הביטחון המקצועית הדרושה לו.

התייחסות אל הרופא כאל דמות סמכות שכזו, גם משפיעה בתורה על חובותיו, כביכול, של המטופל למול המפגש עם הרופא, כפי שמתאר תמיר :

"אני מסתיר את זה כמה שאפשר, אבל גם, מרופא אסור להסתיר כי אני צריך להיות במעקב רפואי והוא חייב לדעת את כל האמת... הוא חייב לקבל את כל התיק, לדעת שאני עברתי שינוי, שאני מקבל הורמונים, שאני... ממש את כל התהליך."

בשונה מהתייחסותו של גיל, שהובאה בראשית פרק זה, תמיר מרגיש שזו חובתו למסור לרופא פרטי מידע לגבי היותו טרנסג'נדר ולגבי הטיפול ההורמונאלי שהוא מקבל. חשוב להדגיש, כי תמיר היה מעדיף שלא להיחשף, כמו נועם, אך מרגיש כי אין זה אפשרי בשל סמכותו של הרופא על טיפוליו.

פרק זה, המסכם את פרק התוצאות, מלמד על התפקידים השונים שממלאים רופאים של מטופלים טרנסג'נדרים. תפקידים אלו הם בבואה לקשרים הנרקמים איתם, המעוצבים על פי יחסי הכוחות ותפישת התפקיד של שני הצדדים. חשוב לזכור כי התפקידים השונים מלמדים על תפישותיהם של המרואיינים את צרכיהם, אך מאחוריהם גם מצויים גורמים רפואיים – אינדיבידואלים בעצמם, בעלי תפישה עצמאית של תפקידם במערך היחסים.

סיכום

מחקר זה בא לתאר את מפגשם של טרנסג'נדרים וטרנסג'נדריות עם המערכת הרפואית, על פי תיאורי חוויותיהם ממפגשים אלו. הראיונות והמחקר נתנו ההזדמנות, לי ולמרואייני, לבחון את אותן החוויות לעומקן ולחשוף ואת המשמעות הניתנת להם, בהקשרים האישיים והחברתיים, השזורים זה בזה. באמצעות שיטות איכותניות לניתוח הראיונות נתגלו קשייהם של המטופלים בפנייה לטיפול – בשל הצורך להיחשף, מילולית-רגשית וגופנית, לרב אל מול גורם טיפולי בעל מחסור ברור בידע, אליהם נוספים הקשיים המתהווים בשל תפקיד המערכת והמטפל במארג החברתי, כמגן על נורמות חברתיות הנמצא בעמדת כוח. כמו-כן, בחנתי כיצד ההתנהלות האישית והקהילתית, שבליבם צבירת ידע, מאפשרת לכוון מערכת יחסית אחרת עם הגורם המטפל.

המחקר מראה כי טרנסג'נדרים חווים שורה של אתגרים במפגשים עם המערכת הרפואית, ועם הצורך להסביר את זהותם ומצבם בפניה. אתגרים אלו משתנים בין מרואיינים שונים, החווים באופן אחר את זהותם ונמצאים בשלבים שונים של תהליכי שינוי מגדרי. המרואיינים בוחרים דרכים מגוונות להתמודדות עם הצורך להציג את עצמם בפני הרופא, הצגה הכוללת מידה מסוימת של חשיפה – החל מהימנעות מוחלטת ועד חשיפה מלאה ומפורטת. בכדי להבטיח לעצמם חוויה חיובית של קבלה, בוחרים מרואיינים בפני מי להיחשף ומתי, על פי מערך משתנה של ערכים, ומחליטים באילו מונחים ישרתו את מטרתם בצורה טובה יותר. העובדה כי בכל מפגש עם המערכת הרפואית נחשף במהירות סעיף רישום המין, אשר לעיתים אינו בהלימה עם המטופל – בין אם עם גופו או עם הצגתו העצמית, הופכת את החשיפה לאוטומטית עבור רוב המרואיינים. בכך נדרשת מהם חשיפה בכל מפגש עם המערכת, בין אם זהותם הטרנסג'נדרית רלבנטית אליו או לא. חלק מן המפגשים מחייבים גם חשיפה גופנית, ומהווים, לעיתים, אתגר עבור מטופלים ומטפלים, בשל ההדגשה של חוסר ההלימה בין הזהות העצמית והצגתה, לבין הגוף הנבדק. באמצעות התייחסות למרואיינים הטרנסג'נדרים (F-to-M) התמקדתי בבדיקה הגניקולוגית, שבמחקר זה, בדומה למחקרים קודמים (Hussey, 2006; Devor, FTM, 1997) תוארה כנקודת קושי מרכזית, והדגמתי כיצד יחסים שונים של המרואיינים אל גופם נקשרו אל יחס שונה לבדיקה ולחוויה ממנה. טוב יעשה הרופא שיחכים להכיר את מטופלו, ללמוד ממנו על התחושות העצמיות שלו – לגבי זהותו ולגבי גופו, ולהתאים לכך את התנהלותו, הטיפול והבדיקה.

קושי גדול מולו עומדים המרואיינים הוא מחסור הידע של הרופא, הדורש מהם לא רק לחשוף את זהותם, אלא גם להסביר אותה ואת משמעותיה לצרכיהם הרפואיים. זהו גורם מרכזי בהימנעותם של אנשים טרנסג'נדרים מפנייה לטיפול רפואי ונפשי. בעיה זו מועצמת באזורי הפריפריה, ובגינה רבים מעדיפים להרחיק לקבלת טיפול במרכז הארץ. נושא זה הוא רב חשיבות, שכן קשר מוצלח עם גורם מטפל נמצא כרב

חשיבות להתנהגות הבריאות והחשיפה לסיכונים בריאותיים מצד אנשים טרנסג'נדרים (Couch, Pitts, 2009; Mulcare, Croy, Mitchell, & Patel, 2007; Sanchez, Sanchez, & Danoff, 2009). קיימת העדפה לגורמים טיפוליים בעלי ידע, הכרות והבנה עם מטופלים טרנסג'נדרים, כפי שגם נראה במחקר קודם בתחום (Hussey, 2006). עם זאת, גורמים אלו מועטים, לעיתים יקרים ומרוכזים, ברובם, במרכז הארץ. מן הראיונות ניתן ללמוד שבכדי לייצר סביבה טיפולית שכזו לעצמו, נדרש המטופל לצבור ידע רב על גורמים מטפלים ועל טיפולים. לקהילה הטרנסג'נדרית תפקיד חשוב בחייהם של המרואיינים, בעיקר, אך לא רק, כמקור ידע מרכזי בנושאים אלו.

בבחינת ההקשר החברתי של המפגש הרפואי, עולה כי טרנסג'נדרים חווים את המערכת הרפואית כמוסד כוללני, כפי שתיאר גופמן (1957/2006). לממצא זה משמעות רבה על חוויותיהם של המרואיינים אל מול המערכת והמטפלים ותפישתם ככוחניים, ועל התנהגותם כמטופלים בה – הבוחרים לקבל את תפישת המערכת כלפיהם, להשתמש בה או למרוד בה. ברמה זו, למערכת הרפואית תפקיד, בעיני המטופלים, של סוכן חברתי המגן על התפישה ההטרונורמטיבית. הדוגמא המובהקת ביותר לתפקוד שכזה מצד המערכת הרפואית, הנה של המיון בין הפונים לקבלת טיפול הורמונאלי או כירורגי להתאמת הגוף לזהות המגדרית. הגורם המטפל נדרש להיות שומר הסף לטיפול ולברור מבין הפונים את הנכונים, המתאימים והראויים לקבלת הטיפול, כשלמעשה, מערכת המדדים המשמשת אותו נובעת בעיקרה מתפישה חברתית, ולא מבוססת ראיות מדעיות (evidence based). חלק ניכר מתפקיד שומר הסף נמצא כיום על כתפיו של מטפל מבריאות הנפש, עובדה הגורמת, לעיתים, לקשיים רבים בפנייה לקבלת טיפול נפשי בכלל, או מגורמים המומחים לתחום זה, שכן הם לרב אלו שנתפשים כשומרי הסף. בנוסף, מספרים המרואיינים על חוויות בהן תפישותיו האישיות ומערכת הערכים בה מחזיק הרופא, השפיעו משמעותית על צורת מתן הטיפול מצידו, ואף על עצם מתן הטיפול.

ממצאי המחקר מלמדים על התמודדות אקטיבית של המרואיינים עם קשייהם עם המערכת הרפואית, ברמה האישית והחברתית. כתוצאה מתהליכי צבירת הידע שעברו, הפכו המרואיינים למומחים בעצמם לאפשרויות הטיפוליות שלהם, וכן למומחים ברזי המערכת הרפואית. ידע זה משמש אותם להתמודד עם פערי הכוחות עם המערכת וכן מעניק להם את הביטחון לפעול בדרכים נוספות לצמצומם, כדוגמת הסתמכות על רגשות בבחירת גורם מטפל, או בחירה ברופאה ולא ברופא. כתוצאה מכך, מתארים המרואיינים דרכים בהן למדו להשתמש באלמנטים שונים של הון תרבותי וחברתי (Bourdieu, 1986) בהם הם מחזיקים, כדוגמת השכלה או קשר אישי או משפחתי לאחרים מיוחסים, בכדי לבסס את מעמדם אל מול המערכת. עצם זהותו של אדם כטרנסג'נדר יכולה לשמש עבורו הון במקרה זה, הן בשל תהליכים אישיים מבססי כוח שעבר בתהליך העצמי שלו והן בשל התעניינות מסוימת שעורר במערכת הרפואית.

תהליכי ההתמודדות מאפשרים למטופלים להעביר לידיהם את הכוח כמטופלים, ובכך לעשות צעד ראשון לשינוי השיח הרפואי כלפיהם, כאחרים וזכרים. מתוך עמדות אלו מייצרים המטופלים, עבור עצמם, סביבה טיפולית שונה, הכוללת את הגורמים המטופלים שבחרו והתפקיד אשר העניקו להם התואם לצרכיהם. התייחסויות אלו פותחות צוהר לתפישת הקשר הרצוי והמתאים עם הרופא. בעוד למטופלים שונים צרכים ורצונות שונים לגבי הקשר עם הרופא, מדבריהם של המרואיינים עולה ברובה בקשה להחזרת הכוח למטופל, ובראש בראשונה קבלת יחס מכבד ומקבל.

כדרכם של מחקרים מבוססי ראיונות עומק, מספר המשתתפים הקטן מהווה מחסום מהסקת תוצאותיו על כלל האוכלוסייה הטרנסג'נדרית. העובדה כי מחקר זה מתבסס על שמונה מרואיינים בלבד, מקשה לבחון ההבדלים שיייתכן וקיימים בתוך המדגם – כדוגמת בין טרנסג'נדריות לטרנסג'נדרים, בין אנשים בשלבים שונים של תהליכיהם וכד'. נדרש מחקר ממשיך בכדי לבחון הבדלים אלו לעומקם, עם זאת, ממצאי המחקר הנוכחי מהווים בסיס יציב לתיאור חוויותיהם של המרואיינים מן המפגש עם המערכת הרפואית.

בהתאם למטרות המחקר, ובהיותו מהראשונים בתחום, הוחלט בשלב הראשוני שלא להגדיר את מאפייני משתתפי המחקר מבעוד מועד, פרט לדרישה כי יענו לפרסום הקורא למרואיינים טרנסג'נדרים (או טרנסקסואלים). עם זאת, ממבט במדגם המחקר ניתן לראות, בדיעבד, כי משתתפי המחקר ברובם, מהמעמד הבינוני – גבוה ובעלי השכלה גבוהה כלשהי. כמו-כן, כפי שעלה מדבריהם, מרביתם בעלי מודעות ומעורבות פוליטית בענייני הקהילה הטרנסג'נדרית, עובדה שבמידה רבה תרמה להחלטתם להשתתף במחקר זה, כמעשה של אקטיביזם חברתי ויצירת שינוי עבור הקהילה. עובדה זו משפיעה, במידה רבה, על יכולתם של אלו לייצג את כלל חברי הקהילה, שכן אין ספק כי אתגרים רבים נוספים עומדים בפני אלו שידם אינה משגת ומשפיעים על נגישותם לטיפול רפואי וסוג הטיפול שיקבלו – נושא הדורש מחקר נוסף. עם זאת, קיים ערך מחקרי בהתייחסות לקבוצה זו של בעלי מעמד והשכלה, שכן אלו מתורגמים לאסטרטגיות של שינוי שיח עם המערכת הרפואית. שינוי שיח זה יכול להשפיע בתורו גם על קבוצות אחרות בחברה, שאולי אינן בעמדה ליצור את השינוי הזה בעצמן.

על אף מגבלותיו, המידע והתובנות ממחקר זה יכולים לשמש גורמים רפואיים בהבנת חוויות מטופליהם הטרנסג'נדרים ולאפשר להם לשפר את השירות הניתן להם. אנשים טרנסג'נדרים הם המומחים לחוויותיהם ולצרכיהם, ולכן הם מקור ידע הכרחי והנכון ביותר בכל הנוגע לטיפול, למחקר ולקביעת נהלים בתחום זה. קיימים אינספור מופעים ותפישות של זהות מגדרית, וכפי שממצאי המחקר מצביעים אלו משמעותיים ביותר לצרכיהם ולרצונם של אנשים מצד הגורמים המטופלים בהם. לאורכם ולרוחבם, מצביעים ממצאי המחקר על חשיבותה של הבנת הרופא את צרכיו האינדיבידואליים של המטופל, את

המשגת זהותו המגדרית, יחסיו עם גופו וכד'. אלו משמעותיים ביותר ביצירת טיפול מתאים ומותאם למטופל (גישת ה-patient centered care), לו זקוקים המטופלים.

מעבר למשמעויות במפגש הרפואי עצמו, לרופא תפקיד במארג חייו הכללי של מטופל, מתוך ההבנה כי בריאותו הנו מונח רחב הכולל רווחה גופנית, נפשית וחברתית (World Health Organization, 2006). הרופא יכול להשתמש בתפקידו החברתי, לא בכדי להיום גורם מעכב או מגביל עבור מטופלו, אלא בכדי לסייע בעדו למול מגבלות אחרות מצד החברה (Holman & Goldberg, 2006). כפי שיכול הרופא ליצור שינוי משמעותי בחייו של מטופל, כוחה של המערכת הרפואית בחברה יכול לסייע גם כן ביצירת שינוי חברתי רחב היקף עבור אנשים טרנסג'נדרים בכלל.

קיימת הקלה בפנייה אל גורם טיפולי אשר מוכר כטרנספרנדלי, כפי שמתארים ממצאי המחקר, וחשוב כי הרופא יכיר את חלקו בכך. ניתן להתקדם לקראת יעד זה באמצעות הגברת נראותם של נושאים טרנסג'נדרים בחלל הטיפול, ולו באמצעים פשוטים כדוגמת הצבת דגל גאווה או הוספת עלונים ייעודיים בנושא (Drabble & Keatley, 2003; Hussey, 2006; Lombardi, 2001). אמצעים שכאלו יכולים להיות רבי משמעות עבור מטופלים, אך, כמובן, אינם מספקים, בוודאי אם לא נתמכים על ידי יחס תואם מצד המטפל עצמו.

ממצאי המחקר מצביעים על מחסור ברור בגורמים מקצועיים בעלי הידע והגישה המתאימים לטיפול באנשים טרנסג'נדרים, עובדה המצביעה על הצורך ההכרחי בהדרכת גורמים טיפוליים בתחום באופן נרחב ומעמיק, כפי שצוין בעבר (The American Public Health Association, 2000). מספר שיטות הכשרה לפיתוח מיומנותם של רופאים בתחום פותחו ונוסו ונמצאו יעילות בשיפור הידע, הנגישות ויכולת התקשורת של הרופא למטופלים טרנסג'נדרים (Hanssmann, Morrison, & Russian, 2008; Kelley, 2008; Chou, Dibble, & Robertson, 2008). שיפור הנגישות למטופלים טרנסג'נדרים יכול להיות רב השפעה על התנהגות הבריאות וחשיפתם של פרטים אלה לסכנות שונות (Sanchez, Sanchez, & Danoff, 2009; San Francisco Department of Public Health, 1999). חשוב לזכור כי חוויות ממפגשים קודמים משפיעות על חוויות עתידיות ומעצבות את מערכת היחסים כולה עם המערכת הרפואית.

המחקר הנוכחי הוא מהראשונים העוסקים בטרנסג'נדרים בארץ, ומהיחידים העוסקים במפגש של טרנסג'נדרים עם המערכת הרפואית. המרואיינים סיפרו על חיפוש אחר עניין והבנה מעמיקים יותר, מצד הרופא, של חוויותיהם כטרנסג'נדרים. תיאוריהם את ההקשרים החברתיים של הקשר משמעותיים לתפישותיהם את הקשר עם הרופא, וכן להתנהגותם בתוכו. ניתן להניח כי תוצאות אלו ברות משמעות למחקר בתחום קשר רופא חולה, מעבר לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית שמחקר זה מתמקד בה.

ביבליוגרפיה

- חוק זכויות החולה התשנ"ו (1996).
- אמיר, ד'. (2000). "אחראית", "מחויבת" ו"נבונה" - כינון נשיות ישראלית בוועדות להפסקת הריון. בשי שלסקי (עורך), *מיניות ומגדר בחינוך* (עמ' 247-253). תל-אביב: אוניברסיטת תל-אביב.
- אריאלי, ר'. (07 11 2008). *רשימת הרופאים – מה למה ואיך*. אוחזר ב- 20 05 2010, מתוך GoTrans: <http://www.gogay.co.il/content/article.asp?id=7570>
- בטלר, ג'. (2001). צרות של מגדר. *מכאן, ב', 19-202*. (פורסם לראשונה בשנת 1990)
- בטלר, ג'. (2007). *קוויר באופן ביקורתי*. (ד' רו מתרגם) תל-אביב: רסלינג. (פורסם לראשונה בשנת 1993)
- בית החולים תל השומר, המחלקה לכירורגיה פלסטית. (25 01 2008). *דף הדרכה לחולים לאחר ניתוח* *לשינוי מין*. אוחזר ב- 20 08 2010, מתוך המרכז הרפואי שיבא, תל השומר: [/http://www.sheba.co.il/wards/Division_of_Surgery/Plastic_Surgery](http://www.sheba.co.il/wards/Division_of_Surgery/Plastic_Surgery)
- בית החולים תל השומר, המחלקה לכירורגיה פלסטית. (25 01 2008). *מידע למטופל - הדרכת חולה לניתוח* *לשינוי מין מגבר לאישה*. אוחזר ב- 20 08 2010, מתוך שיבא: http://www.sheba.co.il/Fwards/Division_of_Surgery/Plastic_Surgery
- בכר, ל'. (2010). משפט משווה: אפלייתם של עובדים טרנסג'נדרים בשוק העבודה - הסדרים משפטיים בדין האמריקאי ובדין הישראלי.
- בן-בסט, י'. (1997). *יחסי רופא-חולה: סקירת ספרות מקצועית*. ירושלים: מרכז הנרייטה סאלד.
- ברשטלינג, א'. (2008). *"דיבור יש בו התחייבות מסוימת": טרנסג'נדריות בעברית*. רמת-גן: עבודה לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- גביעון, ל', ולוצאטו, ד'. (2008). ילדים חורגים לבירוקרטיה: מי דואג לילדים עם צרכים מיוחדים? *סוציולוגיה ישראלית*, ט' (2), 443-466.
- גופמן, א'. (1983). *סטיגמה*. ש' ספן (מתרגמת) תל-אביב: רשפים. (פורסם לראשונה בשנת 1963)
- גופמן, א'. (2006). על מאפייני המוסדות הטוטליים. א' רם (עורך), מ' זיגדון (מתרגם). תל-אביב: רסלינג. (פורסם לראשונה בשנת 1957)
- גופן, ר'. (11 08 2011). *המחסומים המונעים מטרנסים וטרנסיות להגיע למרפאות של קופת חולים*. אוחזר מתוך כנס אנשים טרנסג'נדרים, פאנל מדיניות ומיצוי זכויות טרנסג'נדרים.

- גרינברג, נ. (2002). נפש אישה/הומוייח. בש' גטניו, וי' לביא (עורכים), *הדו"ח השנתי לזכויות הלהט"ב*.
- גרינברג, נ. (2003). *בעיות וצרכים רפואיים ייחודיים של טרנסים*. אוחר ב- 20 05 2010, מתוך GoTrans: <http://www.gogay.co.il/content/article.asp?id=2097>
- גרינברג, נ. (2008 07 01). *משרד הבריאות בוחן הקלה בשינוי מין*. אוחר ב- 20 06 2010, מתוך GoTrans: <http://www.gogay.co.il/content/article.asp?id=7220>
- דהן, ר', פלדמן, ר', וחרמוני, ד'. (2007). האם יש חשיבות לזהות המינית של המטופל במפגש הרפואי? *הרפואה*, 146 (ח'), 30-626.
- הדס, א'. (2011). *השהות בארון והתפתחות הזהות ההומוסקסואלית*. ב- *לדבר (חד) מינית*. תל-אביב: חוש"ן, אוניברסיטת תל-אביב, פסיכולוגי.
- הלוי, י. (2003). *רפואה שלמה, בין רופא למטופליו*. ירושלים: משרד הביטחון.
- העליון, ה'. (2007). *גן נעול: חוויות הגוף, הזהות והרגש של נשים מטופלות פרויות בישראל*. חיפה: לפרדס.
- וגנר-קולסקו, ג', וגופן, ר'. (11 06 2009). *המרפאה הגאה של כללית*. אוחר ב- 01 03 2011, מתוך קופת חולים כללית: http://www.clalit20plus.co.il/clalit/young/lifestyle/articles/clalit_gay_clinic_tel_aviv.htm
- זיו, א'. (2006). *מבושה לטראנסגינדר – נאראטיב של התפתחות מגדרית*. תל-אביב: חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. אוניברסיטת תל-אביב.
- זיו, ע'. (1999). *דנה אינטרנשיונל*. ע', אופיר (עורך) *תיאוריה וביקורת*, 41, 11-401.
- חוש"ן. (2010). *סקר הבריאות של חושן לקהילה הגאה*. אוחר ב- 08 08 2010, מתוך חוש"ן: <http://hoshen-seker.org>
- ישי, ר'. (1998). *בין רופא לחולה*. תל-אביב: שוקן.
- לבנת, י', וכרמון, ג'. (19 05 2008). *חוזר מס' 39/86 בנושא "ביצוע ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUAL"*. אוחר ב- 01 10 2010, מתוך רופאים לזכויות אדם: <http://phr.org.il/uploaded/tmp.pdf>
- לשכה לאתיקה, ההסתדרות הרפואית בישראל. (2009). *דוח הלשכה לאתיקה: כללים וניירות עמדה*. (א" רכב, עורך) רמת גן: ההסתדרות הרפואית בישראל.
- משרד הבריאות. (2010). *אי שוויון בבריאות והתמודדות איתו*. האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים.

משרד הבריאות. (2011 11 16). *התייחסות לאנשים החיים עם HIV המטופלים במוסדות רפואיים*. אוזר
ב- 10 12 2011, מתוך משרד הבריאות : http://www.health.gov.il/hozer/bz13_2011.pdf

משרד הבריאות, מנהל רפואה. (1986 04 16). חוזר שירותי אשפוז מס' 39/86, ביצוע ניתוחים לשינוי מין
אצל TRANSEXUALS.

משרד הפנים, מינהל האוכלוסין. (2009 05 06). נוהל מספר 2.6.0001 תיקון פרט רישום מין / נוהל שינוי.

נורדברג, ג'. (2010 09 22). באפגניסטן, אם אין ילד זכר מסתפקים בבת שמתחזה לבן. *הארץ*, עמ' א7.

נחמיאס, מ'. (2005). *החיים והיצירה: הבניית הזהות המשתקפת בסיפורי חיים של משוררים ישראליים*.

ניגר, מ'. (2008). איך לקרוא תקשורת? מודל רב מוקדי לפרשנות טקסטים במדיה. במ' בניגר, מ'
בלונדהיים, ות' ליבס. (עורכים), *סיקור כסיפור: מבטים על שיח התקשורת בישראל* (עמ' 41-59).
ירושלים: מאגנס.

פוקו, מ'. (2005). *ארכיאולוגיה של ידע*. (א', שיינפלד, עורך, וא' להב מתרגם). תל-אביב: רסלינג. (פורסם
לראשונה בשנת 1969)

פוקו, מ'. (2008). *הולדת הקליניקה: ארכיאולוגיה של המבט הרפואי*. (ד' פילק, עורך, ונ' ברוך מתרגם).
תל-אביב: רסלינג. (פורסם לראשונה בשנת 1963)

פרויד, ז'. (1966). האני והסתם. ב- *כרכי זיגמונד פרויד* (ח' איזק מתרגם, כרך ד', עמ' 170-138). תל-אביב:
דביר. (פורסם לראשונה בשנת 1923)

קמה, ע'. (2000). *הארון והעיתון: על הזיקות בין דפוסי תקשורת של הומוסקסואלים בישראל*. תל-אביב:
חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת תל-אביב.

קשתני, י', אריאלי, מ', ושלסקי, ש'. (עורכים) (1997). *טקסי מעבר וחניכה*. *לקסיקון החינוך וההוראה* (עמ'
221-222). תל-אביב: רמות.

רוזנבלום, ש'. (2011 09 12). מזל טוב, אתה בהריון. *ידיעות אחרונות*, 13.

שרון, א', ארזי, ע', אריאלי, ר', אלכסנדר, א', סבר, ל', ופיגנבוים, א'. (2010 08 02). *פעילים טרנסג'נדרים*
פרשו מפרויקט עם חוש"ן. אוזר ב- 08 2010, מתוך GoTrans: <http://www.gogay.co.il/content/article.asp?id=9272>

שילה, ג'. (2007). *החיים בוורוד: בני נוער טצעירים הומואים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים*. תל-
אביב: רסלינג.

שקדי, א'. (2003). עקרונות ניתוח הנתונים. ב- מילים המנסות לגעת : מחקר איכותני - תאוריה ויישום (עמ' 94-111). תל-אביב : רמות.

Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S., & Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature. *Health and Social Care in the Community* , 17 (6), 647-58.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Wasington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition, Text Revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2011, 05 04). *P 01 Gender Dysphoria in Adolescents or Adults*. Retrieved 12 10, 2011, from DSM-5 Development: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>

American Public Health Association. (2000). APHA policy statement 9933: the need for acknowledging transgendered individuals within research and clinical practice. *American journal of public health* , 483-484.

Barker, K. K. (2008). Electronic Support Groups, Patient-Consumers, and Medicalization: The Case of Contested Illness. *Journal of Health and Social Behavior* , 49 (1), 20-36.

Beemyn, B., & Eliason, M. (Eds.). (1996). *Queer studies: A lesbian, gay, bisexual, and transgender anthology*. New York and London: New York University Press.

Bell, S. E., & Figert, A. E. (2010). Gender and the Medicalization of Healthcare. In E. Kuhlmann, & E. Annandale (Eds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 107-122). London: Palgrave Macmillan.

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). New York: Greenwood.

Bullough, B., Bullough, V. L., & Elias, J. (Eds.). (1997). *Gender Blending*. Amherst, New York: Prometheus Books.

- Charmaz, K. (2003). Grounded theory. In J. A. Smiths, R. Harre, & L. V. Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 27-49). London: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archivaive of Sexual Behaviour* (39), 499-513.
- Conard, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour* , 46, 3-14.
- Cook, C. (2011). 'About as comfortable as a stranger putting their finger up your nose': speculation about the (extra)ordinary in gynaecological examinations. *Culture, Health & Sexuality* , 13 (7), 767-780.
- Couch, M., Pitts, M., Mulcare, H., Croy, S., Mtchell, A., & Patel, S. (2007). *A report on the health and wellbeing of transgender people in Australia and New Zealand*. Melbourne: Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J., Jaber, A., Bockting, W., & Knudson, G. (2006, 01). *Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines*. Retrieved 08 22, 2010, from Trans Care Project: <http://transhealth.vch.ca/library/tcpdocs/guidelines-endocrine.pdf>
- Devor, H. (1989). *Gender blending, confronting the limits of duality*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.
- Devor, H. (1997). *Female-to-male transsexuals in society*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.
- Drabble, L., & Keatley, J. (2003). Progress and Opportunities in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health Communications. *Clinical research and regulatory affairs* , 20 (2), 205-227.
- Epstein, C. F. (1988). *Deceptive distinctions: sex, gender, and social order*. New Haven: Yale University Press.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors*. Boston: Beacon Press.

- Fontana, A., & Frey J. (1994). The interview: From structured questions to negotiated text. In: N. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 645-672). Thousand Oaks, California: Sage
- Forster, H., Schwartz, J., & DeRenzo, E. (2007). Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Archives of Internal Medicine* , 162 (11), 1217-1219.
- Fraser, L., Karasica, D. H., Meyer, W. J., & Wylie, K. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adults. *International Journal of Transgenderism* (12), 80-85.
- Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain* , 131, 3132-46.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self identity: Self and society in late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Gorton, N. R., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Groneman, C. (1995). Nymphomania: The historical construction of female sexuality. In J. Terry, & J. Urla (Eds.), *Deviant bodies: critical perspective on difference in science and popular culture* (pp. 219-249). Bloomington: Indiana university press.
- Grundstrom, H., Walling, K., & Bertero, C. (2011). "You expose yourself in so many ways": young women's experiences of pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* , 32 (2), 59-64.
- Hanssmann, C., Morrison, D., & Russian, E. (2008). Talking, Gawking, or Getting It Done: Provider Trainings to Increase Cultural and Clinical Competence for Transgender and Gender-Nonconforming Patients and Clients. *Sexuality Research & Social Policy* , 5 (1), 5-23.
- Harrison, A. (1996). Primary Care of Lesbian and Gay Patients. *Family Medicine* (28), 10-23.

- Herbert, J. (2008). Who do we think we are? The brain and gender identity. *Brain* , 131, 3115-3117.
- Hird, M. J. (2002). Out/Performing Our Selves: Invitation for Dialogue. *Sexualities* , 5 (3), 337-356.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (Eds.). (1992). *Personality Theories*. New York: McGraw-Hill.
- Holman, C. W., & Goldberg, J. M. (2006). Social and Medical Transgender Case Advocacy. *International Journal of Transgenderism* , 9 (3/4), 197-217.
- Hussey, W. (2006). 'Silvers of journey'. *Journal of Homosexuality* , 51 (1), 129-58.
- Joelle, R. R. (2009). *Reel gender: Examining the politics of trans images in film and media*. Bowling Green, Ohio: Doctoral dissertation Bowling Green State University.
- JSI Research & Training Institute. (2000). *Access to health care for transgendered persons in greater Boston*.
- Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A critical intervention in lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine* , 20 (3), 248-253.
- Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality* , 57, 730-47.
- Kruijver, F. P., Zhou, J.-N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, L. J. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* , 85, 2034-41.
- Lee, A. (2008). Trans Models in Prison: The Medicalization of Gender Identity and the Eighth Amendment Right to Sex Reassignment Therapy. *Harvard Journal of Law & Gender* (31), 447-471.

- Lev, A. I. (2009). The Ten Tasks of the Mental Health Provider: Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* , 11 (2), 74-99.
- Lieblich, A., Tuval Mashlach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading Analysis and Interpretation*. London: Sage.
- Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health* , 91 (6), 869-872.
- Luders, E., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., & Narr, K. L. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage* , 46, 904-7.
- Mail, P. D., & Safford, L. (2003). LGBT Disease Prevention and Health Promotion: Wellness for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Individuals and Communities. *Clinical Research and Regulatory Affairs* , 20 (2), 183-204.
- McKenzie, S. (2006). Queering gender: anima/animus and the paradigm of emergence. *Journal of Analytical Psychology* , 51, 401-21.
- Minter, S. P., & Keisling, M. (2000). The Role of Medical and Psychological Discourse in Legal and Policy Advocacy for Transgender Persons in the United States. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* , 14 (2), 145-154.
- Morgan, S. W., & Stevens, P. E. (2008). Transgender identity development as represented by group of female-to-male transgendered adults. *Issues in Mental Health Nursing* , 29, 585-99.
- Namaste, V. K. (2000). Theory. In *Invisible Lives* (pp. 7-70). Chicago: The University of Chicago Press.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research* , 15, 1447-1457.
- Olsson, S.-E., & Möller, A. R. (2003). On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Archives of Sexual Behavior* , 32 (4), 381-6.

- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., & Segovia, S. (2010). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research* , *In Press*.
- San Francisco Department of Public Health. (1999, 02 18). *The transgender community health project*. Retrieved 06 20, 2010, from HIV InSite: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=cftg-02-02>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health* , *99* (4), 713-9.
- Schattner, A., Bronstein, A., & Jellin, N. (2006). Information and Shared Decision-Making are Top Patients' Priorities. *BMC Health Services Research* , *6* (21).
- Schilt, K., & Westbrook, L. (2009). Doing Gender, Doing Heteronormativity : "Gender Normals," Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society* , *23* (4), 440-464.
- Seidman, S. (Ed.). (1996). *Queer theory/sociology*. Malden, Massachusetts: Blackwell publishers inc.
- Shapiro, E. (2004). 'Trans'cending barriers: Transgender organizing on the Internet. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* , *6* (3-4), 165-149.
- Spargo, T. (1999). *Foucault and queer theory*. Cambridge: Icon Books.
- Speer, S. A., & Parsons, C. (2006). Gatekeeping gender: some features of the use of hypothetical questions in the psychiatric assessment of transsexual patients. *Discourse & Society*, *17*(6), 785–812.
- Speigel, J. H. (2008). Challenges in Care of the Transgender Patient Seeking Facial Feminization Surgery. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America* , *16* (2), 233-238.
- Spelman, E. (1982). Women and body: Ancient and contemporary views. *Feminist Studies* , *8* (1), 109-131.

- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In K. Straub, & J. Epstein (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280-304). New York: Routledge.
- Sutcliffe, P., Dixon, S., Akehurst, R., Wilkinson, A., Shippam, A., White, S., et al. (2009). Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 2, 294-308.
- Swaab, D. F., & Garcia-Falgueras, A. (2009). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional Neurology*, 24 (1), 17-28.
- Taylor, S. E. (2006). What is health psychology? In *Health psychology* (6 ed., pp. 2-15). Boston: McGraw-Hill.
- van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25 (6), 589-600.
- Veale, J. F. (2008). Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 887-9.
- Vincent, L., & Camminga, B. (2009). Putting the 'T' into South African Human Rights: Transsexuality in the Post-Apartheid Order. *Sexualities*, 12 (6), 678-700.
- Warner, D. N. (2004). Towards a queer research methodology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 321-37.
- Whittle, S. (2000). *The transgender debate: The crisis surrounding ender identities*. Garnet Publishing Limited.
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., et al. (2009). Transpeople. Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analysis Study. *International Journal of Sexual Health* (21), 96-118.
- World Health Organization. (2006, 10). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved 09 01, 2010, from World Health Organization: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Professional Association for Transgender Health. (2011, 09). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. Retrieved 2011, from The World Professional Association for Transgender Health: www.wpath.org/documents/Standards of Care V7 - 2011 WPATH.pdf

Zhou, J.-N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* , 378, 68-70.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20, 487-504

Abstract

Recently, there has been a lot of attention focusing on the patient's experience with the health care system. While much has been written on the complexity of the doctor-patient relationship when the two are different in culture and other basic features, little has been written on the gender variant patient. This study focuses on transgender people's experience of the care they receive from health providers in Israel. The transgender population has special medical needs, as transgendered people often turn to the health care system in order to use medical means to achieve the physical change they require. The current bio-medical model classifies transgenderism as a psychiatric condition (American Psychiatric Association, 2000, DSM-IV-TR, pp. 576-582), and recommends gender confirmation treatments for those who desire and are found compatible. However, this model has been extensively criticized by many, including transgendered people themselves.

In-depth interviews were conducted with eight transgendered people about their personal experience with accessing health care in Israel. By content and form analysis, several themes were identified. These themes describe the main source of difficulty accessing medical care and receiving treatment, as well as the different strategies transgender patients utilize to cope with these difficulties.

The results show transgendered patients are often contend with a general lack of knowledge and understanding by medical professionals. In order to get proper care, patients are often required to explain and educate their health care providers, and therefore need to come with a large arsenal of knowledge to their appointments. Interviewees described a preference for a provider with some knowledge of transgendered issues. Unfortunately, there are few providers that meet that criteria and among the minority that do, they are centralized to Tel-Aviv metropolitan area. Another major difficulty for the interviewees is any meeting with the health care provider requires exposure themselves both physically and emotionally. Seeking treatment was also complicated by the patient's view of the medical personnel as social agents, who aim to restrict patient's access to treatment for transgendered issues, in order preserve heteronormativity. Faced with these challenges, interviewees developed strategies intended to change the patient's position of inferiority, and produce an alternative discourse to the bio-medical one. These strategies, which are based on different types of cultural capital, are combined and applied both on a personal level and on a community level.



TRANSGENDER PERSON'S EXPERIENCE WITH THE HEALTH CARE SYSTEM

Shir Reichert

Dr. Diana Luzzatto, advisor

**Term paper submitted as part of the requirements for the
master's degree (M.A.) in medical psychology
School of Behavioral Science
Tel Aviv – Yaffo Academic College**

February 2012