



אוניברסיטת תל-אביב

הפקולטה למדעי החברה ע"ש גרשון גורדון

החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה

## **וועדה תקבע אם אני גבר או אישה?**

**מדיניות כלפי חצייה מגדרית וסובייקטיביות טרנסג'נדרית  
בוועדה לשינוי מין בתל השומר**

חיבור זה הוגש כעבודת גמר לקראת התואר

"מוסמך אוניברסיטה" - מ.א.

באוניברסיטת תל-אביב

על ידי

יעל סיני

העבודה הוכנה בהדרכת:

פרופ' חנה הרצוג

פברואר 2013

עבודה זו נכתבה בהנחיית פרופ' חנה הרצוג, מהמחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה באוניברסיטת תל אביב.  
הרקע התיאורטי נכתב בעזרתה של ד"ר איריס רמימוב, מהחוג להיסטוריה באוניברסיטת תל אביב.

אני רוצה להודות למרואיינים ולמרואיינות שלי, שהקדישו מזמנם וחלקו את חוויותיהם עמי.  
תודה מיוחדת למנחה שלי פרופ' חנה הרצוג, שליוותה אותי לאורך כל הדרך, לד"ר איריס רחמימוב שבילתה  
איתי שעות ארוכות במחשבות. למיטל זהר, שהייתה איתי בכל מילה. לליה מייטנה, לאייל רון, לאחותי דנה  
סיני ולאמי אורנה סיני.  
ולאלמה ביבלש, שאהבה, תמכה ועודדה.

## תוכן עניינים

6	תקציר .....
8	מבוא .....
14	תיאוריות ומדיניות של מגדר וחציה מגדרית – רקע .....
14	הגדרות ומינוחים מרכזיים .....
15	שינויים בתפיסה של מגדר וחציה מגדרית – בין דיכוטומיה לדיפוזיה .....
22	שינויים במדיניות ביחס לטרנסג'נדרים – בין תיקון לתמיכה .....
27	מדיניות ביחס לטרנסג'נדרים – מה בין העולם המערבי לישראל? .....
29	מערך המחקר .....
30	מתודולוגיה ושיטת איסוף הנתונים .....
31	איתור המרואיינים .....
31	שיטת המחקר- ראיונות עומק .....
33	שיטת המחקר- ניתוח תוכן .....
33	סוגיות אתיות במחקר .....
36	מרחבי השיח בוועדה לשינוי מין בתל השומר .....
36	תמה ראשונה : צימוד הטרנסקסואליות לשיגעון .....
44	תמה שנייה : סמכות ואחריות בצל החרטה .....
52	תמה שלישית : המשולש הקדוש .....
62	תמה רביעית : דרכים עוקפות ועדה .....
71	דיון .....
77	רשימת מקורות .....
85	נספחים .....

"הסיבה היחידה שאני מכיר

להשמעת זמזום

היא שאתה דבורה"<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>א.א. מילן- "פו הדוב"

## תקציר

המחקר הנוכחי עוסק בבחינה ביקורתית של הנחות היסוד שבנוהל בנוהל לשינוי מין- חוזר מספר 39/86 שיצא כהנחיה מטעם משרד הבריאות בשנת 1986, ושל הוועדה הבוחנת מטעם נוהל זה בבית החולים הציבורי שיבא בתל השומר. הנוהל מציב קריטריונים למיון אנשים טרנסג'נדרים המבקשים לבצע תהליכים לשינוי מין דרך שירותי הבריאות. המסמך קובע כי ניתוחים לשינוי מין יבוצעו בבית חולים ציבורי בלבד, ושבאותו בית חולים תמונה ועדה, שחבריה יהיו: פסיכיאטר בכיר, מנתח פלסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג. מאז ועד היום בית החולים שיבא בתל השומר הינו בית החולים היחיד שהקים ועדה כזו, והיחיד בארץ שמתבצעים בו ניתוחים לשינוי איברי המין.

הספרות התיאורטית מחלקת את היחס ההיסטורי במאתיים השנים האחרונות כלפי חצייה מגדרית לשני מודלים תפיסתיים מרכזיים- המודל הדיכוטומי לעומת זה הדיפוזי. המודל הדיכוטומי היה זה הדומיננטי מסוף המאה השמונה עשרה ועד לתחילת המאה העשרים ורווח כי שני המינים- זכר ונקבה הינם הפוכים זה מזה ומנוגדים (Laqueur, 1990). לעומתו המודל הדיפוזי החל את דרכו במרכז אירופה בשנות השלושים של המאה העשרים, והציג ספקטרום רחב יותר בין זכר ונקבה מבחינה ביולוגית, ומבחינת נטייה מינית וזהות מגדרית (Meyerowitz, 2002).

מודלים אלו הכתיבו לאורך ההיסטוריה שתי פרדיגמות להתייחסות וטיפול באנשים חוצים מגדרית- תיקון ותמיכה. פרדיגמה מתקנת היא זו הרואה את השוני המגדרי כתחלואה, כחלק מתהליך של "מדיקאליזציה"- תהליך בו מצבים, שבעבר לא נחשבו כרפואיים, עוברים הגדרה מחדש ו"מטופלים", על פי רוב, במונחים של "מחלה" או "הפרעה" (Conrad, 1992). מצבים אלו מעניקים לממסד הרפואי את האוטוריטה הבלעדית לבחינה של הסובייקטים המבקשים גישה לטכנולוגיות רפואיות. לעומתה, פרדיגמה תומכת מאפשרת טווח רחב של זהויות מגדריות כחלק מהשונות הטבעית המצויה בטבע ונשענת על הבחירה של הסובייקט לחיות בזהות הייחודית לו. מטרתה של החברה והרפואה בגישה זו, לסייע במידת האפשר לגבר או לאישה הטרנסג'נדרים לחיות כפי שברו. מודלים אלו מתקיימים כיום במקביל בעולם ומעצבים תוכניות שונות בעולם המערבי. ברוב המדינות מוצעות פרוצדורות רפואיות שונות ומגוונות ובחלק מן המדינות אף כיסוי כספי חלקי עד מלא עבור פרוצדורות אלו.

מחקר זה מבוסס על ראיונות עם חמישה מחברי הקהילה הטרנסג'נדרית הישראלית – שני גברים (FTM<sup>2</sup>) ושלוש נשים (MTF<sup>3</sup>) – אשר החלו בביצוע תהליך לשינוי מגדרי במסלול שמציעה הוועדה לשינוי מין בבית החולים "שיבא". בנוסף, ראיינתי שני מומחים חברי הוועדה ושני מומחים נוספים בתחום, שאינם חברים בוועדה: ד"ר אילנה ברגר, עובדת סוציאלית קלינית ומומחית בתחומי מיניות ומגדר, וד"ר גל וגנר, רופא משפחה בקופת חולים "כללית". לצד הראיונות, ולשם תיאור ההתרחשויות ההיסטוריות והעכשוויות שעיצבו את תפיסות הוועדה, השתמשתי בניתוח מסמכים שונים, כגון נוסח הנוהל לשינוי מין וכתבות מהעיתונות היומית בשנים 1955-1996. את הראיונות והחומרים הכתובים ניתחתי באמצעות שיטת מחקר איכותנית קונסטרוקטיביסטית.

במחקר זה אני מבקשת לטעון שלושה טענות. הראשונה היא, כי נוהל 39/86, והוועדה לשינוי מין בתל השומר הפועלת מטעמו נשענים על פרדיגמה 'מתקנת', אשר רואה בחציה מגדרית פתולוגיה, שעל הממסד הרפואי לאבחן, לסווג ולתקן. הדיון בטענה זו יתמקד בתמות העוסקות ברטוריקה הממסדית המבקשת לסמן את האנשים הטרנסג'נדרים ככאלו החשודים בבריאותם הנפשית, ועל ידי כך מוציאה מידם את האחריות לגופם. הטענה השניה היא, כי למרות האיסור על ביצוע ניתוחים לשינוי מין באופן פרטי במדינת ישראל, אנשים טרנסג'נדרים בעלי אמצעים כלכליים או חברתיים בוחרים לפנות לדרכים עוקפות וועדה- ביצוע פרוצדורות הורמונאליות ו/או כירורגיות מחוץ לכותלי הוועדה. לבסוף, אני מבקשת להציע מנגנון באמצעותו הוועדה לשינוי מין בתל השומר מאפשרת ואף מעודדת במדיניותם את אלו שברשותם משאבים לפנות לאפיקים אחרים, ובכך מצליחה לבלום ניסיונות לשינוי מבני בתוך כותליה, משמע- שינוי נוהל 39/86.

---

FTM-female to male<sup>2</sup>  
MTF-male to female<sup>3</sup>

## מבוא

ניתוחים להתאמה מגדרית<sup>4</sup> הינן פרוצדורות מוכרות בכל העולם. בין 1:11,900 לבין 1:11,450 זכרים ובין 1:30,400 לבין 1:200,000<sup>5</sup> נקבות מתמודדים עם "דיספוריה מגדרית", המוגדרת כאי הלימה בין גופו לבין מגדרו של האדם (WPATH, 2011). ברוב מדינות הרווחה ניתוחים אלו נעשים, כחלק משירותי הרפואה הציבורית הניתנים במדינה, במימון חלקי או מלא.

הניתוח הראשון בארץ להתאמה מגדרית בוצע באופן פרטי בתחילת שנות השבעים של המאה העשרים, אך נתקל בביקורת חריפה של קהילת הרופאים. מאז בוצעו ניתוחים אלו בארץ, על פי רוב בסתר ובבושה. בשנת 1986 הוציא משרד הבריאות את נוהל 39/86, הקובע הנחיות לביצוע ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS [כך] ולתיקון פגמים במצבים של HERMPHRODITISM ודומיהם. הנוהל קובע כי ניתוחים לשינוי מין יבוצעו בבית חולים ציבורי בלבד, ושבאותו בית חולים תמונה ועדה, שחבריה יהיו: פסיכיאטר בכיר, מנתח פלסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג. על המועמד לחיות ב"זהות המין הנגדי שאליו הוא מעוניין להשתייך בעזרת ניתוח" לפחות במשך תקופה של שנתיים, ולעבור הערכה פסיכו-דיאגנוסטית על ידי פסיכיאטר או פסיכולוג. בהתאם לכך, על פי הנוהל, תאושר או תסורב הבקשה לביצוע הניתוח. מאז ועד היום בית החולים 'שיבא' בתל השומר הינו בית החולים היחיד שהקים ועדה מסוג זה.

המסע בן השנתיים, במסלול שאותו מציע בית החולים תל השומר, מתחיל בפנייה של המבקש או המבקשת דרך מזכירת המחלקה אל ד"ר דליה גלבע, פסיכולוגית הוועדה מיום הקמתה ועד היום, לצורך תחילת המעקב. במהלך השנתיים הארוכות נדרש המבקש להיפגש עם פסיכולוגית הוועדה אחת לחודש במוצע לשיחה שאורכה כשעה. לצד מפגשים אלו, נקבעים עבורו תורים לרופאים נוספים לצורך בדיקות: אנדוקרינולוג, גניקולוג, אורולוג והרופא המנתח, וכמו כן על המועמד לעבור אבחון פסיכיאטרי. במהלכן של שלוש פגישות הוא עובר מבחני אישיות ואינטליגנציה. בתום השנתיים, מתכנסת הוועדה בכדי להעניק את האישור להתחיל בשינויים הכירורגיים. בתום הכינוס של הוועדה, נשלח לביתו של המבקש מכתב שבו נקבע

<sup>4</sup> תרגום למילה Sex Reassignment Surgery-SRS. כלומר ניתוחים לעיצוב איברי מין נשיים ופמיניזציה של הגוף עבור זכרים המבקשים לשנות את מגדרם, וניתוחים לעיצוב איברי מין גבריים ומסקולוניזציה של הגוף עבור נקבות המבקשות לשנות את מגדרן.

<sup>5</sup> המספרים שונים כתלות במתודולוגיה שנבחרה במחקר.



תאריך לניתוח. בשל עומס, המביא למועדי המתנה ארוכים, ייתכן שהמועד שנקבע יהיה אפילו שנה ממועד סיום הדיון בוועדה. הניתוח עצמו מחולק פעמים רבות לסדרת ניתוחים, לעיתים חמישה ויותר, כך שבפועל תהליך ההתאמה כולו עשוי להימשך שנים.

המלצה לכיסוי קופות החולים עבור ניתוחים אלו אינה קיימת בנוהל 39/86, אך מאז שנת 1997, לאחר תקדים משפטי, הוכר ניתוח להתאמת מגדר כניתוח ל"מטרות רפואיות מטעמי זהות מינית" עליו ניתנת זכות להחזר כספי מקופות החולים (גבאי, 1997). כיום קופות החולים מאפשרות כיסוי חלקי עד מלא של הפרוצדורות הרפואיות המתבצעות בתל השומר. עובדה זו, לכאורה, ממקמת את ישראל בין מדינות הרווחה המתקדמות בעולם המערבי בכל הנוגע למדיניות ביחס לשינויי מין.

בכנס 'את שאהבה נפשי – מפגשם של טרנסגינדרים ומערכת הבריאות' שנערך בבית החולים תל השומר ביום 8.12.2011, הציגה ד"ר רויטל עמיעד, פסיכיאטרית הוועדה מזה חמש שנים והנציגה היחידה של רופאי הוועדה שנכחו בכנס, נתונים מספריים אודות הפונים לוועדה. להערכתה, בכל שנה פונים לוועדה לשינוי מין בתל השומר כשלושים וחמישה אנשים, כאשר רק שבעה מתוכם מסיימים את התהליך במסגרת הוועדה ומגיעים לשלב הכירורגי. בנוסף לכך, מחקרו של יונתן מרטון בקרב הקהילה הטרנסגינדרית בישראל מראה כי מתוך מדגם של 113 משתתפים, 12.5 אחוזים בלבד מתוך חברי הקהילה דיווחו כי הם עוברים או עברו לפחות חלק מהתהליך שלהם בתל השומר (מרטון, 2012). נתונים אלו מציגים תמונה עגומה למדי, בה למעשה הרוב המוחלט והברור של האנשים הטרנסגינדרים, אשר בוחרים לבצע שינויים בגופם עושים זאת שלא במסגרת הוועדה לשינוי מין. בהנחה והנוהל נוצר להסדיר את הטיפול הרפואי לאנשים טרנסגינדרים, כיצד הרוב המוחלט של הפונים אינו מקבל מענה לצרכיו? כיצד קיים נוהל שמטרתו לטפל, אך הרוב המוחלט נותר בלתי מטופל? שאלות אלו עמדו לפני בבואי לאסוף את הנתונים. כדי לענות על השאלות המורכבות, ביקשתי לחפש את התשובות באמצעות ניתוח תבניות החשיבה המבנות את השיח ותהליכי קבלת ההחלטות של המטפלים והמטופלים. לשם כך עשיתי נתוח של התמות המרכזיות העולות ממסמכים שונים ומראיונות המנחות את פעילות הוועדה לשינוי מין בתל השומר, ולעמוד על הפערים בינם לבין התמות שעלו בקרב "צרכני השירות" – האנשים הטרנסגינדרים. במחקר זה אבקש להתמקד בשתי שאלות מרכזיות: הראשונה היא אילו פרדיגמות ו/או הגיונות באות לידי ביטוי בנוהל 39/86 והוועדה הפועלת מטעמו. השנייה היא באילו אופנים פועלת הוועדה לשינוי מין בתל השומר כדי לשמר את הלגיטימיות שהוענקה לה כשומרת הסף על המגדר.

קיומה של הוועדה לשינוי מין כחלק מהמערכת הרפואית, ולא, לשם דוגמא, כחלק מהממסד הרבני, נראה לנו בימים אלו כמובן מאליו, אך קיום זה מתאפשר בשל תהליך ארוך יותר של 'מדיקאליזציה' שאת מקורותיו ניתן למצוא בתחילת המאה התשע עשרה עם התפתחות 'עידן המומחים'. 'מדיקאליזציה' מתוארת כתהליך בו מצבים, שבעבר לא נחשבו כרפואיים, עוברים הגדרה מחדש ומטופלים, על פי רוב, במונחים של 'מחלה' או 'הפרעה'. כחלק מתהליך זה, החליפה הרפואה במובנים מסוימים את מערכת ההסברים שסיפקו הדת ומוסד הכנסייה במשך שנים ובהתאם לכך התעצבה הרפואה גם כמנגנון שליטה בחברה המודרנית (Conrad, 1992). בתוך המסגרת המדיקאלית צמחו מאז תחילת המאה התשע עשרה גישות ותפיסות שונות ברפואה המערבית בכלל, וביחס לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית בפרט.

הספרות התיאורטית מחלקת את היחס ההיסטורי כלפי חצייה מגדרית לשני מודלים תפיסתיים מרכזיים: המודל הדיכוטומי והמודל הדיפוזי. על פי המודל הדיכוטומי, שהיה הדומיננטי מסוף המאה השמונה עשרה ועד לתחילת המאה העשרים, שני המינים – זכר ונקבה – הפוכים זה מזה ומנוגדים (Laqueur, 1990). המודל הדיפוזי, לעומתו, שקיים מאז שנות השלושים של המאה העשרים במרכז אירופה, מציג ספקטרום רחב יותר בשני אספקטים מרכזיים: הראשון – המודל מציג את מין האדם כחלק מספקטרום מתמשך בין נקבה לזכר, כאשר בכל אחד משני המינים ישנם מרכיבים גם של בני המין השני, כמו הורמונים למשל. האספקט השני – הנטייה המינית של האדם כרצף ביסקסואלי. אמנם תפיסה זו התקבלה רק בצורה חלקית בתקופות שונות ובמקומות שונים, ועל כן התקיימה במקביל לתפיסה הדיכוטומית (Meyerowitz, 2002). שני המודלים הללו הכתיבו שתי פרדיגמות להתייחסות וטיפול באנשים "חוצים מגדרית": תיקון וקבלה.

פרדיגמה מתקנת רואה את השוני המגדרי כמחלה נפשית, כאשר מטרתה של החברה לרפא את החולה. תפיסה זו מניחה כי אדם חוצה מגדרית אינו מסוגל לקבל החלטות רציונאליות אוטונומיות על גופו, וחלה אחריות על הרפואה לשמש "שומרת סף" ולהחליט למי יש לאשר מעבר מגדרי ועל מי לאסור אותו. מתוך תפיסה זו נובעת גם ההצדקה לכוח שניתן לממסד הרפואי. לעומתה, הפרדיגמה של הקבלה מאפשרת טווח רחב של זהויות מגדריות כחלק מהשונות הטבעית. היא נשענת על הבחירה של הסובייקט לחיות בזהות הייחודית לו. מטרתן של החברה והרפואה היא, לפיכך, לסייע במידת האפשר לגבר או לאישה הטרנסג'נדרים לחיות כפי שברחו.

בדיון אודות טרנסקסואליות מיקומה של הפסיכולוגיה מרכזי בקבלת ההחלטות ובשמירה על גבולות המגדר. הפרדיגמה המתקנת אותה הצגתי, מתכתבת עם טענתה של אווה אילוז (2012). הפסיכולוגיה, טוענת אילוז, צמחה בעידן המודרני כחלק מתעשייה אדירה של הקפיטליזם העכשווי, והביאה למצב בו נפש האדם

"מופרטת". משמע, שלא ניתן עוד לחשוב על בעיות חברתיות אלא דרך הצגתן כבעיה פסיכולוגית של היחיד. מצבים רבים אינם נתפסים עוד כנגרמים על ידי בעיות חברתיות, אלא מבקשים לקבל את טיפולם בחדר הטיפולים, דרך תיקון היחיד.

לצד ההיבטים האידיאולוגיים, אל הדיון בוועדה לשינוי בתל השומר מתווסף ההיבט הכלכלי. הפרוצדורות הכירורגיות במבקשים לשנות את המין נאמדות באלפי שקלים. מדינת ישראל, כאמור, מעניקה מימון לפרוצדורות אלו דרך קופות החולים אך עם זאת יש לבחון היטב את ההיבטים הכלכליים והשימוש ברפואה הציבורית. הרפואה הציבורית בישראל עברה תמורות רבות מאז סוף שנות השבעים ותחילת שנות השמונים של המאה הקודמת. שינויים אלו נבעו ממדיניות הממשלה, שהביאה להקטנה משמעותית באחוז המימון הממשלתי של מערכת הבריאות הציבורית (דורון, 2009). למרות כניסתו לתוקף, בשנת 1995 של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הקובע ביטוח חובה על כלל האזרחים במדינת ישראל, אחוז ההוצאה הממשלתית עבור שירותי בריאות ציבורית נמצא במגמת ירידה משמעותית<sup>6</sup>, ואילו אחוז ההוצאה הפרטית של משקי הבית נמצאת במגמת עלייה (ניר, 2012; שוורץ-אילן, 2011). לצד הערכים המעודדים רווחה ושוויון, התפתחו במדינת ישראל בשלושה עשורים האחרונים ערכים שלפיהם תחרות, שוק חופשי ופלורליזם בשירותים הם התנהגויות רצויות במערכת. ההיגיון הניאו-ליברלי חדר לכל תחומי החיים, ערכי השוק הפכו להיות דומיננטיים והממד החברתי נדחק לשוליים (שוורץ-אילן, 2011; רם, 2006). בעוד על פי נוהל 39/86 קיימת הנחייה לביצוע ניתוחים לשינוי מין במדינת ישראל בבית חולים ציבורי בלבד, ניתוחים אלו מבוצעים באופן פרטי במדינות שונות באירופה, בארצות הברית, בתיאלנד ועוד. בנוסף שוק הניתוחים הפלסטיים במדינת ישראל לסממני המין באזור הפנים והחזה פורח.

בעזרת איסוף חומרים הן מראיונות והן מניתוח כתבות מן העיתונות היומיומית בשנים 1985-1997, אבקש לטעון שלוש טענות מרכזיות. טענה אחת היא, כי נוהל 39/86, והוועדה לשינוי מין בתל השומר הפועלת מטעמו נשענים על פרדיגמה 'מתקנת', אשר רואה בחציה מגדרית פתולוגיה, שעל הממסד הרפואי לאבחן, לסווג ולתקן. הטענה השניה היא, כי הוועדה לשינוי בתל השומר התעצבה כחלק מתפיסת מדיניות המתקיימת במדינת ישראל – מדינת רווחה מופרטת, בה מתקיים הגיון נאו-ליבראלי, ועל כן מאפשרת הוועדה ואף מעודדת יציאה של בעלי אמצעים כלכליים או חברתיים לאפיקים נוספים מחוץ לכותלי הוועדה עבור השינוי

<sup>6</sup> בעשור שבין 1998 ל-2008 ירד חלקה של המדינה בהוצאה הלאומית לבריאות ב-23% (ניר, 2012).

הגופני. ולבסוף, אני מבקשת לטעון כי הוועדה מצליחה לשמור על יציבותה כמפקחת על המגדר והמיניות, באמצעות המנגנון המאפשר לאלו שברשותם משאבים לפנות לאפיקים אחרים.

מחקר זה מציע נקודת מבט ביקורתית ומתכתב עם ספרות בינלאומית נרחבת בתחומי הסוציולוגיה, המגדר והתיאוריה הקווירית. כמו כן, המחקר משלב התמודדות עם סוגיות ייחודיות הרלוונטיות למציאות הישראלית. מעט מאד נכתב על אודות האוכלוסייה הטרנסג'נדרית בישראל והתחום נעדר באופן כמעט מוחלט מן השיח הציבורי הישראלי. בשנים האחרונות חלה התעוררות בקרב חוקרים, ונעשו מספר מחקרים בנושא בתחומים שונים: בתחום הקולנוע (מאירי, 2011), בתחום הבלשנות (ברשטלינג, 2008), בתחום הפסיכולוגיה הרפואית (רייכרט, 2012) ובתחום המשפט (גרוס, 2005). יש לציין גם את החוקר יונתן מרטון מהחוג לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב, שמחקרו על אודות הקהילה הטרנסג'נדרית בישראל יראה אור בשנה הבאה. עם זאת, המחקר האקדמי בתחומי הסוציולוגיה ומדעי החברה לוקה בחסר, בייחוד כזה העוסק במדיניות ביחס לטרנסג'נדרים ובהשפעותיה ומכאן גם חשיבותו. כמו כן, חשיבותו של מחקר זה בהבנת המנגנונים הקיימים בוודאי בוועדות מדינתיות נוספות בישראל. לדוגמה: הוועדה לגיור, ועדת אישורים לפונדקאות, הוועדה להפסקת הריון ועוד.

העבודה נחלקת לשבעה פרקים. בפרק הראשון אנסה למקם את נוהל 39/86 ואת הוועדה הפועלת מטעמו בקונטקסט היסטורי ובינלאומי. לשם כך אתחיל מהצגת ההתפתחות הכרונולוגית והשינויים שהתרחשו בתפיסת מגדר והחציה המגדרית בעולם המערבי במאה וחמישים השנים האחרונות. לאחר מכן אבקש להציג את השינויים במדיניות ביחס לטרנסג'נדרים ומודלים שונים למדיניות זו. לבסוף אדון במדיניות הקיימת במדינות שונות כלפי טרנסג'נדרים ובתוך כך במדיניותה של מדינת ישראל. בחלק השני, המתודולוגי, אפרט על ההליך המחקרי, איסוף החומרים ואופן הניתוח. בחלקו האחרון של הפרק המתודולוגי אעמוד על מספר סוגיות אתיות שהעסיקו אותי במהלך כתיבת מחקר זה.

הפרקים שלאחר מכן-השלישי, הרביעי והחמישי, עוסקים כולם בתמות שעלו מן החומרים האמפיריים. הפרק השלישי יעסוק בצמוד בין טרנסקסואליות ושיגעון. הפרק ידון באופן בו דימוי זה עיצב את תפיסותיו של משרד הבריאות בבואו לכתוב את הנוהל לשינוי מין בשנת 1985, וממשיך לעצב את תפיסותיהם של חברי הוועדה גם כיום. בפרק הרביעי, אדון בתמה נוספת שעלתה- "סמכות ואחריות בצל החרטה". התמה מבוססת על הרטוריקה בה משתמשים חברי הוועדה. רטוריקה זו מעמידה במרכזה את סמכותה של הוועדה ואת אחריותה הבלעדית למנוע מצבים של "חרטה", כלומר- רצון לשוב למין הקודם. בפרק החמישי אציג את

הציפייה הממסדית מן האנשים הטרנסג'נדרים להציג הלימה בין מין, מגדר ונטייה מינית. כלומר, זכר עם מבע גברי אשר נמשך לנשים ולהיפך, נקבה עם מבע נשי הנמשכת לגברים. בפרק השישי של המחקר, אכניס לדיון זווית נוספת ואדון באופן שבו אנשים טרנסג'נדרים משתמשים בהון כלכלי או חברתי כדי לקנות את השירותים המוצעים במסגרת הוועדה, ולמעשה מאפשר לאנשים טרנסג'נדרים למצוא דרכים עוקפות וועדה, באת כוחו של הממסד הרפואי הישראלי. בפרק הדיון, החותם את עבודת מחקר זו, אבקש להציע פרשנות לחיבור בין התמות השונות שעלו, ובהתאם לכך לצייר מנגנון המאפשר את קיומם של ההגיונות השונים בכפיפה אחת באמצעות עידוד יציאה של בעלי הון כלכלי או חברתי לדרכים עוקפות וועדה.

## תיאוריות ומדיניות של מגדר וחציה מגדרית – רקע

מחקר על אודות ועדה, שעוסקת בנושא רגיש ומורכב של זהות מגדר, אינו מתחיל או נגמר בניחות, מוצלח ככל שיהיה, של פעילות הוועדה בהווה ותו לא. למחקר על אודות פעילות הוועדה נדרשת פרספקטיבה רחבה יותר, אם זו פרספקטיבה היסטורית ו/או פרספקטיבה בינלאומית, אשר באמצעותה ניתן לחשוף את ההנחות התיאורטיות המשתנות ביחס לתופעה הנחקרת, ודרךן ניתן להתבונן בפעילותה. לפיכך, הסקירה התיאורטית שאציג להלן מורכבת מארבעה חלקים: ראשית, אציג כמה מן המונחים המרכזיים בדיון אודות טרנסג'נדרים. שנית, אבקש להציג התפתחות כרונולוגית ושינויים בתפיסת מגדר וחציה מגדרית בעולם המערבי במאה וחמישים השנים האחרונות, תוך דגש על מערב אירופה בסוף המאה ה-19 ותחילת המאה ה-20, ארצות הברית בשנות הארבעים, החמישים והשישים של המאה ה-20, וימינו אנו; לאחר מכן, אבקש להציג שינויים במדיניות ביחס לטרנסג'נדרים ומודלים שונים למדיניות זו, שבאמצעותם ניתן לעמוד על טיבן של תפיסות מגדר וחציה מגדרית; בחלק הרביעי והאחרון, אבקש לדון במדיניותו של העולם המערבי ובמדיניותה של ישראל ביחס לטרנסג'נדרים, כפי שזו מתבטאת בנוהל 39/86 ובוועדה מטעמו, שיעמדו במרכזו של מחקר זה.

### הגדרות ומינוחים מרכזיים

מינוחים אינם רק עניין של סמנטיקה, אלא מפתח להבנה והכרה של זהויות. לשם כך, טרם אציג רבע תיאורטי אודות אנשים וזהויות טרנסג'נדריות, אביא מפתח מושגים קצר שישרטט את ההבחנות. הבחנות אלו הן דינאמיות, נבנות ומתפרקות כל הזמן, ומשמעותן משתנה בהתאם לנקודת ההשקפה של הצופה.

ל'זהות המינית' של האדם ארבעה מרכיבים: המין הביולוגי- מורכב מן המערכות הגנטית, ההורמונאלית והפיזיולוגית, וקובע האם האדם 'זכר' או 'נקבה'. זהות המגדר- מבטאת את ההיבט האישי והחברתי של האדם בנוגע להיותו 'גבר' או 'אישה'. תפקידי המגדר- התפקידים וההתנהגויות אשר החברה מכתובה עבורנו בנוגע למה שנחשב "גברי" ו"נשי", ולבסוף, הנטייה המינית- מתייחסת לסובייקט שאליו אנו נמשכים מבחינה ארוטית, רגשית ואינטימית (שילה, 2007). מרבית האנשים בעולם חשים הלימה בין המין לו שויכו בלידתם, לבין זהות המגדר שלהם ויענו לשם סיסג'נדרים (cisgender), ואילו חלק קטן יותר מן האוכלוסיה אינו חש הלימה זו ויענה לשם טרנסג'נדרים. המונח טרנסג'נדר הינו מונח מטרייה שבא לציין כל זהות מגדרית לא

קונפורמית: מגבר "נשי" או אישה "גברית", ועד זכרים או נקבות המבקשים לערוך שינויים גופניים להתאמה למגדר אליו הם מרגישים שייכים. יש לציין בהקשר זה שתחת מונח המטרייה הרחב, גם בקרב אלו המבקשים לחצות את גבולות המגדר, רק חלק מבקשים לשנות את גופם דרך פרקטיקות רפואיות כגון נטילת הורמונים, ניתוחים לשינוי סממני המין (חזה, פנים, מיתרי הקול ועוד) או איברי המין. במחקר זה אשתמש במונח טרנסגינדר לציון שלל הזהויות, למרות שלעיתים אעשה שימוש במילה טרנסקסואל (transsexual) לציון אדם המבקש לשנות את איברי המין באמצעות ניתוח. לציון אישה שהמין אליו שויכה בלידתה הינו זכר, אך זהות המגדר היא נשית אשתמש במונח אישה טרנסגינדרית, או (Male to Female) MTF. ולחילופין, לציון גבר שהמין אליו שויך בלידתו הינו נקבה אך זהות המגדר היא גברית אשתמש במונח גבר טרנסגינדר או FTM (Female to Male).

#### שינויים בתפיסה של מגדר וחציה מגדרית – בין דיכוטומיה לדיפוזיה

הספרות התיאורטית מחלקת את היחס ההיסטורי בנושא החציה המגדרית לשני מודלים תפיסתיים מרכזיים: המודל הדיכוטומי והמודל הדיפוזי. על פי המודל הדיכוטומי, שהיה הדומיננטי מסוף המאה ה-18 ועד לתחילת המאה ה-20, שני המינים – זכר ונקבה – הפוכים ומנוגדים זה לזה (Laqueur, 1990). המודל הדיפוזי, לעומתו, שהחל להתבסס בשנות השלושים של המאה ה-20 במרכז אירופה, מציג ספקטרום רחב יותר בשני היבטים מרכזיים: בהיבט הראשון, מין האדם הוא חלק מספקטרום מתמשך בין נקבה לזכר, כאשר בכל אחד משני המינים ישנם מרכיבים גם של בני המין השני, למשל, הורמונים; בהיבט השני, הנטייה המינית של האדם אינה בינארית אלא מהווה רצף ביסקסואלי (Meyerowitz, 2002).

דרכים שונות להתבוננות בחציה המגדרית נגזרות מהמודלים התפיסתיים השונים. ניתן להבחין בדרכים הללו, למשל, על ידי בחינת הפירושים השונים למונח 'טרנס' (trans): האחד הוא 'חציה' (cross) ממקום אחד לאחר, השני הוא 'שינוי' (transform) ממצב אחד לאחר, והשלישי – 'מְעַבֵּר' (beyond) לבינאריות המגדרית. בשלושת הפירושים השונים מובלעת משמעות כפולה למונח 'טרנסגינדר': הראשונים מתארים חציה או שינוי בתוך מסגרת בינארית וברורה של שני מינים, ואילו הפירוש השלישי חורג מעבר לגבולות המסגרת הבינארית, אינו משתתף ב"משחק הדיכוטומי" ומציע פרשנות רדיקאלית (Kessler & McKenna, 2000).

על מנת לשרטט את התפתחותן של תפיסות על אודות מגדר וחציה מגדרית וכדי לעמוד על ההבדל בין שתי התפיסות השונות, התפיסה הדיכוטומית והתפיסה הדיפוזית, אתחיל בהתחקות אחר הראשונה. בספר "Making Sex" עוסק תומס לקר (1990) בהתגבשות התפיסה הדיכוטומית של המינים. לטענתו, תפיסה זו החלה להתגבש בתקופת הנאורות, שכן במאות שקדמו לה הייתה מקובלת חשיבה הפוכה, כאשר האישה והגבר נחשבו לבעלי איברי מין זהים שהתפתחו בצורה שונה, כלומר איבר המין של הגבר התפתח כלפי חוץ ואילו של האישה התפתח כלפי פנים (הוואגינה הנשית נתפסה כפין והשחלות נתפסו כאשכים הטמונים בתוך הגוף). גם תפיסת המיניות והגוף הייתה שונה, ואלו נחשבו לתוצר לוואי לתרבות, או מה שכיום מכונה 'מגדר'. המגדר, כקטגוריה חברתית, תפס מקום מרכזי מאד בתרבות העתיקה, ולכן מינו של האדם נתפס כקטגוריה חברתית ולא אונטולוגית.

לעומת זאת, בתקופת הנאורות, בסוף המאה ה-18, החלה הספרות האקדמית, המשפטית, הרפואית, וכן העיתונות, להציג את שני המינים כנפרדים ואת היחסים ביניהם כהפוכים ומנוגדים. תפיסה זו שהחלה מתעצבת, מקורה אינו בגילוי רפואי חדש, לטענתו של לקר, שכן מרבית המחקרים בתקופה זו הצביעו על בסיס משותף לאיברי המין הנשיים והגבריים; השינויים בתפיסה ובשיח המיניות חלו בשל תמורות בקונטקסט הפוליטי ובגלל הדרישה לבנות מחדש את ה'סובייקט' ואת ה'חברתי'. כך התעצבה התפיסה המפרידה באופן מוחלט בין נשים וגברים, ולא רק על בסיס המין, אלא שבמסגרתה גבר ואישה נתפסים כשונים בכל אספקט אחר של הגוף והנפש, פיזי ומוראלי. במהלך המאה ה-19 ההפרדה הדיכוטומית אף יצרה היררכיה, בין המרחב הציבורי שנתפס כזירת המודרנה וזירתם של הגברים לבין התחום הביתי-פרטי. הפרדה היררכית זו נתנה צידוק לתפקידי המגדר אשר תחמו את האישה, שממונה בעיקר על תפקיד הרבייה, ל'מרחב הפרטי'. יש להוסיף כי הרפואה, שהחלה למצב את עצמה כמקור סמכות, נדרשה לספק הוכחות מדעיות להבדלים הבינאריים (Laqueur, 1990). בעיני הרפואה נתפסו הרמפרודיטים, ולעיתים הומוסקסואלים, כחלק מקטגוריה שלישית, "אמצעית", בנוסף לשתי הקטגוריות הבינאריות, אשר ביטאה ערבוב לא טבעי של המינים (Meyerowitz, 2002).

התפיסה הדיכוטומית החלה לאבד מכוחה, כשבסוף המאה ה-19 ובתחילת המאה ה-20 מספר גובר של מדענים באירופה ובארצות הברית החלו לאתגר את המודל הבינארי של המינים. כמו כן, הכניסה של נשים לכוח העבודה הביאה איתה את דרישתן להיכנס למוסדות להשכלה גבוהה ואת הצטרפותן לתנועות חברתיות שחרתו על דגלן שוויון בין המינים בהשתתפות ציבורית. חלוקת התפקידים המגדרית אותגרה ועמה ההפרדה



בין גברים ונשים. ניתובם לשתי ספירות לא תאמה אפוא את המצב. לצד תהליך זה, ההומוסקסואליות החלה לקבל נראות ציבורית, ונשים "גבריות" וגברים "נשיים" משכו תשומת לב רבה. בקונטקסט חברתי זה, התגבשה הפרדיגמה הדיפוזיט.

הפרדיגמה הדיפוזיט שמה דגש דווקא על הבסיס המשותף בין נשים וגברים, והיא מתארת את ה'גבר' ואת ה'אישה' כשני טיפוסים אידיאליים שאינם מתקיימים במציאות, כאשר כלל האנשים מתפזרים בין שני קצוות אידיאליים אלה. פרדיגמה זו קיבלה תוקף מדעי סטטיסטי נרחב (Rosenberg, 1982), שהוכיח כי בין המינים ישנה חפיפה גדולה מאד ולא ניתן להפרידם לשתי קטגוריות מנוגדות. מספר מדענים אף החלו לתרגם את הממצאים החדשים בתחילת המאה ה-20 לכדי התיאוריה הביסקסואלית של האדם. ניתן למצוא את התהוותה של תיאוריה זו במרכז אירופה, בקרב דוברי הגרמנית, כשבשנת 1903, הפילוסוף האוסטרי אוטו ויינינגר (Otto Weininger) פיתח את התיאוריה הביסקסואלית בספרו "Geschlecht und Charakter" (מין ואופי). בספרו הציג ויינינגר את התפיסה כי מין הוא חלק מספקטרום מתמשך, וכי כל הנשים והגברים עומדים על הציר בין שתי הקטגוריות המופרדות לכאורה<sup>7</sup> (Harrowitz & Hyams, 1995). התפיסה הביסקסואלית קיבלה תימוכין מחקריים נוספים, כשחוקרים הצליחו להפריך באופן חד משמעי את התפיסה הדואלית בכך שמצאו כי גברים מייצרים הורמונים "נשיים", דוגמת אסטרוגן, ונשים מייצרות הורמונים "גבריים", דוגמת טסטוסטרון. הגילויים הללו ושינויים טכנולוגיים נוספים אפשרו במידה רבה את היכולת לשינוי מגדרי.

בנקודה זו, אבקש להדגיש כי טכנולוגיות רפואיות שיחקו מאז ומתמיד תפקיד חשוב בהיסטוריה הטרנסקסואלית, אך אין בהתפתחותן די על מנת להסביר כיצד החלו לבצע ניתוחים לשינוי מין. הניתוח לשינוי מין המוקדם ביותר שידוע עליו בוצע אמנם בברלין בשנת 1912, אך מרבית הניתוחים שבוצעו באותה תקופה באירופה בוצעו בשנות ה-20 וה-30 ב"מכון למדע המיניות" (Institut für Sexualwissenschaft), שאותו הקים מגנוס הירשפלד (Magnus Hirschfeld) בגרמניה. הניתוח בגרמניה נעשה ללא נטילת הורמונים מוקדמת וללא

<sup>7</sup> ספרו של ויינינגר קידם לכאורה סובלנות גדולה כלפי שונות מגדרית, אך באותה נשימה ביטא תפיסה מיוזוגנית ואנטישמית, בתיאורו את הנשים המצויות בסוף הציר כמחוסרות יכולת שיפוט, אי רציונאליות ושקרניות, ובהשוואתו אותן ליהודים הלוקים במאפיינים דומים. ויינינגר, שהיה יהודי בעצמו, טען כי ישנן נשים "גבריות" דיין על מנת להצליח בעולם של גברים כשם שיש יהודים שמצליחים להתגבר על "יהדותם". התיאוריה שפיתח ויינינגר שימשה אותו נגד תנועות הנשים, שאותן תיאר כתנועות של נשים "גבריות".  
עוד אוסיף בהקשרו של ויינינגר, כי יש הטוענים שהתיאוריה הביסקסואלית הוצעה כמה שנים לפניו על ידי מגנוס הירשפלד (Hirschfeld, 1991); על כל פנים, אין עוררין על כך שתפיסת הביסקסואליות החלה להתהוות בתחילת המאה ה-20 בקרב סקסולוגים במרכז אירופה.

טכניקה פלסטית מתוחכמת. חלק מההסבר לביצוע הניתוח הראשון דווקא בגרמניה ובתקופה המסוימת הזו ניתן למצוא בקמפיין הגרמני להכרה בהומוסקסואליות. הקמפיין צמח מתוך שינויים תודעתיים נרחבים בשלהי המאה ה-19 בנושא גבולות המגדר (Meyerowitz, 2002), וכוון להסרתו של סעיף 175 בחוק העונשין הגרמני אשר אסר הומוסקסואליות, או ליתר דיוק – "כל מגע דמוי משגל בין שני גברים". הקמפיין אמנם נכשל בניסיון לביטול הסעיף (Steakley, 1975), אך תרם לשינוי תודעתי נרחב ביחס לשונות מגדרית ולהומוסקסואליות (Meyerowitz, 2002).

לצד השינויים התודעתיים הללו, חלק נרחב מן השינויים הדרמטיים נבע מהתפתחות ה'מודל הרפואי' בסוף המאה ה-19 ותחילת המאה ה-20 ביחס להומוסקסואלים (Weeks, 1976). המודל התפתח כולו, טוען וויקס, באירופה בעקבות פרסומים של כמה חוקרים, החל מכתביו של קספר (Casper), דרך קראפט-אבינג (Krafft-Ebing) וקרל וסטפאהל (Karl Westphal), ולאחריהם כתביהם של צ'זרה לומברוזו (Cesare Lambroso), אלברט מול (Albert Moll) ואחרים. למרות השוני התפיסתי וההגותי בין החוקרים, הם הצליחו להתאים את קטגוריית העל שהייתה מקובלת דאז – 'נטייה מינית הפוכה' (sexual inversion) – לתוך מבנה מדיקלי (Weeks, 1976). קראפט-אבינג, למשל, בספרו "Psychopathia Sexualis", הציג סכמה של 'מיניות הפוכה' בעלת דרגות שונות: הדרגה הקלה ביותר הייתה בעיניו הרמפרודיטיות פשוטה; הבאה בתור היא הומוסקסואליות, שנותרה בתחום הזהות המינית בלבד; בדרגות הגבוהות ביותר מרגיש האדם כבן המין השני, ואף מבקש להתאים את גופו להרגשה זו. בתוך כך, הציג קראפט-אבינג את הגוף והנפש כשתי ישויות נפרדות ושייך את ההתנהגות המינית לקוגניציה של האדם (Prosser, 1998).

בשנת 1916 הופרדה הזהות הטרנסקסואלית מקטגוריית העל של נטייה מינית הפוכה עם פרסומו של המאמר "Geschlechtsumwandlungstrieb" ("דחף לשינוי מין") על ידי מקס מרקוזה (Max Marcuse). בהקשר זה, חשוב לציין כי ההפרדה בין טרנסקסואליות לבין הומוסקסואליות קדמה להפרדה הידועה בין מין ומגדר, שנוכסה מאוחר יותר לזרמים פמיניסטיים שביקשו לשבור את ההפרדה המהותנית בין נשים וגברים החופפת את הספירות השונות, הפרטית והציבורית (ראו, לדוגמא: Ortner, 1974). באותן שנים בהן התפרסם מאמרו

של מרקוזה, טבע מגנוס הירשפלד את המונח 'טרנוויסטיט' לראשונה (transvestit)<sup>8</sup> לציון זכר או נקבה אשר ביקשו לשנות את מינם, והציע ב"מוסד למדע המיניות" שהקים התערבויות הורמונאליות וכירורגיות עבור מטופליו. המרפאה שגגה וביצעה עשרות ניתוחים במהלך השנים, ובשנת 1932 אף זכתה להכרה ממסדית, כשאחת המנותחות קיבלה מימון לניתוח מהרפובליקה הגרמנית. הירשפלד ראה במקרה ניצחון ועדות לכך שהרפובליקה מכירה ותומכת בתיאוריה שלו. אולם לדאבונו שלו ולדאבונום של רבים אחרים, עם עליית הנאצים לשלטון בשנת 1933 הרס המשטר החדש את המוסד ושרף את כתביו. הירשפלד, שהיה יהודי, לא חזר לגרמניה וחי בגלות עד למותו שנתיים מאוחר יותר, בשנת 1935 (Meyerowitz, 2002).

כניסת של המונח 'נטייה מינית הפוכה' אל תוך המודל הרפואי התרחשה בהקשר רחב יותר של מצבים, שעברו תהליך של מדיקליזציה עם התפתחות עידן ה"מומחים". מדיקליזציה מתוארת כתהליך בו מקרים, שבעבר לא נחשבו לרפואיים, עוברים הגדרה מחדש ו"מטופלים", על פי רוב, במונחי מחלה או הפרעה (Conrad, 1992). לצד ההגדרה מחדש, חוקרים רבים רואים את המדיקליזציה כתהליך בו הרפואה המודרנית החליפה את הדת כמנגנון לשליטה בחברה. אחד החוקרים הבולטים שחקרו את התופעה היה החוקר הצרפתי מישל פוקו (Michel Foucault), שמצביע על כך שעם תהליך המדיקליזציה הפכה הרפואה לכלי לפיקוח חברתי, במסגרתו "נקודת המבט הקלינית" הפכה להיות נקודת המבט היחידה דרכה ניתן לקרוא מצבים או התנהגויות מסוימות. כך למעשה ניכסו הרופאים את האוטוריטה הבלעדית לטיפול (פוקו, 2008). אם כן, טוען קונרד (Conrad, 1992), הרפואה, שבמונחים מסוימים החליפה את מערכת ההסברים שסיפקו הדת ומוסד הכנסייה במשך שנים, גרמה לשינוי הגדרתם של מצבים שונים, מ"חטא" ל"פשע", ומשם ל"חולי" (Conrad, 1992). בדומה להומוסקסואליות ולמצבים נוספים, גם מעשה סדום, שעד כה נחשב ל"חטא" ונאסר על פי חוק, זכה למעמד חדש של "מחלה" שמקורה בנפש (Freidson, 1970).

כחלק מתהליך המדיקליזציה שעברה השונות המגדרית, נדרשו טרנסגינדרים אשר ביקשו התערבויות רפואיות להתאים את עצמם למקרים המסוגלים לקבל "אבחון רפואי", ברי אבחון, כלומר לפתולוגיה. למעשה, טוען פרוסר, היו אלה הסקסולוגים שסיפקו את המסגרת הנרטיבית לסובייקטים הטרנסגינדרים להפוך מ"סוטים מגדרית" ל"מקרים רפואיים" על מנת להתחבר לטכנולוגיות רפואיות. ובהתאם לזאת, הנרטיב הטרנסגינדררי צריך היה להשתנות על מנת להיות מסוגל לקבל את האבחון (Prosser, 1998).

<sup>8</sup> המונח טרנוויסטיט דומה למונח טרנסגינדר בו אנחנו משתמשים היום.

בארצות הברית המצב היה שונה מאשר באירופה, והתפיסה הדיכוטומית נשארה הדומיננטית במשך שנים רבות. למעשה, עד לשנת 1942 בארצות הברית נחשב ניתוח לשינוי המין לפרוצדורה שיש לעשות רק במקרה של אינטרסקסואליות<sup>9</sup> מוכחת באופן רפואי (Meyerowitz, 2002). שינוי מין רק במקרים הללו נבע מרצונה של הרפואה לשמור על שני מגדרים נפרדים, ומקרים של שונות מגדרית, שמאופיינת גם בשונות באיברי המין או בסממני המין המשניים, יוצרים מצב הדורש התערבות רפואית כדי לחזק ולאשר מין וגם מגדר אחד ברור וקוהרנטי.

השינוי התפיסתי לגבי טרנסג'נדרים הגיע לארצות הברית עם סיום מלחמת העולם השנייה, תקופה שהיוותה קרקע פורייה לשינויים חברתיים. עם זאת, קהילת הרופאים עוד התנגדה לשינוי, ובאמצע המאה ה-20 רק קומץ רופאים בארצות הברית הסכימו לבצע את הניתוח למטופלים שאינם מוגדרים כהרמפרודיטים מבחינה רפואית. התפיסה שרווחה בארצות הברית באותם ימים הציגה מקרים של קרוסדרסינג, טרנסווסטיטים וטרנסקסואליות כמצב פסיכולוגי, והמליצה על פסיכואנליזה ועל טיפולים פסיכותרפיים אחרים כדי לרפא את ה"מצב הנפשי". מקורה של תפיסה זו נעוץ בעיקר בהתפתחות האוטוריטה של הפסיכיאטריה והפסיכולוגיה בארצות הברית, שנבעה מתפקידם המשמעותי של פסיכיאטרים ופסיכולוגים במיון החיילים הנתונים ללחץ ובטיפול בהם בזמן מלחמת העולם השנייה. אוטוריטה זו, שיאה עם מיסוד ה-National Mental Health Act בשנת 1946. עוד אציין, כי במסגרת עליית כוחן של הדיסציפלינות הפסיכיאטרית והפסיכולוגית, פרסם דיוויד קולדוול (David Cauldwell) בשנת 1949 מאמר אשר אפיין את הטרנסקסואליות כמחלה נפשית, שנובעת מחוויות ילדות, ואת ניתוח המין הגדיר כהשחתה והטלת מום<sup>10</sup>. במאמר זה גם טבע לראשונה קולדוול את המונח 'טרנסקסואלי' (Meyerowitz, 2002).

לצד התפיסה הפתולוגית המוצגת לעיל, באותן שנים קיבל האנדוקרינולוג הארי בנג'מין (Harry Benjamin) את המטופלת הראשונה מיני רבים שהגיעו אליו לבצע תהליך של שינוי מגדרי. בנג'מין נולד בברלין בשנת 1885 והגיע ממסורת גרמנית של סקסולוגיה. לפני פרוץ מלחמת העולם הראשונה בשנת 1913 הוא היגר לארצות הברית והגיע לניו יורק, שם ביסס את עצמו כאנדוקרינולוג. בתקופה זו פגש בנג'מין לראשונה את עמיתו מגנוס

<sup>9</sup> אינטרסקס: אדם הנולד עם איברי מין שאינם משויכים באופן מובהק לאף אחד מן המגדרים.  
<sup>10</sup> D.O.Cauldwell, Psychopathia Transsexualis, sexology 16:5 December 1949, 274-280

הירשפלד, וניהל איתו קשר חברי רציף לאורך השנים. בשנת 1944 נפגש בנג'מין עם אלפרד קינסי ( Alfred Kinsey) סקסולוג מפורסם מאותה התקופה, והשניים החלו להחליף מידע ולעבוד יחד (Meyerowitz, 2002).

במשך השנים שעבד כאנדוקרינולוג ניסה בנג'מין להציג בפני עמיתיו לעבודה את מדע המין האירופאי, שנשען על התפיסה הדיפוזיט של המיניות; אולם בשונה מסקסולוגים ורופאים נוספים, בנג'מין ראה את מיניות האדם כבעלת שונות טבעית אותה יש לקבל ולעזור במידת האפשר לאלה המבקשים לשנות את גופם בהתאם לזהותם המגדרית השונה. בנג'מין ראה את עצמו כחריג בנוף הדיסציפלינה הרפואית האמריקאית וכלוחם חופש, ושימש במשך השנים כחוליה מקשרת בין המחשבה המרכז-אירופאית על אודות מין לזו שרווחה בארצות הברית. בנג'מין, יחד עם רופאים נוספים מדנמרק, אימץ בשנות ה-60 את המושג 'מין פסיכולוגי' כדי לתת לגיטימציה להתאמת הגוף למצב הפסיכולוגי. המושג חיזק את התפיסה כי לסביבה השפעה רחבה יותר בהתפתחות נטיות מיניות ורגשות מאשר לגונדות, ולכן מין פסיכולוגי אינו נקבע על ידי הביולוגיה בלבד. תפיסה זו חפפה לתפיסה שנרקמה כשני עשורים קודם לכן בתחום האנתרופולוגיה, עם מושג 'תפקידי המין' שהציעה מרגרט מיד (Margaret Mead), והמחשבה שמיניות ומין מושפעים במידה רבה מגורמים סביבתיים הביאה עמה את הרעיון של מגדר, שהחל להתפתח בשנות ה-50 (Meyerowitz, 2002).

במהלך שנות ה-50 שלושה חוקרים מאוניברסיטת ג'ון הופקינס, ג'ון מאני (John Money), ג'ואן המפסון (Joan G. Hampson) וג'ון המפסון (John L. Hampson), פרסמו סדרה של מאמרים בנושא אינטרסקסואלים, אשר הציגו לקהילה הרפואית אוצר מילים חדש בנוגע למיניות, ובשנת 1955 טבע מאני לראשונה את המונח המקובל כיום 'מגדר' (Gender) (Meyerowitz, 2002). למעשה, אין זה מפתיע לגלות שהמונח 'מגדר' צמח דווקא מפסיכואנליטיקאים שעסקו "בסוטים" וב"אחרים" בהתנהגויותיהם המיניות, שכן בכוחם של השוליים תמיד להעיד על המרכז. במאמר על הרמפרודיזם השתמש מאני במושג 'תפקיד מגדרי' (gender role) כדי לסמן את כל מה שבני אדם עושים ואומרים כדי להכריז על הסטאטוס שלהם כגבר, אישה, ילד או ילדה (הרצוג, 2009). לפי תפיסת שלושת החוקרים הנ"ל, המובן של "להיות" אישה או גבר אינו נובע מהורמונים, גונדות, כרומוזומים או כל משתנה פיזיולוגי אחר, אלא מהמין אליו שויך האדם בילדותו. הם ראו בילדות ובבגרות תקופה בה תפיסת המין מתמסדת, וטענו כי כל ניסיון לשנות תפיסה זו לאחר הבגרות המינית עלולה לגרום לנזק פסיכולוגי. בניסיונם להסביר את התיאוריה החדשה, בחרו השלושה להימנע מהתיאוריות

הקודמות, הפסיכואנליטיות או הביולוגיות, ובמקומן הציעו מודל התנהגותי של למידה, שהחל להתבסס בשנים שלאחר מלחמת העולם השנייה (Meyerowitz, 2002).

בשנת 1964, הפסיכיאטר רוברט סטולר (Robert J. Stoller) ועמיתו ראלף גרינסון (Ralph Greenson) חידדו את המונח 'מגדר' תוך שימוש במונח חדש של 'זהות מגדר', שאותו שאבו מהספרות הרדיקאלית על טרנסקסואליזם באותה תקופה. השימוש במונח זה היה זהה לשימוש קודם של רופאים במונח 'מין ביולוגי' כדי להגדיר את הזדהותו של אדם עם מין מסוים. בניסיונו להסביר את מקורה של זהות מגדר, הבדיל סטולר את המונח 'מגדר' מ'מיניות', את המונח 'זהות מגדרית' מ'זהות מינית', ובשונה מהמונח 'תפקיד מגדר' של מרגרט מיד, הוא הכיל במושג 'זהות מגדר' גם את התודעה הסובייקטיבית הנשית או הגברית (Meyerowitz, 2002). הקונספט המגדרי אומץ בצורה רחבה בכל הקהילות, משום שהתיישב עם כל הטענות השונות, כלומר אלו שגרסו כי הזהות המגדרית נובעת ממבנה המוח, מן ההורמונים, מן הגנים או מן הלמידה החברתית; ומשנות ה-60 ואילך בארצות הברית הפך להיות המגדר קטגוריה שגורה במדעי החברה תוך שהוא מחליף את הקטגוריה הישנה 'מין' (sex) בשיח על אודות ההיבט החברתי של המינים (Haig, 2004).

#### **שינויים במדיניות ביחס לטרנסג'נדרים – בין תיקון לתמיכה**

בהתאם לתפיסות השונות ולמשמעויות השונות הנגזרות מהן, עם השנים נוצרה מדיניות שונה לטיפול ולתמיכה באנשים החווים דיספוריה מגדרית. הספרות מחלקת את הגישות השונות בכמה אופנים. דני (Denny, 2004), למשל, מפריד בין המודל הטרנסקסואלי לבין המודל הטרנסג'נדר. לטענתו, המודל הטרנסקסואלי החל את דרכו עם פרסום ספרו של הארי בנג'מין "The Transsexual Phenomenon" ('התופעה הטרנסקסואלית'), שהציע פרספקטיבה מדיקלית הרואה בטרנסקסואליות מחלה שמקורה בנפש. בתוך כך, התיקון הרפואי המוצע מנסה לשמור על הדיכוטומיה המגדרית ולהפוך את "בוגרי התוכנית" להטרנסקסואלים למופת. לצד המודל הטרנסקסואלי, מתקיים, לטענתו של דני, המודל הטרנסג'נדר, שרואה ברצון לחציה מגדרית באמצעות טכנולוגיות רפואיות חלק מהשונות הטבעית, ובכך מוסט מוקד הפתולוגיה מן הסובייקט אל החברה. לפיכך ולפי המודל הטרנסג'נדר, מוקד התיקון, ראוי שיהיה בחברה כולה ולא במבקשי השינוי.

גולדברג (Goldberg, 2003) מציע חלוקה שונה בהתאם לפרקטיקות הנהוגות כיום בקליניקות בעולם. לאחר סקירת התוכניות השונות להתאמה מגדרית במדינות דוברות אנגלית – ארצות הברית, אנגליה, אוסטרליה, קנדה ודרום אפריקה – חילק גולדברג את התוכניות הללו לשתי קבוצות, כאשר כל קבוצה מבוססת על פרספקטיבת התייחסות וגישה פילוסופית אחרת:

1. הפרספקטיבה הרפואית – מודל זה מתקיים בעיקר בקליניקות מגדר (gender clinics) ומדגיש את האחריות הכבדה המוטלת על המומחים בסינון אנשים אשר "אינם מתאימים" למעבר המגדרי. הדבר נובע מהצורך להגן על המטופל מפני חרטה עתידית. המומחים דורשים מהמטופלים, בדרך כלל, לעבור מבחנים פסיכולוגיים שונים כדי להגיע לאבחנה קלינית המקובלת ב-DSM<sup>11</sup> או ב-ICD<sup>12</sup>. לאחר ההערכה והאבחון, מתקיימת סדרה של פעולות, שראשיתה בטיפול הורמונאלי, המשכה בשנה או בשנתיים של "תקופת ניסיון חיים ממש" (RLE<sup>13</sup>) וסופה בניתוח גניטאלי. על פי גולדברג, קליניקות המבוססות על הפרספקטיבה הרפואית ממוקמות, על פי רוב, בבתי חולים פסיכיאטריים או במתקנים אוניברסיטאיים. חלקן עונות על הסטנדרטים המוצעים ב-SOC<sup>14</sup>, אך רבות מהן מציבות קריטריונים מחמירים יותר.

2. פרספקטיבת הפחתת הסיכונים / מוכוונת כלפי הלקוח – המומחים העושים שימוש במודל זה מבקשים לוודא כי גם אנשים טרנסג'נדרים, שנוטלים תרופות שאינן חוקיות, כדוגמת הורמונים המושגים בשוק השחור, יוכלו לקבל גישה לטיפול רפואי שאינו שיפוטי. לפי מודל זה, תפקידו של בעל המקצוע הוא לסייע לאנשים טרנסג'נדרים בקבלת מידע, שיאפשר להם להגיע להחלטות שקולות או לרכוש אסטרטגיות להפחתת הנזק הרפואי עקב שימוש בהורמונים שלא באמצעות שירותי הרפואה המקובלים, וכן תפקידו לקדם שימוש בשירותי רפואה. מודל זה מתקיים, על פי רוב, בארגונים קהילתיים המספקים שירותי רפואה לאנשים הנתקלים בקושי בנגישות לקבלת טיפול רפואי (Goldberg, 2003).

על סמך ההתפתחויות ההיסטוריות והתיאורטיות ביחס למגדר ולחציה מגדרית שהוצגו לעיל, ברצוני להציע שתי פרדיגמות אשר ישמשו אותי בהמשכו של מחקר זה: תיקון ותמיכה. פרדיגמה של תיקון היא זו הרואה

<sup>11</sup> DSM: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders

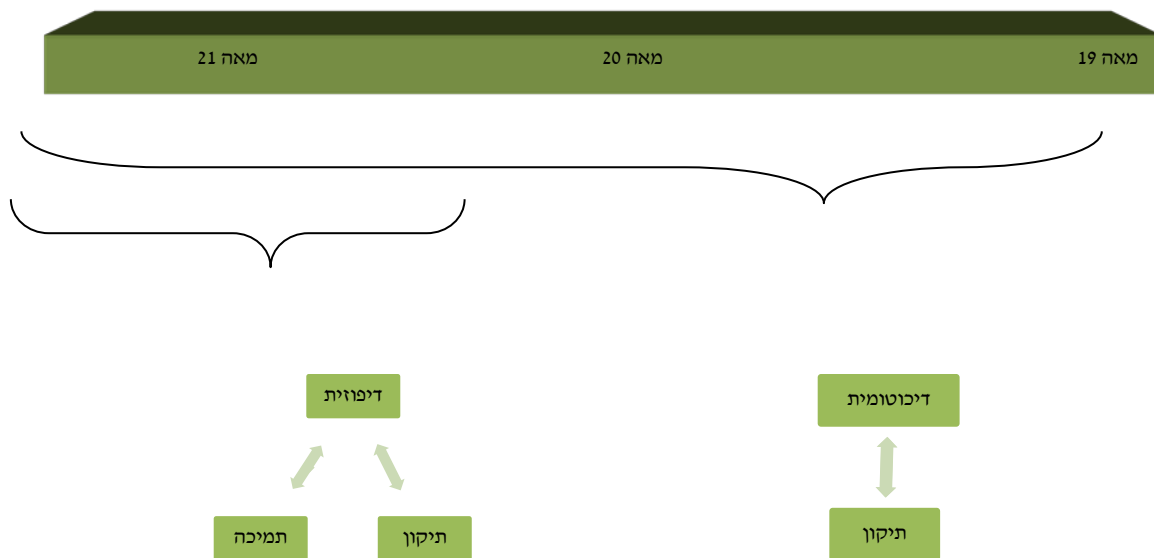
<sup>12</sup> ICD: International Classification of Diseases

<sup>13</sup> RLE: Real Life Experience; תקופה בה חי המועמד במגדר אליו הוא מבקש להשתייך.

<sup>14</sup> SOC: Standards of Care, המסמך מפורסם על ידי איגוד בריאות הטרנסג'נדרים העולמי ומציג מחקרים והמלצות לטיפול באנשים טרנסג'נדרים.

את הטרנסקסואליות כתחלואה, ובתוך כך מטרתה של החברה להשיב את ה"סוטה" למרחב הנורמטיבי. בשל ראייה זו הפרדיגמה מניחה כי האדם אינו מסוגל או אינו רשאי לקבל החלטות על גופו. לעומת זאת, פרדיגמת התמיכה מאפשרת טווח רחב של זהויות מגדריות כחלק מהשונות הטבעית המצויה בטבע, והיא נשענת על הבחירה של הסובייקט לחיות בזהות הייחודית לו. במסגרת הפרדיגמה הזו, מטרתה של החברה והרפואה היא לסייע ככל שניתן לגבר או לאישה הטרנסגינדרים לחיות כפי שבחרו.

אבקש להדגיש כי שני המודלים של מיניות האדם הכתיבו – ושניהם עודם מכתובים – את שתי הפרדיגמות: המודל הדיכוטומי מאפשר פרדיגמה אחת בלבד – פרדיגמת התיקון; לעומתו, המודל הדיפוזי מאפשר במקביל גם את פרדיגמת התיקון וגם את פרדיגמת התמיכה.



המודל הדיכוטומי של המינים מאפיין נשים גברים כשתי קטגוריות בינאריות. הקטגוריות הללו מהותניות ונשענות על מינו הביולוגי של האדם (sex), כלומר המין הביולוגי קובע את מגדרו של האדם, את תפקיד המין (sex role) ואת נטייתו המינית. מודל זה עיצב במהלך המאה ה-19 פרדיגמה אחת בלבד ביחס לטיפול בטרנסגינדרים והיא הפרדיגמה המתקנת. תחילה היה זה הניסיון להעניש או להחזיר את ה"סוטים" למרחב הנורמטיבי באמצעות הוצאתן של ההומוסקסואליות וכל חריגה אחרת מהדפוסים המגדריים הנורמטיביים אל מחוץ לחוק. לדוגמא, באנגליה ובגרמניה, כמו גם בחלקים שונים באירופה, הייתה ההומוסקסואליות מנוגדת לחוק, כאשר החוק נגד "מעשי סדום" נחשב כחוק על מעשים "כנגד הטבע" ולא הבחין בגינויו בין



הפרקטיקות המיניות השונות, בין אם מדובר בין גבר לאישה, בין גבר לגבר או בין אדם לחיה. העונש על מעשה זה היה עונש מוות במשך שנים רבות (Weeks, 1976), וגם לאחר הסרת העונש במדינות אירופה, נותרה ההומוסקסואליות מחוץ לחוק שנים ארוכות (Steakley, 1975). לאחר מכן, עם התגבשות המודל הרפואי וראיית הטרנסקסואליות כמחלה, נוספו ניסיונות ל"תקן" את הסובייקטים, ומרגע שהרפואה הגדירה כי מקור ההתנהגות המינית בקוגניציה, נותרו שתי אפשרויות לתיקון: האחת – התאמת הנפש לגוף, השנייה – התאמת הגוף לנפש.

עם התגבשותה של הפרדיגמה הדיפוזיט ושבירתה של ההנחה כי המין הביולוגי קבוע ואינו בר שינוי, האפשרות להתאמת הגוף לנפש החלה להתגבש כאלטרנטיבה, אך התפיסה הרפואית הפתולוגית נותרה בעינה, וראתה את הטרנסג'נדרים כאנשים שאינם בריאים בנפשם ושאינם מסוגלים לקבל החלטות רציונאליות. טרנסג'נדרים רבים נדרשו לשכנע את רופאיהם בדרכים שונות, ולעתים קרובות משפילות, לרשום להם הורמונים ולבצע בהם פרוצדורות כירורגיות להתאמה מגדרית. לדוגמא, לוסיל הארט (Lucille Hart), אחד המנותחים הראשונים בגרמניה מנקבה לזכר, הצליח לשכנע את רופאיו לבצע עבורו ניתוח להוצאת רחם רק כאשר שלח מכתב בו רשם כי הוא מעוניין בניתוח מסיבות של "סטריליזציה", כלומר טיהור המין האנושי מפרטים בעלי "נטיות הפוכות" (Meyerowitz, 2002).

בארצות הברית, רק במחצית השנייה של המאה ה-20 החלו רופאים ומדענים לתת לגיטימציה להתאמת הגוף לנפש ולניתוחי SRS<sup>15</sup>. אולם גם לאחר מתן לגיטימציה זו, המודל המתקן שינה את צורתו והתפיסה הרפואית ראתה בשינוי המגדר מעבר דיכוטומי והכרחי בין מין אחד למשנהו, בכל האספקטים וללא אפשרות לשונות מגדרית (Ekins & King, 1999). מכאן שהמודל המתקן המשיך ותחזק את מה שגיונית באטלר הציגה כפיקציה של הקוהרנטיות ההטרנסקסואלית (Butler, 1999), כאשר זו מחברת בין מין, מגדר ותשוקה מינית וקובעת קוהרנטיות ביניהם. כלומר, זכר הוא בעל פרפורמנס גברי ונמשך בהכרח לנשים, ונקבה היא בעלת פרפורמנס נשי ונמשכת בהכרח לגברים. המודל המתקן וההתערבות הרפואית תפקידם לשמר פיקציה משולשת זו.

---

<sup>15</sup> SRS: Sex Reassignment Surgery

תהליך הפתולוגיזציה והניסיון לתיקון שעברו הזהויות הטראנסג'נדריות היו רק אחת משתי האופציות שעמדו בפני "מומחי" התקופה, ולצדה התווספה פרדיגמה חדשה של תמיכה. עבור הירשפלד בגרמניה, למשל, היו הרמפרודיטים, אנדרוגנים, הומוסקסואלים וטרנסווסטיטים סוגים שונים של "אנשי בנייים" אשר מבטאים שונות טבעית בעלת בסיס אורגני. את הטראנסווסטיטים, שלהם אפשר גישה לטיפולים כירורגיים והורמונאליים, הגדיר הירשפלד כבעלי "נטייה שאינה מזיקה לאיש" (Meyerowitz, 2002).

עם שינוי האקלים וצמיחת הפמיניזם בשנות השישים והשבעים החלה שפת המגדר בספרות ובמחקר להשתנות. שינוי האקלים בארצות הברית הביא איתו תפיסות ליברליות והומניסטיות, שראו במטרתן של האדם את השגתה של "שלמות עצמית". פרסומות לדיאטה ולקוסמטיקה קראו לאנשים לשנות ולחדש את גופם ופניהם. אידיאלים דמוקרטיים הציעו כי לכל בני האדם יש הזדמנות שווה לשנות את מצב חייהם, והתנועה הליברלית האינדיבידואליסטית תפסה תאוצה. השינויים שחלו השפיעו גם על אוכלוסיית הטראנסג'נדרים. למשל, המונח 'טרנסג'נדר' נטבע במהלך שנות השבעים, כאשר וירגיניה פרינס (Virginia Prince) השתמשה בספרה במונחים Transgenderist ו-Transgenderal כדי לציין אנשים המעוניינים לחיות כבני המגדר ההפוך לשיוכם על פי מינם הביולוגי, אך אינם מעוניינים לעבור ניתוח להתאמת מגדר (SRS) (Prince, 1976). מספר שנים לאחר מכן, הפך המונח החדש למונח מטריה המציין את כל טווח הקטגוריות הקיימות, תוך הפרדתן מהמונחים הרפואיים שהיו קיימים עד כה – טראנסקסואל וטרנסווסטיט. הטרימינולוגיה החדשה נשענה במידה רבה על הטענות הסוציולוגיות כי מין, מגדר ומיניות, ובתוך כך גם ההבחנה הבינארית בין זכר לנקבה, אינם קוהרנטיים זה לזה ומובנים תרבותית. כיום, ישנה כתיבה ענפה בתחום התיאוריה הקווירית המבקשת לערער את גבולות המגדר ולתארם כמובנים תרבותית. במסגרת זו בולטת כתיבתם של הוגים, כגון פוקו (Foucault), באטלר (Butler) ווורנר (Warner).

שתי הפרדיגמות, המתקנת אל מול התומכת, ממשיכות לעצב את התפיסות על אודות מגדר וחציה מגדרית גם כיום. ניתן לראות את השתקפותן גם בארגוני המטפלים השונים ובקריטריונים שאותם הם מפרסמים. למשל, על פי חלוקה זו, המייצג הבולט של הפרדיגמה התומכת מאז שנת 1979 ועד היום הוא ה- World Professional Association of Transgender Health, ובקיצור WPATH. זהו איגוד מקצועי שהחל את דרכו בשנת 1979 בשם HABIGDA, שפירושו Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, ומורכב ממטפלים וחוקרים שעובדים עם אנשים טראנסג'נדרים. כשהוקם, חברי האיגוד הוציאו את מסמך הסטנדרטים

הראשון לטיפול בטרנסג'נדרים – הלוא הוא ה-SOC – ומסמך זה העניק תוקף רשמי לסטנדרטיזציה של הקריטריונים לאבחון ולטיפול. המסמך בגרסתו השביעית פורסם בספטמבר 2011. לעומת זאת, המייצג הבולט של הפרדיגמה המתקנת הוא מוסד הפסיכיאטריה, אשר בשנת 1980, כשנה לאחר פרסומו של מסמך ה-SOC, הכניס את המונח Gender Dysphoria Syndrome באופן רשמי לספרי האבחונים הפסיכיאטריים, ה-ICD-10 ו-DSM-5.

### מדיניות ביחס לטרנסג'נדרים – מה בין העולם המערבי לישראל?

כיום, פרוצדורות להתאמה מגדרית מוכרות בכל העולם ומבוצעות לעתים קרובות. בחלקים נרחבים של אירופה, ארה"ב, קנדה ואוסטרליה, מבוצעות הפרוצדורות הללו כחלק משירותי הרפואה הציבורית הניתנים במדינה, במימון חלקי או מלא. המסמך המקיף ביותר כיום, שעניינו טיפול והתייחסות לטרנסג'נדרים ולהתאמת מגדר, הינו מסמך ה-SOC, כאמור, שמפורסם על ידי איגוד בריאות הטרנסג'נדרים העולמי (WPATH) ומצביע על הצורך בהשתתפות ציבורית בהוצאות הרפואיות עבור אנשים טרנסג'נדרים.

בדו"ח אירופאי, שסקר את השתתפות המדינה במימון טיפולים המוצעים לאנשים טרנסג'נדרים בשבע-עשרה מדינות<sup>16</sup>, נמצאו שש-עשרה מדינות אשר הציעו סבסוד לטיפול הורמונאלי, שש מדינות שהציעו מימון לניתוח הגדלת חזה לנשים טרנסג'נדריות, חמש-עשרה מדינות שהציעו ניתוחים לשחזור חזה גברי לגברים טרנסג'נדרים ושלוש-עשרה מדינות שהציעו מימון לניתוח שינוי גניטאלי. נוסף על כך, שלוש-עשרה מדינות הציעו מימון לפסיכותרפיה, ושתי מדינות אף הציעו מימון ציבורי של טיפולים להסרת שיער לנשים טרנסג'נדריות (Whittle et al., 2008).

במדינות רווחה רבות, בעיקר במערב אירופה, ישנן קליניקות מגדר (Gender Clinic), המציעות לאנשים טרנסג'נדרים טיפול רב תחומי בסיוע כספי ציבור. בעלי המקצוע אשר לוקחים חלק בטיפול זה הם פסיכולוגים, פסיכיאטרים, אנדוקרינולוגים, מנתחים וכדומה. בהולנד, לדוגמה, פועלות כיום שתי קליניקות, האחת בעיר אוטרקט והשנייה בעיר אמסטרדם, ומספר 98 אחוזים מן הטרנסקסואלים ברחבי הולנד מטופלים על ידי האחרונה (Cohen-Kettenis et al., 2008).

<sup>16</sup> אוסטרליה, איטליה, אירלנד, אסטוניה, בולגריה, בלגיה, בריטניה, גרמניה, הולנד, לוקסמבורג, לטביה, מלטה, ספרד, פולין, פורטוגל, צ'כיה ושבדיה.

לצד נתונים אלו, קיימת שונות גדולה בין המדינות בקריטריונים לקבלת טיפול ומימון ציבורי ובפרוצדורות המוצעות. ישנן מדינות בעולם המערבי אשר מחמירות את דרישותיהן מהמטופלים ומציעות תוכניות בעלות קריטריונים נוקשים יחסית להמלצות ה-SOC, לעומת מדינות אחרות שמקבלות את המלצותיו של המסמך. למשל, מרפאות במדינות מסוימות דורשות תקופת RLE (Real Life Experience), דהיינו תקופת התנסות במגדר הרצוי, שאורכת שנתיים ולא שנה, כפי שמומלץ במסמך ה-SOC; יש שדורשות שלושה מכתבי ממומחים, ולא שניים, לשם ביצוע ניתוח לשינוי גניטאלי; ויש כאלה שאף דורשות גיל מינימאלי של 21 לצורך נטילת הורמונים (Goldberg, 2003). לצד אלו, ישנן מדינות שמאפשרות קריטריונים מאפשרים יותר מאלו שמציע המסמך. מדינת ארגנטינה למשל, מאפשרת מאז מאי 2012 שינוי פרטי מין בתעודת הזהות ובמסמכים הרשמיים, וכן טיפולים לשינוי המין במסגרת ביטוחי הבריאות- ללא תנאים (אדרת, 2012).

במדינת ישראל מבוצעות פרוצדורות להתאמה מגדרית מאז שנות השבעים של המאה ה-20. הניתוח המוקדם ביותר בישראל, על פי העיתונות היומית, נעשה בתקופה זו על ידי המנתח הידוע ד"ר ליאו בורנשטיין, שייסד בשנת 1951 את המחלקה לכירורגיה פלסטית בבית החולים "תל השומר". הניתוח נתקל בביקורת חריפה של קהילת הרופאים בארץ, ואחריו חדלו מלבצע ניתוחים מסוג זה במשך תקופה ארוכה (הולר, 1988). מאז שנת 1986 עד לעת כתיבת מחקר זה המדיניות כלפי טרנסג'נדרים וטיפולים להתאמה מגדרית מרוכזים בנוהל אחד, נוהל 39/86, בוועדה הפועלת מטעמו בבית החולים "שיבא" בתל השומר.

אם ננסה למקם את מדינת ישראל ביחס לדו"ח האירופאי שסקר שבע-עשרה מדינות, הרי שישראל מציעה מימון ציבורי עבור רוב הפרוצדורות להתאמה מגדרית. למעשה, מלבד פסיכותרפיה והסרת שיער, מציעה מערכת הבריאות החוזר כספי על כל הטיפולים האחרים. עם זאת, נחשבת ישראל למדינה המעמידה קריטריונים מחמירים ביחס למדינות אחרות: הגיל המינימאלי לשינוי הוא 21, תקופת ה-RLE אורכת שנתיים ונדרש מעקב מטעם ועדה – היחידה מסוגה בעולם כולו – שאינו נדרש במדינות אחרות. כפי שנכתב במאמר שפרסמו חברי הוועדה לשינוי מין בכתב העת 'הרפואה' בשנת 2004, בישראל קיימים מדדים נוקשים לאישור נבדק לעבור את הניתוח, ובכלל זה הוועדה שהוקמה על פי הנחיות משרד הבריאות (קפלן ושות', 2004).

## מעריך המחקר

בפרק זה אתאר את מעריך המחקר. אתמקד בשדה המחקר, מתודולוגיה, שיטת איסוף הנתונים, ואופן הניתוח, תוך הצגת דילמות, מגבלות וקשיים עיקריים הגלומים במחקר.

ההליך המחקרי החל למעשה במקום העבודה שלי. בזמן זה עבדתי כמדריכה בהוסטל לנוער בסיכון המיועד לאוכלוסיית הלהט"ב (לסביות, הומואים, טרנסגינדרים וביסקסואלים) הממוקם בתל אביב. אל ההוסטל מגיעים טרנסגינדרים רבים שנפלטו מבית הוריהם. במפגש עם האוכלוסייה הטרנסגינדרית ועם הסוגיות והחוויות הרבות שהם חווים, הכרתי לראשונה את התהליך הארוך עליהם לעבור בכדי לשנות את גופם ו"בוועדה לשינוי מין" השנויה במחלוקת.

אל השדה נכנסתי כמה חודשים לאחר מכן, כאשר החלטתי לפנות לאחת הפעילות המרכזיות בקהילה הטרנסגינדרית. בשיחתנו היא הזמינה אותי למפגש קהילתי, שהתקיים כמה ימים מאוחר יותר ועניינו הוועדה. שמחתי על ההזדמנות שנפלה בחלקי והצטרפתי למפגש. במפגש זכיתי לפגוש שתיים מן המרואיינות שלי, וזכיתי למידה גדולה יותר של הבנה באשר לסוגיות העולות מן השדה.

אחרי שלב ה"גישוש" ואיתור הפרובלמטיקה המחקרית שעניינה אותי, התחלתי בתכנון המחקר. את שלבי תכנון המחקר ליוותה התלבטות באילו כלים עליי להשתמש על מנת לבחון "וועדה" או "נוהל" מטעם משרד ממשלתי. בשל מורכבות הנושא, אחת הדילמות המרכזיות שלי הייתה היכן להניח את מוקד הניתוח, שכן הוועדה בתל השומר אותה ביקשתי לבחון פועלת על פי הנחיות ברורות של משרד הבריאות; התעלמות מהנחיות אלו ומן הקונטקסט בו נכתבו תחטיא את המטרה. לפיכך, בחרתי לבחון הן את הנוהל והן את פעילות הוועדה, במגבלות שיידונו בהמשך.

כדי לבחון את הנוהל בחרתי להשתמש בניתוח טקסטואלי של מסמכים שונים, וכדי להבין את הקונטקסט בו הוא נכתב השתמשתי בניתוח היסטורי ובפרספקטיבה מקומית ובינלאומית. לצד הניתוח ההיסטורי חיפשתי בארכיונים של העיתונים היומיים בארץ בתקופות שונות, על מנת לעמוד על השיח אודות חצייה מגדרית טרם כתיבת הנוהל בשנת 1986 ובזמן כתיבתו.

בבואי לבחון את פעילות הוועדה, נתקלתי בדילמה נוספת. במחשבה ראשונה, הגיוני היה לבצע אתנוגרפיה בין כותלי בית החולים ולבחון את התהליכים במבט קרוב; אולם הדבר לא התאפשר בשל חיסיון רפואי ואתיקה

מקצועית. על כן, התקבלה ההחלטה לבצע ראיונות, ובהחלטה זו עלתה השאלה את מי לראיין. מתוך עיון במחקרים נוספים שבחנו פעילויות וועדה, כגון מחקרה של מיכל קרבאל-טובי (2009) שבדקה את פעילותה של הוועדה לגיור, ניתן להבחין בוועדות בירוקרטיות בין ה"בירוקרטים" – כלומר, מקבלי ההחלטות - לבין ה"צרכנים" – דהיינו, מבקשי השירות. במסגרת הבחנה זו בחרתי לראיין כחמישה "צרכנים". היות והוועדה מורכבת מחמישה חברים, אך רק שניים מחבריה הם בגדר חברים לאורך זמן שקובעים את מדיניותה, בחרתי לראיין את שניהם בתור ה"בירוקרטים". נוסף על כך וכפי שהתחוויר לי בהמשך, הוועדה שנויה במחלוקת ורבים הם הטרנסגינדרים שמבקשים לשנות את גופם באמצעות ניתוח בחו"ל ושאינם ניגשים לתוכנית המוצעת בבית החולים "שיבא". לפיכך, בחרתי לראיין שני מומחים נוספים בתחום, שאינם חלק מן הוועדה ואינם כפופים לנוהל משרד הבריאות.

### מתודולוגיה ושיטת איסוף הנתונים

כאמור, המחקר מבוסס על ראיונות עם חמישה מחברי הקהילה הטרנסגינדרית הישראלית – שני גברים (FTM<sup>17</sup>) ושלוש נשים (MTF<sup>18</sup>) – אשר החלו בביצוע תהליך לשינוי מגדרי במסלול שמציעה הוועדה לשינוי מין בבית החולים "שיבא". כל החמישה נמצאו בשלבים שונים של התהליך: אחד בשלב המקדים לביצוע ניתוח לשינוי איבר המין, שניים בשלב לאחר ביצועו ושניים אשר בחרו לבסוף שלא לעבור ניתוח בתל השומר אלא בקליניקות פרטיות בחו"ל.<sup>19</sup> בנוסף, ראייתי שני מומחים חברי הוועדה, ושני מומחים נוספים בתחום, שאינם חברים בוועדה: ד"ר אילנה ברגר, עובדת סוציאלית קלינית ומומחית בתחומי מיניות ומגדר, וד"ר גל וגנר, רופא משפחה בקופת חולים "כללית". לצד הראיונות, ולשם תיאור ההתרחשויות ההיסטוריות והעכשוויות שעיצבו את תפיסות הוועדה, השתמשתי בניתוח מסמכים שונים, כגון נוסח הנוהל לשינוי מין וכתבות מהעיתונות היומית בשנים 1955-1996.

שיטת המחקר אותה בחרתי היא שיטה איכותנית קונסטרוקטיביסטית, היוצאת מתוך הנחה כי המציאות נבנית ומעוצבת על ידי השחקנים השונים בשדה שמהווים את נשאי הידע (Holstein & Gubrium, 1995).

<sup>17</sup> FTM-female to male

<sup>18</sup> MTF-male to female

<sup>19</sup> תהליך שינוי גופני מורכב מפרוצדורות רפואיות שונות, בין אם נטילת הורמונים או ניתוחים שונים. אמנם כאן התמקדתי בניתוח לשינוי איברי המין משום שהוועדה בתל השומר רואה בו גורם מרכזי, ורואה את סיום התהליך בניתוח זה. וזאת למרות שאין גישה זו מייצגת את כלל התפיסות לגבי שינויים גופניים בקרב טרנסגינדרים ויש כאלו הבוחרים לבצע שינויים מסוימים בלבד או בוחרים לא לבצע שינויים כלל.

מעבר לכך, בחירה זו נובעת משאלות המחקר שהצבתי, שמזמנות ידע שאינו יכול להינתן במסגרת כמותית (Johnstone, 2000).

### **איתור המרואיינים**

תהליך מציאת המרואיינים מקרב הקהילה הרטנסג'נדרית היה תהליך לא קל: מעבר למספרם הקטן – כאמור, מעטים הם אלו המגיעים לתוכנית בבית החולים – רבים ביקשו להישאר אנונימיים וחששו להיחשף. על כן, ועל מנת להגיע לאלו המעוניינים לספר את סיפורם וחוויותיהם, נדרשו תהליכים של בניית אמון תוך הסרת החשש מפני ה"מבט המציצני של החוקרת". מציאת המרואיינים נעשתה באמצעות פנייה לפעילים רבים בקהילה הרטנסג'נדרית ועל ידי שימוש בקשרים חברתיים. לאחר שראיינתי את חמשת אלו, עברתי לראיונות עם חברי הוועדה ואנשי המקצוע החיצוניים, אליהם הגעתי דרך פנייה רשמית שהועברה באמצעות המנחה שלי, פרופ' חנה הרצוג, או דרך פנייה ישירה בתכתובות דואר אלקטרוני או בטלפון.

### **שיטת המחקר - ראיונות עומק**

עם כל המרואיינים נפגשתי פנים מול פנים, כאשר מקום הראיון נקבע בהתאם לבחירתם. שלושה מרואיינים טרנסג'נדרים בחרו להיפגש עמי במקומות שהרגישו בהם נעים, כגון בתי קפה או בית של חבר. בשל חוסר נוחות או חשש מחשיפה, הקפדנו כי מקום הראיון יהווה מקום בטוח ונוח לשיחה. שני מרואיינים אחרים מקבוצת זו הזמינו אותי לביתם. שניים מן המרואיינים ביקשו שאדם נוסף יהיה נוכח בזמן הראיון. נוכחות האדם הנוסף השפיעה על תשובותיהם של המרואיינים, אך היא הביאה ליצירת אווירה בטוחה ונינוחה יותר עבורם.

הראיונות בוצעו בשנת 2011, במהלך החודשים אפריל עד נובמבר. כל המרואיינים הטרנסג'נדרים היו בשנות העשרים המאוחרות או השלושים המוקדמות לחייהם, רווקים או בזוגיות אך ללא ילדים. הרכב המרואיינים אינו מגוון בשל הקשיים באיתורם ובקבלת ההסכמה לראיון. במרואיינים היו שלוש נשים טרנסג'נדריות ושני גברים טרנסג'נדרים. שתיים בלבד עברו את התהליך המגדרי במלואו דרך תל השומר, ושאר המרואיינים היו במהלכו וחיכו לניתוח, או שבחרו להפסיק את התהליך ופנו לבצע את הניתוחים במדינות אחרות בעולם: בארצות הברית ובתאילנד.

במסגרת הראיונות בחרתי להשתמש בשיטת הראיונות הפתוחים (unstructured interviews), כך שהראיונות התנהלו כשיחה קולחת. לפי שקדי, במחקר איכותני-קונסטרוקטיביסטי אין אנו מגיעים עם תיאוריה מוקדמת אלא בוחרים סוגיה מעניינת, וכדי לחקור אותה לעומקה אנו "שואלים שאלות פתוחות, מקשיבים למשתתפים במחקר, ולאחר מכן חוזרים ומעצבים מחדש את השאלות" (שקדי, 2003 : 43). במהלך השיחה שאלתי שאלות פתוחות, וככל שזו העמיקה שאלתי שאלות ממוקדות יותר על חוויות המפגש עם חברי הוועדה בבית החולים "שיבא". רוב הראיונות ארכו בין שעה וחצי לשלוש שעות, ולכל המרואיינים הובטחה אנונימיות מלאה. כמו כן, נתבקשו המרואיינים לחתום על מסמך הסכמה מדעת לראיון.

הבחירה לבצע ראיונות עומק עם קבוצת הצרכנים אינה קלה, שכן ישנה נטייה לתייג בשיח הדומיננטי במדעי החברה את התכנים העולים בראיונות מסוג זה כתכנים סובייקטיביים המושפעים מהטיות רגשיות. אף על פי כן, בחרתי לבחון את פעילות הוועדה דרך עיניהם של "מבקשי השירות" בהתאם לגישת 'נקודת המבט' שמציגה הרדינג (1993). הרדינג גורסת כי המדע לעולם אינו נטול ערכים, כשם שמושאי המחקר לעולם אינם נטולי ערכים והם שמפרשים את עולמם. אולם לא מדובר בביטול האובייקטיביות של הידע המופק ממושאים אלו; נהפוך הוא: הידע הנוצר הוא בעל אובייקטיביות חזקה (Harding, 1993), שכן אנשים בשיח שלהם גם עולה ומתבהר השיח הנורמטיבי, הדומיננטי וגם המבט הייחודי, לא אחת המתגר, של הבאים מהשוליים. גם בראיונות עם חברי הוועדה ועם המומחים החיצוניים השתמשתי בראיונות פתוחים, מתוך הבנה כי גם מאחורי תהליכים בירוקרטים מוצבים אנשים שאינם נטולי ערכים. עם זאת ולעומת הראיונות הקודמים, הראיונות הללו התמקדו אך ורק בהיבט המקצועי ולא בהיבט האישי. את הראיונות עם חברי הוועדה ביצעתי בבית החולים "שיבא" ובבית קפה נוח במרכז תל אביב (בהתאמה) וקיבלתי הסכמה. המקומות נבחרו על ידי המרואיינים עצמם. הראיונות עם ה"מומחים החיצוניים", ד"ר ברגר וד"ר וגנר, נערכו במרפאות של השניים לפי בחירתם. ראיונות אלו ארכו ערכו מחצית השעה עד שעה וחצי. נוסף על כך, עשיתי שימוש בראיון מתכנית בריאות בערוץ עשר עם המנתח ויושב ראש הוועדה, ד"ר חיים קפלן.

לאחר הראיונות ביצעתי ניתוח מבני ותוכני כמקובל (שקדי, 2003). ניתוח של ראיון אחד החל במקביל לביצוע של ראיון אחר, בכדי לאפשר למידה בונה לקראת הראיונות הבאים. לאחר סיום כלל הראיונות ביצעתי ניתוח חוזר, שמטרתו למצוא אלמנטים חוזרים בדבריהם של המרואיינים השונים. הראיונות עם ה"צרכנים" בוצעו תחילה ולפני שאר הראיונות, על מנת להעמיד את השאלות המתודולוגיות אותן אבקש לבחון. לאחר מכן, שאלות אלו הפכו למוקד בראיונות עם המומחים, הן מטעם הוועדה והן החיצוניים.



## שיטת המחקר - ניתוח תוכן

בעבודה ניתחתי הן את נוהל 39/86 של משרד הבריאות, והן כתבות מהעיתונות היומית בין השנים 1957-1996, וזאת כדי לדלות מן הטקסטים השונים הנחות יסוד הטמונות בהם, תוך עיגונם בידע תיאורטי והיסטורי. את כתבות העיתון הוצאתי מביקור בארכיון 'מעריב'.

במהלך הניתוח הטקסטואלי עשיתי שימוש בקריאה ביקורתית ובניתוח ההיבטים הלשוניים. הגישה הביקורתית טוענת, כי כלי התקשורת ובהם העיתונות היומית לעולם אינם ניטראליים ובלבד משקפים מציאות קיימת, אלא מאמצים מדעת ושלא מדעת, את הגדרות 'המציאות' של המעמד השליט (ברזילי, 1996). יתרה מזו, טוען אלתוסר, כי ניתן לבחון את כלי התקשורת כחלק מהמנגנונים והפרקטיקות המהווים קיום חומרי לאידיאולוגיות של המדינה (אלתוסר, 2003). על כן, ניתוח ביקורתי של טקסטים יבקש לאתר הנחות ייסוד בייצוגים התרבותיים בכדי לחשוף מנגנונים ותפיסות מרכזיות.

הטקסטים הנוספים אותם בחרתי לנתח – מסמכים, נהלים, והנחיות רפואיות – כולם טומנים משמעויות משפטיות וחברתיות נרחבות. דומה לטקסטים בשדה התקשורת, גם הטקסטים הללו הם בחזקת טקסטים תרבותיים שאינם חפים מעין הביקורת; שכן, על אף תחושת ה"אובייקטיביות" שהם מעניקים, כמו היו "תיווך בלתי מוטה של המציאות", ישנה חשיבות רבה לסמיוטיקה שבה הם נוקטים. כפי שטוענת תירוש, פעולות כגון הדגשת פרטים בטקסט או הדרתם מתוכו, בחירת המילים והתחביר גם הן פעולות פוליטיות, המפעילות כוח (תירוש, 2001). לפיכך, בחלק זה של המחקר הושם דגש גם על ההיבט הלשוני בניתוח הביקורתי של תוצרי התרבות השונים.

## סוגיות אתיות במחקר

כפי שצוין קודם לכן, איתור המרואיינים היה משימה מורכבת. קושי נוסף היה גם באיסוף רקע על אודות הוועדה. התגברות על קשיים אלה נעשתה בעיקר על ידי יצירת קשרים חברתיים וכניסה לשדה סגור ומוגן. בתוך כך, הפכתי לחלק בלתי נפרד מהשדה ומהקהילה; יתרה מזו: המרואיינים ראו במחקרי הזדמנות ליצירת ידע בו יוכלו להשתמש בעתיד. לפי שנהב, ההבחנה בין השיח האקדמי והשיח הפרקטי היא שרירותית, שכן ישנה חפיפה גדולה בין השניים ואין להפריד ביניהם (שנהב, 1995). כחוקרת, ההשפעה שלי על השדה, ובייחוד בקהילה קטנה, מצומצמת וסגורה כקהילה הטרנסגינדרית, אינה מן הנמנעות. לכן, על אף הניסיון להפריד את עצמי מן הסיטואציה הנחקרת ובה בעת הניסיון לתפוס את נקודת מבטם של השחקנים בשדה (שקדי, 2003),

משימה זו התגלתה כבלתי אפשרית. החוקרת הפמיניסטית דונה הרוי (1988) מתווכחת ומרחיבה את גישתה של הארדינג על אודות ידע ממוקם (situated knowledge) ותיאוריית נקודת המבט. הרוי מתארת מצב בו הגבולות בין החוקר והנחקרים מטשטשים לחלוטין, כך שאין עוד הבדל ביניהם. היא מערערת על רעיון האובייקטיביות, וטוענת שעצם קיומו של המונח טומנת בחובה היררכיה בין ידע אובייקטיבי לסובייקטיבי. לעומת הרדינג, שמנסה להגיע לאובייקטיביות חזקה, הרוי גורסת שלעולם נוכל להגיע לידע חלקי בלבד – ידע ממוקם (Haraway, 1988).

סוגיות מתודולוגיות נוספות עלו במפגש עם שאר המרואיינים, שנבעו מהיותם של מרואיינים "מומחים בתחומם". עניין זה קיבל תשומת לב מחקרית רבה במדעי החברה, וראיונות עם "מומחים" מתוארים כסיטואציה שונה של ראיון מזו המוכרת לנו. גישות קלאסיות לראיון מתארות את מערכת היחסים בין המראיין למרואיין כמערכת יחסים שבה למראיין יש יתרון יחסי. דקסטר, בספרו "Elite and Specialized Interviewing" (1970), מבדיל בין ראיונות עם "אליטות", כלומר אנשים בעלי כוח הנובע מידע פרופסיונאלי, לבין ראיונות אחרים, כך שבסיטואציית הראיון עם ה"מומחים" המראיין נמצא דווקא בעמדת כוח נחותה ומבקש ללמוד מדבריו של בעל הידע. בעל הידע הוא זה שמציב את השאלות והסוגיות המתודולוגיות בהן יעסוק הראיון ושולט בתשובות שניתנו; הידע המופק בראיון מגיע מעולם התחום של המומחה ומייצג את עמדתו (Dexter, 1970). לעומת דקסטר, מאמצת סמית' גישה פוסט-סטרוקטורלית לבחינת סיטואציית הראיון עם המומחה, ורואה ביחסי הכוח יחסים פלואידיים ומשתנים. סמית' מציעה בחינה רפלקסיבית ועמוקה יותר של סיטואציית הראיון (Smith, 2006) כמענה לשאלת היחסים בין המראיין למומחה. עם סוגיות אלה באתי במפגש קרוב כאשר ראייתי את שני חברי הוועדה, מומחים בתחומם. משום שהוועדה לשינוי מין בבית חולים "שיבא" הינה שנויה במחלוקת, חשדנות רבה עלתה מצד המומחים בבואי לראינם וניצבתי מול שאלות רבות בדבר מניעי וגישתי לנושא. חשדנותם של חברי הוועדה מנעה את פתיחותם, ולאורך הראיון הם התמקדו אך ורק בעמדתם והסבירו אותה בדרכים שונות. בנקודה זו עלי לציין, שבדומה לידע המופק מן הראיונות עם ה"צרכנים", גם ידע המופק מן הראיונות עם המומחים לעולם יהיה "ידע ממוקם", שצריך להבין את ההקשר בו הוא נאמר.

כאמור, לצד חברי הוועדה ערכתי שני ראיונות נוספים עם מומחים חיצוניים. הסוגיות המתודולוגיות שצוינו לעיל ניכרו גם בראיונות אלה, אך מידת הפתיחות לנושא מצד המומחים הייתה גבוהה יותר. היות ופעילותם אינה שנויה במחלוקת – ובניגוד לפעילותה של הוועדה – חשדנותם כלפי מניעי הייתה קטנה יותר.

## מרחבי השיח בוועדה לשינוי מין בתל השומר

### תמה ראשונה: צימוד הטרנסקסואליות לשיגעון

עד שנות התשעים של המאה ה-20, עם הופעתה של דנה אינטרנשיונל באירוויזיון, ייצוג הטרנסקסואליות בישראל נשלט על ידי דמותו של זלמן שושי. שושי, ששימש במשך שנים בתקשורת הישראלית כייצוג של הקהילה ההומוסקסואלית בכלל, זוהה בעיקר עם "זנות, אלימות ומופרעות נפשית" (זיו, 1999: 401). דימוי זה נגע בעיקר לנשים טרנסקסואליות, שנתפסו כאוכלוסייה שולית, עוסקת בזנות, ונשיותן לא נלקחה ברצינות<sup>20</sup> ולעתים קרובות הן נקראו בגנאי 'קוקסינלי'<sup>21</sup>. בחלק זה של המחקר, אנסה להראות את השפעתו המכרעת של דימוי זה על עיצוב תפיסותיו של משרד הבריאות בבואו לכתוב את הנוהל לשינוי מין בשנת 1985. ראשית, אדגים זאת באמצעות השיח העיתונאי סביב השתלשלות העניינים שהובילה לניסוחו של הנוהל; שנית, אצביע על מגמה זו באמצעות ניתוח של נוסח הנוהל עצמו; ולבסוף, אבקש להראות באמצעות הראיונות שערכתי כיצד הצימוד בין טרנסקסואליות לשיגעון ממשיך לעצב את תפיסותיהם של חברי הוועדה גם כיום.

ניתוחים להתאמה מגדרית נעשו בארץ עוד בתחילת שנות השבעים. הניתוח המוקדם ביותר בישראל, על פי העיתונות היומית, נעשה בתקופה זו על ידי המנתח הידוע ד"ר ליאו בורנשטיין, שייסד בשנת 1951 את המחלקה לכירורגיה פלסטית בבית החולים תל השומר. הניתוח נתקל בביקורת חריפה של קהילת הרופאים בארץ, ואחריו באה הפסקה ארוכה בביצוע ניתוחים מסוג זה (הולר, 1988). קודם לכן, רוב האנשים הטרנסג'נדרים שבחרו לעבור ניתוחים לשינוי מין עשו זאת במדינות אחרות, כגון גרמניה ואנגליה, בהן פרוצדורות מעין אלה היו דבר שבשגרה. מאז הניתוח שביצע בורנשטיין, נעשו בארץ בתקופה זו ניתוחים בודדים אשר נחשבו כעבודה 'שחורה' – המנתחים ביצעו אותם על פי רוב בסתר ובבושה, תמורת סכומי כסף גדולים.

<sup>20</sup> בייצוג הטרנסג'נדרים בישראל בשנים אלה לא השתתפו גברים טרנסקסואלים, בעיקר בשל שכיחותם הנמוכה ביחס לנשים טרנסקסואליות, וכן בשל הסבילות הגבוהה יותר כלפי שונותם המגדרית מצד הסביבה.

<sup>21</sup> השם 'קוקסינלי' נתפס כשם גנאי, אך מקורו בשמה של אמנית טרנסקסואלית צרפתייה שהופיעה בישראל במהלך שנות השישים.

נקודת המפנה הגיעה כאשר באוקטובר 1985 ניתח מנתח פלסטי בבית החולים האיטלקי בחיפה באופן פרטי בחורה טרנסגינדרית בשם דניאלה. הניתוח לא צלח, והבחורה נותרה ללא איבר מין – לא של זכר ולא של נקבה. סיפור הניתוח הכה גלים בתקשורת הישראלית, וכתגובה משרד הבריאות יצא בהצהרה כי לא ידע שניתוחים לשינוי מין נעשים בהיקף שכזה בארץ והורה לחקור את נסיבות המקרה (פרידמן, 1985). בעקבות חקירת האירוע, בתאריך 16 באפריל 1986 פרסם משרד הבריאות חוזה, שעליו חתום ד"ר משיח, ראש שירותי האשפוז דאז. החוזה קבע הנחיות לביצוע ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS<sup>22</sup> [כך] ולתיקון פגמים במצבים של HERMPHRODITISM ודומיהם<sup>23</sup>, וביניהן עמדה הדרישה כי ניתוח מסוג זה יבוצע בבית חולים ציבורי בלבד, לאחר אישור של ועדת מומחים, שתכלול פסיכיאטר בכיר, מנתח פלאסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג. עוד קבע הנוהל, כי "המועמד יחיה בזהות המין הנגדי אליו הוא מבקש להשתייך בעזרת הניתוח, לפחות במשך תקופה של שנתיים" (משרד הבריאות, 1986).

על מנת להוכיח את טענתי בדבר צימודה של הטרנסקסואליות לשיגעון, אבקש להציג את סיפורה של דניאלה ואת השיח העיתונאי, כפי שעלה מכתבות בעיתונים המרכזיים בתקופה - 'דבר' ו'מעריב', סביב חקירת המקרה ופרסום הנוהל.

בכתבה בעיתון 'מעריב' מתאריך 4.11.1985 נאמר:

מנכ"ל משרד הבריאות הורה לחקור ניתוח לשינוי המין – מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' דן מיכאלי, ביקש מן הרופא המחוזי בחיפה לבדוק את נסיבות ביצוע ניתוח לשינוי מין שבוצע בבית החולים האיטלקי בחיפה. המנותח – קוקסינל שעבר ניתוח להפיכתו לאישה. פרופ' מיכאלי אמר אמש: "ניתוח כזה אינו מנוגד לחוק, אך יש היבטים שונים החייבים להיבדק לפני ביצועו. ההיבט הפסיכולוגי למשל. האם כל משוגע שיגיע אל רופא ויבקש ניתוח כזה ינתחו אותו?" (פרידמן, 1985).

ראשית כל, יש לציין כי דניאלה הייתה אחת מיני רבים באותה תקופה שבגופם בוצע ניתוח להתאמת מגדר – אף שמרבית הניתוחים בוצעו באופן פרטי במדינות שונות – אולם סיפורה של דניאלה הכה גלים בתקשורת הישראלית ותוג כניתוח הראשון מסוגו שבוצע בארץ. השתלשלות האירועים והשיח התקשורתי שהתנהל סביב המקרה מרמזים היטב על תפיסת הממסד ביחס לטרנסגינדרים בזמן ניסוחו של הנוהל. כפי שצינתי קודם, ייצוג הטרנסגינדרים בארץ באותה תקופה נקשר עם זנות, אלימות ומופרעות נפשית, ואלו שפנו לטיפול

<sup>22</sup> במונח Transsexuals ישנה שגיעת כתיב, יש לכתוב Transsexuals

רפואי נחשדו מראש בבריאות נפשית לקויה. ייצוג זה משתקף היטב בדבריו של פרופ' מיכאלי ובניסיונו להצדיק את חקירת האירוע בעיני הציבור: "האם כל משוגע שיגיע אל רופא ויבקש ניתוח כזה ינתחו אותו?".<sup>24</sup> הראייה הפתולוגית, שרואה בטרנסגינדרים 'משוגעים', לא הייתה חדשה עבור הממסד הרפואי בישראל, אלא היוותה חלק מתפיסה רחבה כלפי טרנסגינדרים במדינות הממסד מאז קום המדינה, בדומה למדינות אחרות. דוגמא לכך ניתן למצוא בסיפורה של רינה נתן, אחת הנשים הטרנסגינדריות הבולטות בשנות החמישים והשישים של המאה ה-20, אשר הממסד הרפואי הישראלי סירב במשך שנים לנתח או להעניק לה טיפול רפואי מתאים, ואף תייגה כ"בעלת סטיות נפשיות" ואשפזה בהמלצת הרופאים בבית חולים לחולי רוח (ליון, 2011). העיתונות היומית באותה תקופה ציירה את דמותה של נתן באופן גרוטסקי, תיארה בזלזול את מאבקה העיקש מול הממסד, ובכך גם שיקפה את רוח התקופה.

בעיתון היומי 'דבר' תחת הכותרת "גרשון נתן סורס" פורסמו הדברים הבאים:

מאבקו הממושך של גרשון נתן מגדרה לפרוק מעליו עול גברותו על ידי סירוס עצמי הוכתר ביום ג' בהצלחה, ורופאי בית החולים 'אסף הרופא' ביצעו בו את הניתוח המבוקש. כזכור, ניסה גרשון נתן פעמים מספר לסרס את עצמו ולהעמיד על ידי כך את הרופאים בפני הכרח להשלים את המלאכה ולהופכו 'אישה לכל דבר', כמשאת נפשו מזה שנים רבות. אחרי ניסיונו האחרון, לא נותרה עוד ברירה והרופאים ביצעו את הניתוח, אך משאלתו נתמלאה רק בחציה, שכן פסק להיות גבר אך לא הגיע למצב של אישה. אולם עובדה זו אינה מונעת ממנו להתהדר בבגדי נשים ולהקפיד על פרוכוסים ותמרוקים (14.3.1957).

הסיפור המתקשר, שהתרחש שנים ספורות לאחר קום המדינה ובתקופת פריצתה לתקשורת בארצות הברית של הטרנסקסואלית האמריקאית כריסטין יורגנסן<sup>24</sup> (Christine Jorgensen), מעלה את התפיסה הפתולוגית כלפי טרנסגינדרים. נתן מצטיירת כמי שנכשלה לשאת את עול הגבריות; כמי שהערימה על המערכת ולא הותירה לרופאים ברירה אלא לבצע בה את הניתוח המבוקש; כמי שביצעה את האקט המופרך – את הנימה ההיתולית משהו ניתן למצוא בין שורות הכתבה – של סירוס עצמי; כמי שלמרות מאמציה לעולם לא תגיע ל"מצב של אישה", ולעד יישאר לה בלבד הניסיון מעורר הגיחוך של 'להיראות כמו' (בנקודה זו, כדאי גם לציין את הברור מאליו: ההתייחסות לנתן בכתבה היא בלשון זכר לכל אורכה). הדימוי של נתן, כפי שמצטייר בכתבה, עולה בקנה אחד עם טענתה של גיוליה סרנו, לפיה, האישה הטרנסקסואלית מצטיירת בערוציה המדיה השונים כרמאית (deceiver), המבקשת לפתות ולערום על גברים שבאים איתה במגע מיני, או

<sup>24</sup> סיפורה של כריסטין יורגנסן התפרסם בתקשורת האמריקאית בשנת 1952 בתור "הניתוח הראשון לשינוי מין בארה"ב" (למרות שבפועל לא היה זה המקרה הראשון). הסיפור הכה גלים והשפיע רבות על החברה האמריקאית באותה תקופה.

כפתאטית (pathetic), שלמרות המאמצים הכבירים אינה מצליחה להגיע ל'אותנטיות' הנשית ולעולם תשאר רק 'כמעט' אישה (Serano, 2007).

גם בימינו לא קשה למצוא בין דפי העיתון כותרות מזלזלות ופוגעניות כלפי אנשים טרנסגינדרים (ראו לדוגמא: "בת ים: אחרי שאנס גילה-זו לא גיברת זה אדון"<sup>25</sup>), כותרות אלה מעידות פעמים רבות על סטריאוטיפים ביחס לאנשים טרנסגינדרים, ופעמים רבות אף חוסר קבלה או סובלנות כלפיהם. עם זאת, כשיצאתי לדרך כדי לחקור את מקורותיה של הוועדה הייחודית לשינוי מין המתקיימת בישראל, שיערתי שאמצא עדויות לשינויים בתפיסות אלה, מתוך ההנחה שהן נובעות מפחד ובורות, ושככל שגדל הידע בנושא כך פוחת הפחד והתפיסות הופכות לתומכות ומכילות יותר. אולם עד מהרה התוודעתי לסיפור שהצליח לערער את השערתי ושהעמיד אותי בפני השאלה: האם ידע מחולל שינוי בתפיסה זו או אחרת, או שמא קיימים מנגנונים המצליחים לשמר תפיסות, לעתים באמצעות אותו ידע עצמו?

את תיאור סיפורה של דניאלה, כפי שהצגתי לעיל, מצאתי בעת ביקורי בארכיון 'מעריב' לצרכי כתיבת מחקר זה; אולם סיפורה של דניאלה סופר פעמים רבות ובדרכים שונות. בתוכנית 'בריאות 10 עם אפרת אנוזל', למשל, סיפר ד"ר חיים קפלן, מנתח ויושב ראש הוועדה לשינוי מין, את סיפור המקרה משנת 1985:

אני חושב שהתחלנו את הניתוחים האלו בשנות ה-80, מי שהתחיל אותם זה פרופסור צור המנוח, ואז היה אפשר לעשות אותם בכל רחבי הארץ, אז היו עוד כמה רופאים שעשו אותם, והחל מ... אני חושב אמצע שנות ה-80 תחילת שנות ה-90 משרד הבריאות שינה את התקנות בעקבות איזה אירוע לא נעים שהיה, שאחת המטופלות ניסתה להרוג רופא, כי היא לא הייתה מרוצה מהתוצאה כנראה.<sup>26</sup>

הסיפור שאותו בחר חיים קפלן לספר בראיון לא היה חדש עבורי, שכן גרסה זו התגלגלה זה מכבר בקרב הנוגעים לדבר. חיפוש בארכיון העלה כי מדובר בשני סיפורים נפרדים שחוברו יחדיו לכדי סיפור אחד. הסיפור האחד הוא על אותה בחורה טרנסגינדרית בשם דניאלה, שנפגעה מהניתוח, וכתגובה תבעה פיצויים מהמנתח; ואכן, לאחר תשע שנים, היא הצליחה לזכות בתביעה על רשלנות רפואית. אך סיפור זה נשזר בסיפור אחר על

<sup>25</sup> ציטוט זה לקוח מתוך כותרת בעיתון מקוון - MyNet, בתאריך 4.4.2011, ניתן למצוא את הכתבה בכתובת: <http://www.mynet.co.il/articles/0,7340,L-4051215,00.html>

<sup>26</sup> ניתן למצוא את הראיון המלא בכתובת <http://lifestyle.nana10.co.il/Article/?ArticleID=644572&TypeID=1&sid=129>

בחורה סיסגינדרית<sup>27</sup>, שבשנת 1992 ניסתה להתנקש בחייו של אותו מנתח בחיפה, לאחר שזה ניתח אותה ניתוח לכריתת השפתיים הקטנות באיבר מינה, וברשלנות כרת לה את הדגדגן.

למעשה, אין קשר בין שני האירועים מלבד זהות המנתח, אך במשך השנים שני הסיפורים הללו היו לסיפור אחד השגור בפייהם של חברי הוועדה. הבלבול המקרי לכאורה בין הסיפורים אינו תמים או חריג כלל וכלל, וביכולתו להצביע על תפיסתו של הממסד הרפואי הישראלי את תופעת הטרנסגינדרים כפתולוגיה. מיזוגם של שני הסיפורים הופך את המטופלת מקורבן של רשלנות רפואית לאחת שמתוך זעם ואימפולסיביות ניסתה לפגוע במטפלה. לפיכך, ניתן לטעון שעל אף הניסיון עתיר השנים של הוועדה, חברה עוד נתונים תחת אותן תפיסות פתולוגיות המחברות בין טרנסקסואליות ושיגעון.

דוגמאות לתפיסה בדבר הקשר ההדוק בין טרנסקסואליות לשיגעון הוסיפו להופיע בעיתונות היומית הכתובה בהקשר למקרה הרשלנות שנדון לעיל. כמעט עשור לאחר הוצאת הנוהל, כאשר הצליחה דניאלה במאבקה וזכתה בתביעה לרשלנות רפואית, פורסמו בעיתון 'דבר' הדברים הבאים:

בניתוח לשינוי מין ראשון בארץ – איבריו הגבריים של המנותח נכרתו אך האיברים הנשיים לא עוצבו. ביהמ"ש חייב את המנתח לפצות את המנותח שנותר ללא איברי מין לא של גבר ולא של אישה ב-126 אלף שקלים.

ואלו דבריה של השופטת טובה שטרסברג כהן לאחר הכרעת הדין:

ניתוח לשינוי מין הוכר בספרות הרפואית כניתוח מסובך מבחינות רבות, לאו דווקא מהבחינה הטכנית, כשמעורבים בו מספר תחומי רפואה: גניקולוגיה, אורולוגיה, פסיכיאטריה או פטיכולוגיה, אנדוקרינולוגיה וכירורגיה פלסטית. במקרה זה הנתבע הוא מומחה רק בתחום אחד מאלה (6.2.1994).

בכתבה זו, שפורסמה כאמור מספר שנים לאחר פרסום הנוהל, ביקשה השופטת להסביר את החלטתה בנוגע להכרעת הדין ואת החלטתו של משרד הבריאות להקמת הוועדה. בניגוד לציפייה, שלאחר מקרה בו נפגעה מטופלת תוקם ועדת חקירה בכוונה למנוע מקרים נוספים של רשלנות, מוקמת ועדה שמטרתה למיין את המטופלים דווקא. לוועדה הממיינת נוספו, לצד רופאים מקצועיים העוסקים בהיבט הכירורגי, גם 'מומחים' מתחומי הפטיכולוגיה והפסיכיאטריה. כלומר, במקום לעסוק ברשלנותו הרפואית של המנתח ולמנוע מקרים נוספים של חוסר מקצועיות רפואית, ראו לנכון משרד הבריאות והשופטת למנוע מקרים נוספים על ידי החמרת הקריטריונים לניתוח ובהצגת אלו המבקשים לבצע את השינוי כחשודים בבריאות נפשית לקויה. נוסף על כך, בדבריה מסירה השופטת את אשמת הכירורג המבצע: היא מציגה את הנפשות הפועלות לא ככאלה

<sup>27</sup> שאינה טרנסגינדרית. משמע, שמזדהה במגדר אליו שויכה בלידתה.



הנמצאות תחת סיטואציה רגילה בין מטפל ומטופלת, אלא כמקרה בו הנפגעת פוגשת בשרשרת של סמכויות, כאשר המנתח הוא רק אחד מן המחזיקים באחריות, בעוד זו מוטלת על היממסדי כולו. עוד נאמר בכתבה :

הנתבע טען שהתובעת גרמה נזק לעצמה, בכך שלאחר הניתוח המשיכה לעסוק בזנות, החדירה ויברטור ללדן וביצעה חוקן. בנקודה זו העירה השופטת, שהתנהגותה של התובעת הייתה צריכה להיות צפויה והרופא היה צריך לנקוט צעדים לקדם פני הרעה, באמצעות הדרכה קפדנית של התובעת, וגם של הצוות בבית החולים האיטלקי בחיפה, לגבי התמודדות עם המצב שלאחרי הניתוח (6.2.1994). מדבריה של השופטת עולה אפוא כי ביזור הסמכויות נעשה בשל הנחת המוצא שיש כאן 'תופעה' שיש לפקח עליה, שיש כאן מיניות מופרעת שיש לרסנה באמצעות התערבות של מומחים נוספים.

לצד השיח העיתונאי שנדון לעיל, נוסח נוהל 39/86 לשעצמו מגלם תפיסות בנושא טרנסג'נדריות המעידות על הצימוד של הטרנסקסואליות לשיגעון. הנוהל מציב מספר תנאים עבור קבלת אישור הוועדה, כאשר המועמד נדרש לעבור הערכה פסיכולוגית על ידי פסיכולוג ופסיכיאטר שמטרתה לבחון את מצבו הנפשי, ו"בהתאם לכך לאשר או לסרב ביצוע הניתוח". אמנם דרישה זו תקפה לעתים גם עבור ניתוחים אחרים שאינם נוגעים בסוגיות מגדריות, אך במקרה הנדון היא מעלה פעם נוספת את היחשדות' הממסדיים כלפי בריאותם הנפשית של אנשים טרנסג'נדרים. חשדות אלו מודגשים בעיקר לאור סעיף 2 בנוהל, העוסק ב"תיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM":

הניתוחים המבוצעים במקרים של HERMAPHRODITISM (PSEUDO-ו-TRUE) ומקרים אחרים של פגמים ביצור ההורמונאלי התקין, מטרתם להגביר ולחזק את מינם הגנטי של המנותחים מבחינת סימני המין המשניים וכו', ולא לשם שינוי מינו של המנותח. ניתוחים מסוג זה אינם מבוצעים על-סמך אינדיקציה פסיכיאטרית, אלא במקרים בהם קיימת אינדיקציה בהסתמך על שינויים גנטיים-הורמונאליים או כרומוסומליים. במילים אחרות, אלו המבקשים לחזק את מינם ולשמר את הדיכוטומיה בין המינים אינם נדרשים לאבחון או למתן אישור, אך לא כך הדבר עבור המבקשים לעבור בין המגדרים – אלה כבר נדרשים לאינדיקציה פסיכיאטרית (לבנת וכרמון, 2008).

הנוהל, שנכתב לפני למעלה מעשרים שנה, נדמה כי הוא אכן מייצג את האקלים של תקופתו, תקופה בה חריגות מגדרית תוארה בזלזול וטרנסג'נדרים נתפסו בצורה פתולוגית. אולם כפי שעולה מהראיונות שערכתי

ומההתבוננות בשדה המחקר – כמו גם מהראיון שהעניק ד"ר קפלן לתוכנית הבוקר ונדון קודם לכן – נראה כי גם בימינו הרטוריקה בה משתמשים חברי הוועדה מבקשת לשמר את הצימוד של הטרנסקסואליות לשיגעון. ראשית כל, אדגים את הצימוד באמצעות דבריה של ד"ר דליה גלבווע, פסיכולוגית הוועדה, בכנס 'ואת שאהבה נפשי' בסינמטק בתל אביב, דצמבר 2011. ד"ר גלבווע פתחה את דבריה בקריאה מכתבה שפורסמה בעיתון על אודות גרשון נתן, כלומר גברת נתן, האישה הטרנסגינדרית שהוזכרה לעיל. היא הציגה את תלאותיה של גברת נתן ואת הסבל שעבר עליה, וכשסיימה להקריא, ביקשה לסכם את יחסם של הרופאים והמשפטנים כלפי גברת נתן במילים: 'אשפזו אותו וכלאו אותו עד שלא נותרה לו כל ברירה אלא לפגוע בעצמו ובאיבר מינו'. מיד לאחר מכן המשיכה ד"ר גלבווע לסיפור נוסף, סיפורה של דניאלה, ואותו חתמה בדברים ש"בשל סיבוכים בניתוח ניסתה מתוך טירוף הדעת להרוג את המנתח בירייה". בדבריה ביצעה ד"ר גלבווע בחירה לפתוח את הרצאתה בכנס בפני קהל רב של מטפלים ואנשי רווחה בשני סיפורים, שמציגים את הדמויות הטרנסגינדריות כמסוכנות לעצמן ולסביבתן. המסקנה הנובעת מהצגת דברים זו היא שאדם טרנסקסואל הפונה לוועדה נתפס מיד בחזקת חשוד עליו מוטלת חובת ההוכחה לבריאותו הנפשית, בשעה שהאחריות לאבחן את הטרנסקסואלים 'האותנטיים' מוטלת על הממסד הרפואי.

דוגמאות נוספות למגמה זו עלו גם בראיונות עם חברי הוועדה האחרים. למשל, בראיון עם אחת מחברות הוועדה עלה החשד לבריאות נפשו של אדם טרנסקסואל הפונה לוועדה זה כחשש מרכזי המשפיע על החלטתה. כששאלתי את חברת הוועדה "מה ישכנע אותך שאדם לא יכול לעבור את הניתוח?", היא ענתה:

מבחינה נפשית, אם הוא לא טרנסקסואל, אם נדמה לו. קודם כל אם הוא פסיכוטי ובתוך הפסיכוזה שלו יש גם את הפנטזיה הזו שהוא צריך להפוך לאישה. קולות אמרו לו. מישהו שחושב שאם הוא יהיה אישה... היה לי מקרה כזה לפני שנים. הוא היה הומוסקסואל, בכלל לא טרנסקסואל... אחרי שאתה עוקב אחרי אדם במשך שנה של מעקב, שנה וחצי, אתה כבר מכיר אותו... אם הוא באמת טרנסקסואל או שזה שיגעון חולף. אם זה היה מתמיד או שפתאום בא לו הרעיון וכמו שהוא בא ככה הוא ילך.

הצימוד המיתולוגי כמעט בין טרנסקסואליות – בדומה לכל חריגות מגדרית – לבין מופרעות נפשית עולה בכל צומת בהיסטוריה המערבית מאז המאה ה-19. צימוד זה אף מתחזק לצד עלייתה של הפרופסיה הרפואית וכחלק ממנה – הפסיכיאטריה. ביסוס הדיסציפלינה ויצירת הידע הקנו לרפואה כוח רב, כך שהיא הפכה לכלי לפיקוח חברתי, וה'מבט הקליני' הפך להיות נקודת המבט היחידה דרכה ניתן לקרוא מצבים או התנהגויות מסוימות (פוקו, 2008). בתוך כך, צימוד הטרנסקסואליות לשיגעון משמש מעין צידוק להפקעת יכולת הבחירה מידי של האינדיבידואל והנחתה בידיהם של 'המומחים' בלבד. הדבר נעשה תוך שימוש ברטוריקה המדגישה

את טובת הפרט, כזו המעניקה למומחים את הלגיטימציה להמשיך ולפקח על גבולות המגדר החברתיים ועל חצייתם. בכך אדון כעת בהרחבה.

## תמה שנייה: סמכות ואחריות בצל החרטה

התמה השנייה שקראתי לה "סמכות ואחריות בצל החרטה" חוזרת ונשנית בנוהל 39/86, כפי שעולה מהניתוח הטקסטואלי שיוצע להלן, וכן היא עולה מהראיונות שנערכו עם חברי הוועדה. התמה מושתתת על רטוריקה המעמידה במרכזה את סמכותה של הוועדה ואת אחריותה הבלעדית למנוע מצבים של חרטה, כלומר חרטה על שינוי המין ורצון לשוב למין הקודם. כפי שעלה מהסקירה ההיסטורית, עם התפתחותו של ה'מודל הרפואי' בסוף המאה ה-19 ותחילת המאה ה-20, הוטלה על הממסד הרפואי הסמכות לטפל במצבים של טרנסקסואליות. עם סמכות זו הוטלה על כתפי הממסד גם אחריות, האחריות הכבדה להימנע ממצבים של חרטה, ואלו מוסגרו כטרגדיה. לא בכדי ננקטו אמצעים רבים על מנת למנוע את היתכנותה של טרגדיה זו, ולכן אלו שביקשו לשנות את מינם סומנו כ'משוגעים' אשר יש להוציא את הבחירה מידם בשל הסכנה הנשקפת להם – החרטה.

אתחיל אפוא בפתוח של נוהל 39/86:

אל: כל מנהלי בתי החולים הכלליים \_\_\_\_\_

הנדון: ביצוע ניתוחים –

א. לשינוי מין אצל TRANSEXUALS

ב. לתיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM ודומיהם.

בטרם אתחיל בניתוחו הטקסטואלי של הנוהל, אבקש לציין כי מסמך זה הינו המסמך הממשלתי היחיד העוסק בטיפול בטרנסג'נדרים והוא מהווה אסמכתא למדיניות הממשלתית כלפי האוכלוסייה. הניתוח הטקסטואלי של הנוהל, ככל ניתוח טקסטואלי אחר, מבקש לחשוף את המסרים הגלויים והסמויים המקודדים בטקסט ולהצביע על טיבן של התפיסות שהנחו את מנסחיו. כבר בשורותיו הראשונות של הנוהל מבקשים מנסחיו להאציל את כלל הסמכויות לטיפול באנשים טרנסג'נדרים על הפרופסיה הרפואית: מנהלי בתי החולים הכלליים הם הנמענים הבלעדיים. מגמה זו, שבמסגרתה מודגשת סמכותו הבלעדית של הממסד הרפואי לטיפול בטרנסקסואליות, באה לידי ביטוי גם בהמשכו של הנוהל, כפי שאראה להלן.

נוסף על הפנייה לממסד הרפואי כאוטוריטה הבלעדית, גם בחירת המילים בעת ניסוחו של הנוהל כובלת את המסמך לתחומיה של הרפואה בכלל ולתחום הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה בפרט, כאשר אלו האחרונים אמונים על ברירת המועמדים. משמעותו של הדבר גדולה ביותר, שכן מדובר בנוהל שהוא בבחינת המסמך

הממשלתי היחיד הנוגע למדיניות כלפי אנשים טרנסג'נדרים, אך ניסוחו מאפשר את קריאתו רק עבור המשתייך לקהילה הרפואית. הרפואה המודרנית, טוען פוקו, היא רפואה מסווגת (classificatrice), שעושה רדוקציה של מצב החולה למילה אחת המבטאת דיאגנוזה וקובעת את הטיפול. הרופא מתרגם את סבלו של היחיד לכדי נתונים ממשיים של מחלה, ולאחר תרגום זה המטופל הוא לא עוד הסובייקט הסובל, אלא המחלה, שהופכת לעובדה אובייקטיבית, ובה יש להילחם (פוקו, 2008). בסעיפים א' ו-ב' משתמשים מנסחי הנוהל במונחים Hermaphroditism ו-Transsexuals, ושימוש זה במונחים המקצועיים מאפשר להסיט את המבט מהסובייקט, ומעמיד במרכז 'מצבים' רפואיים ואובייקטיביים, ומעצם היותם כאלה, ניתנת למסד הרפואי הסמכות הבלעדית לטיפול; יש להוסיף, כי מרגע שהולך ומתגבש 'מצב' (או 'הפרעה' או 'מחלה') הולכת ומתמעטת שונותו של הסובייקט האחד ורצונו הפרטי הופך שולי לפרוגנוזה.

דוגמא נוספת להדגשת סמכותו של הממסד הרפואי באה לידי ביטוי בהמשכו של הנוהל:

לצורך הנחיות אלו, כ-TRANSEXUALS ייחשב אדם אשר עונה על הקריטריונים המקצועיים המקובלים

והתקפים בתקופה הרלוונטית.

על ידי ציון ה"קריטריונים המקצועיים" שוב מסמנים מנסחי הנוהל את האוטוריטה הרפואית כבלעדית באופן מפורש. אולם ברצוני להתייחס לדבר אחר, שדווקא נעדר מן הטקסט. לכאורה, הניסוח מבקש לקבע את הנוהל כתקף וכרלוונטי ללא הגבלת זמן או מקום, אך למעשה אין ציון מפורש של אותם קריטריונים או של המסמכים והמלצות אשר הקריטריונים נגזרים מהם. בדרך זו, ניתנת הסמכות המלאה בידי ועדת המומחים, שכן עליה לבחון כל מקרה לגופו. עניין זה מעורר פליאה מסוימת, משום שמספר שנים קודם פורסמו שני מסמכים רלוונטיים לאבחון: ה-DSM בגרסתו השלישית שכלל את האבחון 'הפרעה מגדרית' וה- Standards of Care שקבע סטנדרטים והמלצות לטיפול באנשים טרנסג'נדרים. אולם וכאמור, העדר הקריטריונים בנוהל 39/86 מאפשר חופש פעולה מלא לחברי הוועדה תוך טשטוש המדדים לפיהם מאושר או מסורב מטופל. נקודה נוספת נוגעת בהקשר הנדון להיבט הבירוקרטי. לפי וובר, בירוקרטיה מאופיינת באמצעות דיוק, מהירות, חוסר עמימות, ידע רלוונטי, רציפות, שיקול דעת ואחידות, ומכאן גם הלגיטימיות שלה (Weber, 2006). לעומת זאת, נוהל 39/86, אשר נכתב כחלק מתהליך הבירוקרטיזציה של המעבר המגדרי, מאופיין בהעדר קריטריונים ובעמימות, ולפיכך הוא עומד מחוץ למשחק הבירוקרטי, תוך שהוא מוסר את עצמו לשיקול דעתם הבלעדי של חברי הוועדה.

הדגש על סמכותו של הממסד הרפואי בא לידי ביטוי גם בציון התנאים לביצוע ניתוחים:

ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS:

א. ניתוחים מסוג זה יבוצעו בבי"ח ציבורי בלבד.  
ב. בבי"ח בו יבוצעו ניתוחים אלה תמונה ועדה שחבריה יהיו: פסיכיאטר בכיר, מנתח פלסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג.  
ג. הוועדה תדון במקרים המומלצים לביצוע ניתוח שינוי מין שהופנו אליה מתוך המוסד בו הינה פועלת, או ע"י גורמים רפואיים חיצוניים אחרים.  
התנאי הראשון, שמחייב ביצוע ניתוחים לשינוי מין בבית חולים ציבורי, עורר עם השנים סערה גדולה בקרב חברי הקהילה הטרנסג'נדרית ואנשי מקצוע בתחום, שכן ניתוחים שונים, גם המסובכים ביותר, יכולים להיות מבוצעים בבתי חולים פרטיים<sup>28</sup>. למעשה, תנאי זה מחייב את הפיקוח הממסדי על המגדר וחצייתו. התנאי השני יוצא מנקודת הנחה שהממסד הרפואי הוא הסמכות הבלעדית לידע בנושא טרנסג'נדרים, ומחייב הקמת ועדת מומחים שתבחן כל מקרה לגופו. עובדה חשובה שעולה בשלב זה, היא שפסיכיאטר הוועדה אינו נדרש להיות מומחה בתחום או בעל ידע ספציפי קודם על אודות טרנסג'נדרים. עובדה זו עומדת בסתירה להמלצה של ארגון הבריאות הטרנסג'נדרית העולמי לפיה המטפל הוא פסיכיאטר, פסיכולוג או עובד סוציאלי, בעל ידע מקיף בתחום הספציפי ושהינו רשאי לאבחן דיספוריה מגדרית; עליו ללמוד באופן מתמיד את הקריטריונים החדשים לטיפול ולאבחון, ועליו לדעת להבחין האם קיימת אבחנה נפשית לצד הדיספוריה המגדרית<sup>29</sup>. אולם, כפי שנאמר לעיל, לוועדה נדרש איש של פסיכיאטר בכיר בלבד, ודרישה זו לא שונתה מאז כתיבת הנוהל בשנת 1986. התנאי השלישי והאחרון אינו מאפשר לאדם הטרנסג'נדר לפנות באופן עצמאי לוועדה, אלא רק באמצעות גורמים רפואיים הנושאים באחריות בלעדית. אי לכך, רצונו של הפרט אינו נלקח בחשבון, ומקבלי ההחלטות ומעניקי הגושפנקא הבלעדיים הם המומחים בוועדה או מחוצה לה.

בנקודה זו אבקש להסיט ולהרחיב מעט את הדיון בעניין מיקומו של מסמך ה-SOC (Standards of Care), שמאגד את המלצותיהן של איגוד הבריאות הטרנסג'נדרית העולמי ושמשמש מטפלים רבים בתחום תוך הענקת תוקף למומחיותם. לפיכך, אזכורו של מסמך ה-SOC על ידי מטפלים המבקשים להציג את עצמם כבעלי תפיסה מתקדמת הינו שכיח, וההתעקשות על עמידה בסטנדרטים בינלאומיים מציבה את המטפלים הללו

<sup>28</sup> טענה זו מופיעה במכתב שנשלח למנכ"ל משרד הבריאות באמצעות ארגון 'רופאים לזכויות אדם' בבקשה לבחון מחדש את הנוהל (לבנת וכרמון, 2008).

<sup>29</sup> חברי האיגוד הבריאות הטרנסג'נדרית העולמי (WPATH) הצהירו במאי 2010 כי זהות מגדר היא אינה פסיכו-פתולוגיה, ועל כן המטרה באבחון הפסיכיאטרי להבחין את זהות המגדר מתחלואות נפשיות אחרות, במידה שאלה קיימות. ניתן למצוא העתק של ההצהרה בכתובת הבאה:

<http://www.wpath.org/documents/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf>

בקונטקסט רחב של קדמה והתחדשות. במחקר זה, ההתייחסות למסמך עלתה הן בראיונות עם חברי הוועדה והן בראיונות עם המומחים החיצוניים. לדוגמא, ד"ר אילנה ברגר, עובדת סוציאלית קלינית מזה שלושים שנה ואחת המטפלות הראשונות שעסקו בתחום השינוי המגדרי ציינה בראיון עמה כי היא מתעדכנת בהנחיות החדשות המפורסמות על ידי ארגון הבריאות הטרנסגינדר העולמי, ואף משתתפת אחת לשנתיים בכנסיו הבינלאומיים של הארגון. גם ד"ר גל וגנר, רופא משפחה אשר הקים לצד רופאת משפחה נוספת לפני מספר שנים סניף של קופת חולים 'כללית' במרכז הגאה בתל אביב, הדגיש בפני במהלך הראיון את חשיבותן של למידת המידע החדש וההכרה עם ההנחיות העולמיות:

אנחנו עובדים לפי ההנחיות שהכי מקובלות בעולם. קיימות הנחיות של איגוד האנדוקריניים האמריקאיים, מי שמוציא הנחיות לאיך לעשות טיפול הורמונאלי, ויש את ה-WPATH... עובדים לפי סטנדרטים עולמיים.

מגמה זו ניכרת גם בדבריהם של חברי הוועדה, שמציגים את עצמם כמי שנשמעים להמלצות בינלאומיות, ולכן גם כמי שמתנהל בהתאם לגישה מתקדמת ותומכת. למשל, בראיון לתוכנית 'בריאות 10' אמר ד"ר חיים קפלן: בשיטה שאנחנו אימצנו, של הוועדה, אנחנו לוקחים קריטריונים של החברה של הארי בנג'מין... זה פסיכיאטר שחי בסן פרנסיסקו, פרסם את ההנחיות שלו בסוף שנות ה-70.

במכתב ששלח ביום 1.5.08 בתגובה לבקשת חופש מידע שהוצגה בפניו<sup>30</sup>, טען ד"ר קפלן דבר דומה:

הוועדה מאשרת או דוחה ביצוע ניתוח על פי קריטריונים שנקבעו על ידי ד"ר הארי בנג'מין<sup>31</sup> ומקובלים ברוב המרכזים בעולם העוסקים בתחום.

למרות הדברים הללו, הנוהל על פיו פועלת הוועדה בתל השומר לא עודכן מאז שנת 1986, ובראיון שערכתי עם אחד מחברי הוועדה באוקטובר 2011, אף הוצגו הדברים באור שונה:

אנחנו עושים בערך, זה לא בדיוק... אנחנו לא התחייבנו בשום מקום לעבוד בדיוק לפי הקריטריונים של הארי בנג'מין. עושים בערך עם אדפטציה של הקריטריונים של המצב בארץ, ואיך שאנחנו רוצים – ככה אנחנו נוהגים.

מדברים אלה עולה, כי על אף המדיניות המוצגת מול גורמים רשמיים ובראיונות לתקשורת, בפועל חברי הוועדה אינם נשמעים להמלצות המסמך – לדידם, ההמלצות הן המלצות בלבד – ומתנהלים בהתאם לנוהל 39/86, שלא התעדכן מאז שנת 1986. עניין זה אושש לא רק בראיון שערכתי עם חברי הוועדה, אלא גם בסעיפיו הרבים של הנוהל שאינם תואמים את ההמלצות הבינלאומיות, למשל אורך תקופת החיים במגדר

<sup>30</sup> לקוח מפנייה שפרסמה העמותה 'רופאים לזכויות אדם' במאי 2008 בבקשה לבחינת נוהל 39/86.  
<sup>31</sup> הארי בנג'מין היה אנדוקרינולוג פורץ דרך במאה ה-19, ניתן לקרוא עליו בהרחבה ברקע התיאורטי.

המבוקש (שנתיים במקום שנה, כמומלץ) או זמן ההמתנה לניתוחים המשניים שאינם ניתוח לשינוי איברי המין (אלו נעשים רק לאחר אישור הוועדה). נראה כי הסעיף המשמעותי ביותר בו חלה אי התאמה בין מסמך ה-SOC לבין נוהל 39/86 הוא זה המעמיד דרישה להקמת וועדת מומחים – התעקשות שהיא בבחינת ניסיון לפיקוח נוקשה על גבולות המגדר תוך הצבת שומר סף בלעדי לשינוי המגדרי. נוסף על כך, למרות שלפי הנוהל כל בית חולים ציבורי יכול להעניק את השירות הנדון, הדרישה להתאספות הוועדה מגבילה את יכולתם של בתי חולים ציבוריים, שכן 'שיבא' הוא היחיד שהקים וועדה מסוג זה.

נקודה נוספת ואחרונה הנוגעת לפער בין הנוהל הישראלי לבין הסטנדרטים הבינלאומיים, שאליה אבקש להתייחס, היא הדרישה למבחנים פסיכו-דיאגנוסטיים:

המועמד יעבור הערכה פסיכו-דיאגנוסטית ע"י פסיכיאטר ופסיכולוג, שמטרתה לבדוק את מצבו הנפשי של המועמד, ובהתאם לכך לאשר או לטרב ביצוע הניתוח.

בבחינת הניסוח "הערכה פסיכו-דיאגנוסטית" עולה כי קיימת מילה עודפת, שכן המילים 'הערכה' ו'דיאגנוזה' הן בעלות משמעות זהה. לפי המתודולוגיה שאותה מציע אונג (Ong, 1982), ניתן לראות במילה עודפת ניסיון למצב פעם נוספת את הטקסט כאוטוריטה, ובמקרה הנדון – את הפסיכיאטריה כמומחית הבלעדית להערכה של המבקשים את הטיפול. ניתן לראות בדרישה זו, דוגמה נוספת לתפיסתם של הפונים כמי שחשודים בבריאותם נפשית. לעומת זאת, הגישה האלטרנטיבית וזו שרווחת בבתי חולים רבים בעולם, היא זו המאפשרת לטרנסג'נדרים לבצע ניתוחים לאחר חתימה על הסכמה מדעת. אומרת ד"ר ברגר:

לפי ה-SOC, בעצם יכול לקחת [כלומר, לשלוח] לניתוח, המטפל ה-on going, האיש מקצוע שמלווה את הבן אדם. זה יכול להיות עובד סוציאלי, פסיכולוג, פסיכיאטר... אני מניחה שזה צריך להיות אחד מהמקצועות הטיפוליים... אני חושבת שצריך אחד מהאנשים האלו, ואם זה לפני הניתוח התחתון לפעמים צריך. לפעמים בית חולים דורש עוד מכתב מפסיכיאטר שלא דווקא מכיר את המטופל או המטופלת, אבל מה הפסיכיאטר אומר – שהבן אדם מבין, שנותן הסכמה מדעת.

לפי ד"ר ברגר, לעיתים נדרש איש מקצוע נוסף בטרם אדם נשלח לניתוח, אולם תפקידו של איש המקצוע הוא רק לאשר שנית כי החתימה על ההסכמה לניתוח נעשתה מדעת; ובניגוד לנוהל הקבוע בישראל, הטרנסג'נדרים אינם נדרשים לבחינה לאורך זמן או למבחנים פסיכו-דיאגנוסטיים. הגישה האלטרנטיבית אפוא תופסת את הסובייקט הטרנסג'נדר כמי שמסוגל לקחת החלטות על גופו, כאשר אנשי הרפואה אינם מקבלים סמכות בלעדית לסינון המועמדים ותפקידם היחיד הוא לתמוך ולסייע.



הדגשת סמכות הפרופסיה הרפואית להערכה ולטיפול באנשים טרנסג'נדרים צועדת יד ביד עם תחושת האחריות הכבדה של הממסד הרפואי. מתוך תחושת אחריות זו, כאמור, ניטלת האפשרות לבחירה מידיהם של האנשים הטרנסג'נדרים עצמם, ומונחת בידיהם של המומחים בלבד. נקודה זו חזרה מספר פעמים בראיונות עם חברי הוועדה, כפי שעולה גם בדברים הבאים הלקוחים משיחה שניהלתי עם אחת החברות בה:

מאוד חשוב לי להבהיר, אני חושבת שאני מרגישה בכל אופן כובד אחריות מאוד גדול בנושא. להכניס אדם לניתוח כשאתה לא בטוח במאה אחוז שהוא טרנסקסואל, ואם אני לא בטוחה גם הוא אולי לא בטוח... זה ניתוח שאין ממנו חזרה כשמדובר על איבר המין. מקרים שהם לא טרנסקסואלים לא צריכים להינתח, זה עוול.

בדבריה נוטלת לידיה חברת הוועדה לא רק אחריות כבדה, אלא מלאה ובלעדית. היא למעשה מייצרת היררכיה בין נקודות המבט השונות, נקודת המבט של הסובייקט הטרנסג'נדר לעומת נקודת מבט כבאת כוחו של הממסד הרפואי, כאשר ידה של האחרונה על העליונה. לא רק שנקודת המבט של הסובייקט נחותה, אלא שהיא הופכת לא רלוונטית, כאשר, כפי שטוען פוקו (2008), ה'מבט הקליני' מוצג כנקודת המבט היחידה דרכה ניתן להתבונן על מצבים. יש להוסיף, שעל מנת להעניק צידוק לתפיסתה, משתמשת המרואיינת ברטוריקה המדגישה את טובתו של הפרט, ומסבירה כי מוטלת על כתפיה אחריות כבדה; זאת כאילו היה הממסד שותף לנשיאת העול ביחד עם המטופל, בעוד שבפועל מופקעת מהמטופל האחריות לגופו ורצונו האישי. רטוריקה זו תואמת לטענתה של דיוויס. בספרה "reshaping the female body", עוסקת דיוויס בוועדות רפואיות לאישור ניתוחים פלסטיים בקרב נשים בארצות הברית. בוועדות אלו משתמשים אנשי הרפואה באותה רטוריקה הנשענת על ההנחה שנשים המעוניינות בניתוח פלסטי זקוקות להגנה עליהם מעצמן. הנחה זו מטרתה, לטענת דיוויס, לשמור את המידע הרפואי והטכנולוגי בידיהם של המומחים, ולא בידי הציבור (Davis, 1995).

המוטיבים הנדונים עלו גם בראיון עם ד"ר חיים קפלן, יושב ראש הוועדה ומנתח, במסגרת תוכנית הבוקר 'בריאות 10' עם אפרת אנזל בתאריך 18.6.2009:

זה כרטיס לכיוון אחד, זה לא ניתוח אף שאתה יכול לתקן אותו, זה לא כמו ניתוח שדיים שאפשר לעשות... פה, ברגע ששיניית את המין, לשנות למין חזרה, זה סיפור מורכב והוא לא בדיוק הפיך, הוא כאילו הפיך, וחשוב מאד שאתה תעשה את הניתוח לאנשים הנכונים, לאנשים שבאמת זקוקים לניתוח הזה.

ד"ר קפלן מדגיש את האחריות המוטלת על כתפיהם של חברי הוועדה, תוך שימוש ברטוריקה המדגישה את טובת האדם הטרנסג'נדר ונטילת יכולת הבחירה שלו בפועל. לעומת זאת, ד"ר גל וגנר הציג את הדברים בצורה שונה: במקום לשאת על כתפיו את האחריות הכבדה, ביקש ד"ר וגנר להימנע מתווית 'שומר הסף' והדגיש כי תפקידו כרופא משפחה הוא לסייע למטופליו ולהפחית סיכונים באמצעות מתן ידע רלוונטי על הסכנות

בטיפולים השונים. כך, הסובייקט הטראנסגינדר ממוקם במרכז, והרפואה, תפקידה לשתפו בידע ולתת מענה לרצונותיו. אומר ד"ר וגנר:

אני לא מאשר או לא מאשר... אנחנו יותר בגישה שמי שבא ומבקש הורמונים זה אנשים שצריכים הורמונים... לא בשביל הכיף שלהם... לא באים ומחליפים את הטיפול ההורמונאלי שלהם ומשנים אותו. אחת הסוגיות המעניקות לגיטימציה לפעילותה של הוועדה ולאחריותו הבלעדית של הממסד הרפואי הינה סוגיית החרטה וסימון החרטה כטרגדיה. עבור הממסד הרפואי, החרטה נתפסת כמצב בו האדם הטראנסקסואל מבקש "לשוב" למין אליו שויך בלידתו לאחר שבוצעו בו ניתוחים להתאמה מגדרית, כאשר כל חריגה מדפוסי ההתנהגות שאינם משויכים למגדר הנבחר נתפסים כחרטה או כרצון "לחזור אחורה" (Jacques, 2007). המבט הדיכוטומי מבקש אפוא להציג את שינוי המגדר כתהליך ליניארי בכיוון אחד, עם התחלה אמצע וסוף מוגדרים, כאשר המטרה היא לעבור ממין אחד למין האחר, ההפוך לו, באמצעות ניתוח (Goldberg, 2003).

הספרות הביקורתית יוצאת נגד היסודות העומדים בבסיסה של תפיסת החרטה, שכן המונח 'חרטה' אינו ניטראלי והוא נגזר מנקודת מבט דיכוטומית אשר רואה עולם המחולק לשני מינים ושמיחה מגדר אחד קוהרנטי ויציב לאורך חייו של אדם (Jacques, 2007). עבור הממסד הרפואי ותפיסתו הדיכוטומית, ריבוי זהויות, זהות ביניים או זהות שאינה מתנהלת לפי כללי המשחק המקובלים, הן אפשרויות שאינן מתקבלות על הדעת, כך שנשללת מהסובייקט תנועה רב כיוונית והחרטה מתקבעת כטרגדיה. טרגדיה זו, שחברי הוועדה הם שסימנוה מלכתחילה, היא שמעניקה להם את הלגיטימציה ואת החופש לפעול כטוב בעיניהם כדי למנוע את היתכנותה.

מוטיב החרטה חוזר שוב ושוב בראיונות שניהלתי עם חברי הוועדה. למשל, אומרת אחת מחברות הוועדה: ברוך השם אני כל פעם מברכת שלא היה לנו אף מקרה של מישהו שהתחרט... כי את שומעת בעולם דברים כאלה. אני ראיתי סרטים אנגליים. אולי ראית, יש המון סרטים, היה בערוץ 8, על אנשים שהתחרטו אחרי שנים. יש לי כבר מעקב של 25 שנה, כנראה שהזהירות הזו היא מאוד חשובה.

את מה שניתן לכנות "ההצלחה בסיכול החרטה" הדגיש בגאווה גם ד"ר קפלן בראיון בתוכנית הבוקר שהוזכר קודם לכן. לטענתו, "בשיטה שאנחנו אימצנו – אין לנו אף אחד שהתחרט". נשאלת השאלה האם יש צדק בדבריהם של חברי הוועדה ושיטתם אכן מונעת מצבים של חרטה? לפי מסמך שהוגש לוועדה לבחינת נוהל 39/86 מטעם משרד הבריאות באוקטובר 2008 על ידי נורה גרינברג, פעילה טראנסגינדרית ידועה, אחוזי החרטה

בעולם הם נמוכים מאד, וליתר דיוק, מחקרים רבים מראים כי אחוזי החרטה נעים בין אחוז לאחוז וחצי מהמנותחים (Pfäfflin, 1993). כך שניתן לטעון, כי אחוזי החרטה הנמוכים אינם תוצאה של מדיניות הוועדה, וכי הם ממילא נמוכים בכל העולם. אולם הרטוריקה של חברי הוועדה מתעקשת להעמיד במרכזה את סוגיית החרטה תוך התעלמות מנתונים סטטיסטיים. חבריה, על מנת להעניק צידוק לפעילותם, אף זונחים לעיתים את הידע המקצועי ובוחרים להתמקד במקרה הפרטי, כפי שעולה מהמשך דבריו אחד המרואיינים מן הוועדה:

אנחנו אומרים שזה משהו מורכב יותר מניתוח אף או ניתוח שדיים זה ניתוח שהוא לא הפיך בעיקרו ולמרות שהם מנפנים בסטטיסטיקות שאחוז המתחרטים הוא קטן, אני לא בטוח שטיבן של הסטטיסטיקות האלו... אני כבר הצלחתי לראות מישהו שעשו לו בנייה מחדש של פניס אחרי שהוא עבר ניתוח להיות לאישה.

לסיכום, חברי הוועדה, כפי שמשקף בראיונות עימם וכפי שעולה מניתוח נוהל 39/86, מבקשים להציב את עצמם כבעלי הסמכות והאחריות הבלעדיות לאבחון ולטיפול בטרנסגינדרים, תוך כדי ביטול סמכותם ואחריותם של הפונים הטרנסגינדרים והעמדתם בצל החרטה. מהלך זה מבטל את קיומם של הפונים כסובייקטים אוטונומיים לגופם, ונעשה תוך שימוש ברטוריקה המבקשת להטיל את מלוא האחריות והסמכות על הממסד הרפואי, הדגשת טובתו של הפרט וסימון הטרגדיה אשר עלולה להיווצר במצבים של "חרטה". תמה זו מצטרפת לזו הקודמת, שדנה בצימוד בין טרנסקסואליות ושיגעון, ושתייהן מעמידות את הסובייקט הטרנסגינדר כמי שאל לו להחליט החלטות על גופו שלו.

## תמה שלישית: המשולש הקדוש

התמות הראשונות אשר נדונו, שתיהן עוסקות במיקומו של הסובייקט הטרנסגינדר במסגרת המדיניות, שמותאמת לפרדיגמה שאותה כיניתי 'פרדיגמה מתקנת'. פרדיגמה זו רואה בטרנסקסואליות תחלואה, ובתוך כך הסובייקטים ה"חולים" אינם מסוגלים להחליט החלטות באשר לגופם ונזקקים למערכת הרפואית שתקבל החלטות אלה עבורם. נוסף על כך, הפרדיגמה מאפשרת בחירה בין אחת משתי הזהויות המוכרות – גבר או אישה – ללא זהות ביניים, כפי שעלה בפרק שעניינו סמכות ואחריות ובדיון במושג החרטה. התמה השלישית, שבה אדון כעת, גם היא ממשיכה את המגמה שבמסגרתה הסובייקט הטרנסגינדר ממוקם בתוך מדיניות מתקנת, להבדיל מזו התומכת; במילים אחרות: גם התמה השלישית מדגימה כיצד תפיסתו של הממסד ומדיניותו כלפי אנשים טרנסגינדרים נגזרות מתפיסת מיניות ומגדר הטרנוורמטיבית, כאשר רק סוג אחד של סובייקטיביות טרנסגינדרית מתאפשר. בתמה זו אדון בניסיון הממסדי לשמר סובייקטיביות המקיימת קוהרנטיות בין מין, מגדר ונטייה מינית.

א. מין = מגדר

כדי להציג את הביטויים השונים המצביעים על ניסיונה של הוועדה לשינוי מין לשמר את ההלימה המלאה בין מין ומגדר אתחיל בניתוח נוהל 39/86 תוך שימת דגש על מבנהו הליניארי. כך נכתב בנוהל:

לצורך הנחיות אלו, כ-TRANSEXUAL ייחשב אדם אשר עונה על הקריטריונים המקצועיים המקובלים והתקפים בתקופה הרלוונטית... ואלה התנאים החיוניים וההכרחיים לביצוע ניתוח שינוי מין:

- (1) המועמד חי בזהות המין הנגדי שאליו הוא מבקש להשתייך בעזרת הניתוח, לפחות במשך תקופה של שנתיים.
  - (2) לפני ביצוע ההתערבות הכירורגית, על המועמד לקבל טיפול הורמונאלי במשך תקופה שתיקבע על ידי הוועדה, בכל מקרה לגופו.
- שני הסעיפים משרטטים למעשה מבנה ליניארי לשינוי המגדר, שראשיתו באבחון, המשכו בטיפול הורמונאלי לפרק זמן, שאותו קובעת הוועדה, ותקופת חיים בזהות "המין הנגדי" שאליו הוא מבקש להשתייך, וסופו בניתוח לשינוי איברי המין. התהליך הליניארי, שעולה מן הנוהל, מוכר בספרות האקדמית ותואם לתבנית שמתאר גולדברג במחקרו, שעוסק בגישות שונות הנהוגות בקליניקות המטפלות בטרנסגינדרים (Goldberg,

2003). לטענתו הסללת תהליך ליניארי לשינוי מין אופיינית לפרספקטיבה הרפואית, שרואה בניתוח לשינוי המין אינדיקציה למגדר. התהליך הליניארי יוצר זיהוי מוחלט בין מין למגדר, ואינו מאפשר ריבוי זהויות או זהויות ביניים; הוא מגדיר דרך אחת לתהליך התאמה מגדרית, שסופה בניתוח איברי המין, כך שלעתים האדם הטראנסג'נדר נדרש ללכת "עד הסוף" ולנתח את איבר מינו, משום שלא מוצעת לו אלטרנטיבה אחרת ובטח לא כזו שבה זהותו תזכה להכרה ממסדית.

בראיון בתכנית הבוקר 'בריאות 10' בתאריך 18.6.2009 אמר ד"ר חיים קפלן:

ד"ר קפלן: אם עושים ניתוח למשל מגבר לאישה, אז אין הרבה הכנות כי לא צריכים להוציא איברים פנימיים. אבל אם עושים ניתוח מאישה לגבר, אז בדרך כלל מסירים להן את הרחם והשחלות, צריך להסיר את השדיים כהכנה לניתוח, ואז עושים את הניתוח עצמו. אחר כך, בדרך כלל, עושים להם עוד ניתוחים לפימיניזיישן למסקולוניישן, כלומר, אפשר ניתוח הגדלת שדיים, לתיקון אף, משנים להם קצת את המצח, משנים עוד איברים כדי לתת להם צורה שהיא יותר מתאימה למין שהם הפצים בו.

אפרת אנזל: כלומר, קודם כל עושים את הניתוח לשינוי מין ואחר כך מתחילים עם הקוסמטיקה, בעצם הניתוחים הפלסטיים?

ד"ר קפלן: זה אצלנו, זה לפי התקנות האלו, כי אנחנו יכולים לעשות את זה בעצם רק אחרי שמישהו הוגדר על ידי הוועדה כמתאים לניתוח...

ד"ר קפלן מתאר מצב, שבו נדרשים טראנסג'נדרים לעבור ניתוח לשינוי איברי המין לפני כל פרוצדורה כירורגית אחרת, כלומר ניתוח לשינוי איברי המין הוא הראשון והקריטי ביותר לקביעת הזהות; ממנו "יוצאים" לדרך. עדות נוספת לתפיסה זו אפשר למצוא גם בחלק השני של נוהל 39/86 בו מופיע: "טופס הסכמה לניתוח שינוי מין". על המועמד לחתום כי הוסברו לו פרטי הניתוח והסיכונים הכרוכים בו. במסגרת הפירוט נכתב כי " אין בניתוח זה אפשרות להביא לידי אורגזמה או לשינויים אחרים בהרגלים המיניים". כלומר, אין בנוהל ובטופס ההסכמה כל הבטחה או אפילו הכרה בחשיבות יצירת איבר מין מתפקד אלא אחד הדומה ויזואלית לאיבר המין המבוקש. הצהרה זו חושפת פעם נוספת, כי בראש מעיניה של הוועדה עומד הניסיון להתאים את המנותח לתפיסת המין = מגדר לפני צרכיו האישיים ו/או המיניים של המנותח או המנותחת.

למיצובו של ניתוח איברי המין כראשון במעלה משמעויות משפטיות וחברתיות נרחבות, שכן אנשים טראנסג'נדרים, שאינם מרגישים כמשתייכים לאחד מהקצוות המגדריים הבינאריים או שאינם מעוניינים בהתערבות כירורגית מסוג זה, אינם נכללים תחת הקטגוריה 'טראנסג'נדרים' מבחינת המדינה ומוסדותיה.

למשל, הם אינם זוכים להכרה משפטית במגדרם הרצוי ולשינוי המין בתעודת הזהות<sup>32</sup>, וזאת על אף שהם עשויים להזדהות כגברים או כנשים בדיבור, בלבוש ובלשון הפנייה (גרוס, 2005). יש להוסיף, כי ההחלטה לאפשר את שינוי המגדר רק לאחר שינוי המין היא כמעט אבסורדית בהתחשב בשינוי החיצוני, שמתבטא בעיקר במבנה הפנים או החזה המושפע ממבנה הורמונאלי, ולא בנסתר בתחתונים. את המצב האבסורדי הדגיש גם מאיר:

אם למשל את היית אומרת, אני רק רוצה לעבור ניתוח עליון, לא. אם את אישה טרנסית שרוצה לעבור רק ניתוח הגדלת שדיים, אין כזה דבר. הם מכריחים קודם כל לעבור ניתוח תחתון. מי שמע על דבר כזה? איך עוברים, עם התחתונים?

האבסורד מתבטא גם בספרות המחקרית אשר מראה כי למראה החיצוני ישנה השפעה גדולה יותר על בריאותם הנפשית של האנשים הטרנסג'נדרים, ביחס להשפעתה של צורת איברי המין (WPATH, 2011).

דוגמא נוספת לניסיון של הוועדה לשמור על הלימה בין מין למגדר, שעלתה מהראיונות עם טרנסג'נדרים שפנו לוועדה, היא השימוש בלשון הפנייה כסימון מגדרי. בעברית ישנו מספר רב של תצורות דקדוקיות המסמנות את המין. תצורות אלו מחולקות באופן בינארי לזכר ונקבה והן אינן מאפשרות לדובר השפה שלא לבחור באחד הקצוות. על כן, השימוש בהן אף פעם אינו ניטראלי אלא תמיד טומן בחובו אידיאולוגיה ויחסי כוח (ברשטלינג, 2008). בקרב הקהילה הטרנסג'נדרית, עניין זה מועצם אף יותר, ולשון הפנייה הופכת לכלי רב-כוח בידיו של האחד להגדיר את האחר.

בכל הראיונות שערכתי עם המרואיינים הטרנסג'נדרים, עלתה כתמה מרכזית ההתעקשות ללשון פנייה לפי המין הביולוגי מצד חברי הוועדה. כך, למשל, מתארת זאת אנסטסיה בת ה-28, שעברה את התהליך כולו ונותחה ניתוח לשינוי מין בתל השומר:

למרות שהייתי כבר שנה ומשהו בתהליך שלי ומשהו כמו שנה כבר חייתי במגדר שלי והכול, הגעתי לוועדה והיחס שקיבלתי – כאילו לא התחלתי כלום, קיבלתי יחס פנייה בזכר... אני מגיעה, מציגה את עצמי איך שאני והכול, ופונים אליי, מדברים אליי, כותבים עליי בזכר. מבחינתי כבר התחלתי את החיים שלי

<sup>32</sup> ראו בהקשר זה נוהל משרד הפנים (משרד הפנים, 2009).

כאישה. בגלל הכניסה לוועדה, בגלל הידע שלהם, אני תמיד אומרת את זה, בגלל שהם יודעים שבן אדם עובר מפה לשם, אז... משתמשים ב"פנייה הישנה" נקרא לזה.

אנסטסיה מביעה מורת רוח בעקבות ההתעקשות על לשון הפנייה בהתאם למין הביולוגי. היא מתארת תחושות תסכול הנובע מחוסר ההכרה של חברי הוועדה בתהליך שעברה להתאמת מבע המגדר לתחושותיה הפנימיות. היא אף מוסיפה ומקשרת בין לשון הפנייה לעמדת הכוח של חברי הוועדה, שמנצלים לרעה את הידע הניתן להם מתוקף תפקידם.

דברים דומים עולים גם מדבריו של מאיר, בחור טרנסג'נדר מצפון הארץ, שביקש להקריא בפני את אחד המכתבים שקיבל מבית החולים כדי שאיווכח ללשון הפנייה המנוסחת בו:

זה התאריך שבו קיבלתי את האישור של הוועדה, שנמצאתי מתאים לעבור אותה. אני אשמח להקריא לך את זה, תקשיבי. הנדון: מאיר... היום, בתאריך X התאספה הוועדה לשינוי מין לדבר על התאמתה [ההדגשות נמצאות בדיבור] לניתוח הנ"ל מנקבה לזכר. לאחר מעקב של למעלה משנתיים חברי הוועדה החליטו כי הנ"ל מתאימה לעבור את הניתוח לשינוי מין. את התאריך לניתוח כריתת הרחם ושינוי המין **תקבל** הנ"ל בזמן הקרוב.

השימוש בלשון פנייה שאינה תואמת את תחושותיו של הסובייקט מעיד על חוסר קבלה והכרה בזהותו וגורמת לעלבון (ברשטלינג, 2008), והביאה פעילים טרנסג'נדרים לאורך השנים לנסות ולשנות את המצב. תמרה, פעילה חברתית מזה כמה שנים בקהילה הטרנסג'נדרית, סיפרה אודות אחד מהניסיונות הללו:

הייתה לנו פעם אחת פגישה לפני חמש וחצי שנים... המתנדבות באגודה, מתנדבות טרנסיות עשו פגישה עם דליה [גלבוע]... ניסו להבין למה היא פונה לפי המין ולא לפי המגדר ולמה היא מתעקשת על זה, והיא אמרה כמה פעמים וגם בהזדמנויות אחרות, כאילו זה לא חוקי לפנות לפי משהו שהוא לא במין. ואין שום דבר כזה, אין שום חוק.

לשון הפנייה היא עדיין בבחינת זירת מאבק על הכוח להגדיר את הסובייקט, כאשר ידו של הממסד הרפואי על העליונה, שכן הוא המחזיק בטכנולוגיות הרפואיות. עד היום, המעבר הלשוני מתאפשר רק לאחר סיום התהליך כפי שהגדיר אותו הנוהל הרפואי, כלומר רק לאחר שינוי איברי המין. יש להוסיף, כי הפנייה לפי המין הביולוגי אינה רק מסמנת את כוחו של הממסד הרפואי להגדיר, אלא גם מעידה על התפיסה הדיכוטומית המנחה אותו, לפיה המעבר בין הקטגוריות הלשוניות מתאפשר אך ורק לאחר ביצוע ניתוח שינוי איברי המין.

המגדר מכונן את עצמו במבע המגדרי, או, כפי שטוענת באטלר, לא קיים במגדר גרעין אונטולוגי שבא לידי ביטוי במחוות ביצועיות, אלא המגדר עצמו מיוצר באופן תמידי על ידי חזרה על המחוות הגופניות (Butler, 1999). מהראיונות עולה כי רבים מן הסרנסג'נדרים שפנו לוועדה חשו בציפיות הגבוהות של חבריה למבטי גוף ונפש, כדוגמת סגנון לבוש, תנועות גוף ותכונות טיפוסיות, התואמים למגדר המבוקש. תחושה זו מעידה על כך, שלמסד הרפואי ישנה סכמה בינארית ברורה וידועה מראש לדמותו של ה'גבר' ולדמותה של ה'אישה', והיא עולה בקנה אחד עם טענתה של עמליה זיו, כי מה שמנחה את המודל הרפואי הישראלי במתן אישור לניתוח שינוי מין הוא "יציבות מגדרית והתאמה למודל המסורתי של נשיות או גבריות" (זיו, 1999, עמ' 403).

אנסטסיה, המרואיינת שהזכרה קודם לכן, אושפזה בצעירותה בבית חולים פסיכיאטרי בצפון הארץ בשל שונותה המגדרית ולאחר שניסתה להתאבד. כעבור שמונה חודשי אשפוז היא שוחררה, כשבידה, להגדרתה, 'אישור מפסיכיאטר' להיותה טרנסקסואלית. עם 'אישור' זה היא ניגשה כעבור ארבע שנים לרופא המשפחה, שהפנה אותה לתל השומר. אנסטסיה הגיעה לראשונה לפסיכולוגית של הוועדה בתל השומר בשנת 2003, בהיותה בת עשרים. לאחר שמונה שנים נותחה ניתוח לשינוי מין. את חוויותיה מול אותו הפסיכיאטר שנתן לה את ה'אישור' תיארה במונחים של שכנוע – למשל, "שכנעתי אותו לתת לי את האישור"; ואותם ביטויים חזרו גם כשתיארה בפניי את המפגש הראשון עם הפסיכולוגית דליה גלבווע בוועדה לשינוי מין: קבעתי פגישה בגיל 20 עם דליה גלבווע והבנתי שאני צריכה להתחפש, כי לא לקחתי הורמונים, אבל הייתי צריכה להוכיח לה שאני אישה.

כששאלתי אותה מדוע חשבה שהיא צריכה להתחפש, ענתה:

הבנתי. כי הוא אמר לי, הרופא, את הולכת לשם, מדברת עם איזה פסיכולוגית קלינית והיא בעצם רוצה לבדוק עד כמה את מתאימה לכזה ניתוח. כששמעתי את המילה ניתוח באותו רגע באוזן שלי הייתי באיזו שהיא אקסטאזה מטורפת כי הפסיכיאטר שהייתי אצלו אמר לי שאין כזה דבר! ואמרתי – זה כל מה שרציתי, זה כל מה שכל כך חלמתי עליו! אז עשיתי את כל התהליך ורציתי כמה שיותר לזרז את העניינים, אז אני כבר התלבשתי (כאישה) ועשיתי אלף ואחד דברים וסיפרתי שאני חיה ככה כבר הרבה זמן ורוצה לעשות את השינוי.

אנסטסיה למעשה מתארת את המפגש עם חברי הוועדה כמפגש בו הייתה צריכה להציג מבע מגדרי מסוים כדי לקבל את האישור המבוקש. הוועדה לשינוי מין בתל השומר היא בבחינת 'שומרת סף' (gatekeeper), שכן



מערכת הבריאות היא השולטת על דרכי הגישה לטיפולים הרפואיים הנדרשים ומטרתה המוצהרת היא להבחין בין 'טרנסג'נדר אמיתי' לבין כזה עם הפרעת זהות מגדרית פחותה (Speer & Parsons, 2006). הניסיון לסינון מאלץ את המועמדים להציג את ה"תשובה הקלינית הנכונה" בפני הגורמים הרפואיים בכדי לקבל המלצה לניתוח (Lev, 2009 ; Speer & Parsons, 2006 ; Stone,1991). בתוך כך, אנסטסיה, על מנת להיפך ל'טרנסג'נדרית אמיתית', נדרשת לביצוע פרקטיקות פרפורמטיביות, שיעידו עליה ככזו.

הפרקטיקות הביצועיות הנדונות אינן מתקיימות רק בשדה המגדרי, אלא במנגנונים בירוקראטיים רבים ובייחוד אל מול שומרי סף. מחקרם של שארמה וגופטה בחן פרקטיקות יומיומיות בניסיון להבין את הכלי הבירוקראטי של מוסדות המדינה. לטענתם, המבנה של אוטוריטה בירוקרטית תלוי בחזרתיות על פעולות של פרקטיקות יומיומיות (Sharma & Gupta, 2006). פרקטיקות אלו הן ביצועיות במובן הבאטלריאני של המילה, כלומר במקום לשקף מדיניות הן מכוננות מדיניות בעצם הפעלתן החוזרת ונשנית. מכאן ניתן לטעון, שאין גרעין אידיאולוגי אונטולוגי בפעילותה של הוועדה לשינוי מין, אלא שהיא מייצרת פרקטיקות רצויות ולא-רצויות כחלק מתהליך הבירוקרטיזציה שלה. מתוך נקודת מבט זו על המנגנון הבירוקרטי, ולא דווקא מתוך עמדה אידיאולוגית ביקורתית, הרי שוועדות מדינתיות, רק מעצם טבען החזרתי ולא בשל אגינדה ברורה וקוהרנטית, מייצרות מחוות מגדריות רצויות ופרקטיקות ביצועיות, שאליהן מחויבים ה'צרכנים'.

הטענה בדבר כינון באמצעות חזרה ובדבר חזרה באמצעות כינון נוגעת גם לטענה בדבר אופייה המעגלי וחסר היסוד של אבחנת ה-GID (Gender Identity Disorder). מחקרים שונים בתחום מראים כי בעוד תפקידו של הממסד הרפואי לאבחן מי הוא טרנסקסואל אמיתי, אבחנת ה-GID מעמידה מורכבות גדולה יותר: האבחנה עצמה נוצרה באמצעות מודל רפואי המבוסס על סטריאוטיפים בדבר גברים ונשים, והאבחון עצמו נקבע על ידי ניתוח נרטיבים סובייקטיביים של מטופלים. לפיכך, מטופלים מחפשים באופן טבעי את התשובה אותה מחפשים הרופאים, ועצם החזרה על נרטיב קבוע ואחיד מחזקת את המודל הרפואי שנכתב מלכתחילה, ומייצרת ציפייה לתגובה אחידה מן הרופא (Barker, 2008). כלומר, נוצר מעין מעגל קסמים: חברי הקהילה הטרנסג'נדרית מבקשים להתאים את הנרטיבים האישיים לקריטריונים של האבחון בספרי הפסיכולוגיה, והמטפלים ממשיכים לשמוע את אותן התשובות ומחזקים את אמות המידה הסטריאוטיפיות הכתובות בספרי האבחון.

הטרנסגינדרים העומדים בפני המססנת של הוועדה נדרשים להציג מבע מגדרי תואם ויציב, ללא מקום לחשש או להתלבטות. אומרת אנסטסיה :

כל האמת שאני יכולה לספר לך על דליה גלבונו, שאת מגיעה אליה רק במטרה לקבל את האישור לניתוח, האישור המיוחל והמיוחד ושיגיד לך – התקנת וואגינה. אבל את לא יכולה באמת להיוועץ איתה, לא יכולה לספר לה מה עובר עלייך, כי את צריכה להגיע הכי בריאה בנפשך ולהגיד לה "אני בסדר"... גם אם היו לי התלבטויות להתחרט או לא להתחרט, לא יכולתי לספר לה את זה כי אני רוצה לקבל אישור לניתוח.

גם בראיונות האחרים עלתה תחושה דומה. מאיר, גבר טרנסגינדר בן 32 מצפון הארץ, סיפר :

התפקיד שלה [פסיכולוגית הוועדה] לא ללוות, התפקיד שלה לאבחן. אנשים מסבירים לה, "את יודעת שאנשים לא כנים איתך בגלל הדעות שלכם". היא אומרת "כן, אבל אף אחד לא יכול לשקר באופן עקבי, אין מצב". זין בעין. אני הייתי הטרוסקסואל מאצ'ואיסט גברי, והכול היה מצוין יופי טופי איתי. גם כשהייתי בהתקפי חרדה ובקושי יכול לעמוד על הרגליים שלי. היא לא יודעת מהחיים שלה. אני אולי שקרן טוב, אבל היא לא יודעת מהחיים שלה.

יש לציין, כי תחושה זו – תחושתו של המטופל כי מוטלת עליו האחריות לשכנע את המומחה – אינה בלעדית למחקר זה, וזו נדונה בעבר בספרות הבינלאומית (ראו לדוגמא: Speer & parsons, 2006; Lev, 2009; Stone, 1991), וכן בעבודתה של רייכרט על חוויותיהם של טרנסגינדרים ישראלים במפגש עם המערכת הרפואית (רייכרט, 2012).

מהי התחושה העולה מצד המומחה בהקשר הנדון, ביחס למערכת הציפיות הסמויה המתקיימת בינו לבין המטופל? בראיון עם אחת מחברות הוועדה עלו הדברים הבאים :

מה את חושבת? שהכול אומרים אמת? בטח שלא, מה פתאום. אין לי ציפייה כזאת, שיגידו הכול. יש אנשים שמאוד מייפים את הדברים, מאוד. אני אפילו כותבת על זה בתיק, שהכול נפלא. מה זה הכול נפלא? הם מאוד הגנתיים, מאוד. אוקיי, אבל טוב, אני יכולה לראות מי טרנסקסואל ומי לא. מי באמת ירוויח מניתוח או שצריך לשלוח אותו, לא להשלוח אותו. זה שהוא מספר לי סיפורים שהוא תמיד מאושר? יש בחיים אנשים כאלה שעובדים על עצמם ועל כל העולם.

מדבריה של חברת הוועדה עולה תמונה דומה לזו שהצטיירה מדבריהם של חברי הקהילה הטרנסגינדרית, אולם חברת הוועדה אף מוסיפה, כי על אף המאמץ שנעשה להציג בפניה את 'התשובות הנכונות', ביכולתה לזהות מי דובר אמת ומי דובר שקר; ולמעשה, כנגזרת של תפיסה זו, ביכולתה לזהות מיהו טרנסקסואל

אמיתי ומיהו מתחזה. וכך, פעם נוספת, נראה כי ישנה רק דרך אחת בעלת קריטריונים ברורים וקוהרנטיים להתאמה מגדרית, ובדרך זו צועד הטרונסגינדר האמיתי; לעומת זאת, כל מי שמבקש לסטות מן הדרך הזו ולחרוג מזהות ידועה מראש, נתפס כמתחזה. אי לכך, מהסובייקט נלקחת האפשרות לגבש את זהותו שלו, ולעיתים הוא אף עובר פרוצדורה כירורגית שלא רצה בה, רק משום שאלטרנטיבה אחרת לא יכולה לעלות על הדעת.

בהקשר זה, ברצוני לציין שאני מוצאת דמיון רב בין המבע המגדרי לבין פרויקט הגיור הממלכתי, שכן חציית המגדר נתפסת ממש כחדירה לקהילה סגורה והומוגנית המקיאה ממנה את המתחזים. בדומה לחברי הוועדה לשינוי מין, שומרי הסף בפרויקט הגיור הממלכתי, דהיינו הרבנים הניצבים לברור את המועמדים, דורשים מהאחרונים לעמוד בקריטריונים נוקשים על מנת להוכיח את יהדותם ואת כוונתם ה'אמיתית' לשמירת המצוות והדת היהודית. בעבודתה על פרויקט הגיור הממלכתי בישראל, מראה ד"ר מיכל קראבל-טובי כיצד מתקיימות פרקטיקות התחזות מצד המבקשים להתגייר, כשהם באים בפני שומרי הסף כדי לזכות בכרטיס הכניסה המבוקש (קראבל-טובי, 2009). שתי הוועדות אמנם שונות בתכליתן ובהיקפן, אך יש ביניהן דמיון רב, למשל בדרישות הנוקשות לשמירת מצוות ממבקשי האזרחות לעומת חוסר הדרישה לשמירה על מצוות באוכלוסייה הכללית ובקרב יהודים שנולדו יהודים; באופן דומה, הפונים לוועדה לשינוי מין נדרשים לעמוד בציפיות מגדריות סטריאוטיפיות, למרות קיומה של קשת רחבה יותר של מבעים מגדריים באוכלוסייה הכללית.

#### ג. תשוקה מינית הטרוסקסואלית

בנוסף לחיבור הדטרמיניסטי בין מין למבע מגדרי, עלו בראיונות עדויות גם לצלע השלישית של המטריצה – התשוקה המינית. העדויות המצביעות על הציפייה של הוועדה לשימור המטריצה המשולשת עולות בקנה אחד עם טענתו של דני בעבודתו על מודלים ביחס לטרנסגינדרים, לפיה הממסד הרפואי מבקש לשמר את הדיכוטומיה המגדרית ולהפוך את 'בוגרי התכנית' להטרוסקסואלים למופת (Denny, 2004). על אף שמוטיב התשוקה המינית ההטרוסקסואלית עלה פחות ביחס למוטיבים האחרים, כמה מן המרואיינים ציינו, כי הם קיבלו את התחושה שחברי הוועדה מצפים שעם השינוי המגדרי תישמר הקוהרנטיות בין המגדר לבין התשוקה המינית, כלומר זכר עם מבע גברי ימשך לנשים ונקבה עם מבע נשי תימשך לגברים. יתרה מזאת,

המרואיינים הביעו חשש כי כל חריגה מהנטייה ההטרסקסואלית הרצויה תביא לעיכוב במתן האישור הרפואי.

כך, למשל, עלה מהראיון עם מאיר, גבר טרנסגינדר :

אתה צריך להגיד שהכול יפה והכול מהמם, ולהסביר אם אתה לא בזוגיות למה, ואם אתה בזוגיות עם גבר [הדגשה שלי] אז להסתיר את זה.

גם תמרה, אישה טרנסגינדרי, הצביעה על אותה נקודה :

היא כן שאלה אותי על זוגיות, פה, שם, וסיפרתי שאני נמשכת לנשים. לא הסתרתי את זה, למרות שהיה דיבור כזה שאם את טרנסית לסבית כדאי שתסתירי את זה כדי שלא יעשו לך בעיות עם האישור.

אולם ידוע כיום שאנשים טרנסגינדרים יכולים להיות בעלי משיכה מינית מגוונת – הטרסקסואלית, הומוסקסואלית, לסבית, ביסקסואלית, פאנסקסואלית<sup>33</sup> או א-מינית – ללא קשר למינם ולזהותם המגדרית (Bullough, 2000), כפי שיעידו חלק מהמרואיינים במחקר זה. עם זאת, המרואיינים במחקר זה הדגישו את הפליאה בה הם נתקלים כאשר הם אומרים שנטייתם המינית אינה הטרסקסואלית, ואף הם נשאלים לא אחת מדוע ערכו את השינוי אם היו בעלי משיכה הטרסקסואלית טרם השינוי. הציפייה להטרסקסואליות – שגבר מלידה או שגבר טרנסגינדר יימשך לאישה, ושאישה מלידה או אישה טרנסגינדרי תימשך לגבר – גם היא מקורה בפיקציה של הקוהרנטיות ההטרסקסואלית ובתפיסה כי מין, מגדר ונטייה מינית קשורים קשר הדוק ובלתי ניתן להתרה. בהקשר זה, ראוי לציין את טענתה של זיו (1999) ביחס לזמרת דנה אינטרנשיונל. לדידה, אינטרנשיונל הצליחה לשבור את גבולות השיח המגדרי, משום שלאחר שינוי המגדר היא המשיכה להגדיר את עצמה כחלק מן הקהילה הגאה; וכך היא גם הצליחה לשבור את ציפיות הממסד הרפואי, שתהפוך באמצעות שינוי המין מגבר הומוסקסואל לאישה הטרסקסואלית. לעיתים ובמדינות מסוימות, הציפייה מצד הממסד לשמור על הקוהרנטיות ההטרסקסואלית חזקה כל כך, עד שהיא מיתרגמת לדרישה מהאדם הטרנסקסואל הנשוי להתגרש כחלק מתהליך ההתאמה המגדרית<sup>34</sup>.

לסיכום, כפי שעולה מן הממצאים, הוועדה לשינוי מין בתל השומר מבקשת במדיניותה ובפעילותה להמשיך ולשמר את הקוהרנטיות בין מין, מגדר ותשוקה מינית. מדיניות זו היא בבחינת שלוחה של הפרדיגמה המתקנת, שרואה בטרנסקסואליות תחלואה, כאשר יש להחזיר את ה"סוטים" אל ה"מוטב", תוך הסללת דרך

<sup>33</sup> נטייה מינית המאופיינת במשיכה כלפי אנשים ללא קשר לזהות מגדרית או למינם הביולוגי.

<sup>34</sup> דרישה זו קיימת למשל ב-Gender Recognition Act 2004 באנגליה.

"נורמטיבית" אחת והצבת קריטריונים נוקשים לאורכה. מדיניות זו תומכת בטעונים תיאורטיים שהועלו כחלק מתיאוריות פמיניסטיות ניאו-מרקסיסטיות ותיאוריה קווירית. תיאוריות אלו, דנות בקטגורית המגדר כקטגוריה אשר באמצעותה ניתן לכונן ולשמר מבני כוח (ראו לדוגמא: Mackinnon, 1989; ריץ', 2003). ג'ודית באטלר, ביקשה להרחיב את המונח הטרוסקסואליות והראתה כיצד מוסדות חברתיים שונים מפעילים משטור מגדרי, ומבקשים לכונן את מה שהיא מכנה, 'הפיקציה של הקוהרנטיות ההטרוסקסואליות' (גרוס וזיו, 2003), פיקציה זו, פירושה יצירת הלימה בין המין למגדר למושא התשוקה המינית, כשכל המוסדות מוכוונים לשימור המטריצה.

בחלק זה של המחקר הצגתי כיצד במסגרת ניסיון זה, מבקשת הוועדה לשמר את ההלימה בין מין, מגדר ונטייה מינית, תוך סימון הניתוח לשינוי איבר המין כקריטי (כפי שבא לידי ביטוי, בין היתר, בלשון הפנייה ובהגדרת הזהות המשפטית לפני הניתוח ואחריו), הטלת חשד ב"אמיתותו" של האדם הטרונסגינדר, או החשש לאי-קבלת האישור המבוקש של כל אדם הפונה לוועדה, שייתפס כמי שחורג ממבע מגדרי תואם סטריאוטיפים או מנטייה מינית הטרוסקסואלית רצויה.

## תמה רביעית: דרכים עוקפות ועדה

עד כה עסק הדיון בשלוש תמות – צימוד בין טרנסקסואליות לשיגעון, סמכות ואחריות בצל החרטה והמשולש הקדוש – אשר משתייכות לפרדיגמה המתקנת, שמטילה את האחריות על מיון, סיווג וטיפול במועמדים על המדינה ועל הממסד הרפואי הישראלי הכפוף לה. יש לציין, כי במסגרת הפיקוח המגדרי מדינת ישראל מעניקה מימון לרוב הפרוצדורות הרפואיות עבור אנשים טרנסגינדרים המטופלים על ידי הוועדה בתל השומר. בחלק זה של המחקר, שעוסק בדרכים אשר עוקפות את הוועדה בתל השומר, אבקש להציג זווית ראייה נוספת או הגיון אחר המנחה את התהליך לשינוי מגדרי – הלוא הוא ההיגיון הנאו-ליברלי. ההיגיון זה מאפשר לבעלי אמצעים לקנות שירותי בריאות, ולמעשה מאפשר לאנשים טרנסגינדרים לעקוף את הוועדה בתל השומר, באת כוחו של הממסד הרפואי הישראלי; נוסף על כך, ההיגיון זה מאפשר לאנשים טרנסגינדרים לפרוץ את הפרדיגמה המתקנת ולזכות בטיפול הנגזר מפרדיגמה אחרת – הפרדיגמה התומכת.

הכנסת ההיגיון-הנאו ליברלי לניתוח מוסף מימד המאפשר התבוננות על האנשים הטרנסגינדרים כשחקנים פעילים בשדה, וזאת לעומת הצגתם בתמות קודמות כשחקנים פסיביים עליהם 'מופעלת' מדיניות. על מנת לדון בדרכים העוקפות את הוועדה, אבקש לחלק את התמה לשני חלקים: החלק הראשון יעסוק בשימוש בהון כלכלי ככלי עוקף ועדה, והחלק השני יעסוק בשימוש בהון חברתי ככלי שכזה. לצרכי הדיון, אשתמש במושגיו של הסוציולוג הצרפתי פייר בורדיה. בעבודתו, הציג בורדיה את המושג 'הון' והרחיב אותו אל מעבר למשמעותו הכלכלית; כלומר, מלבד צורתו החומרית, קיימות צורות אחרות של 'הון', כדוגמת הון חברתי. הון חברתי הוא מושג המתאר את הקשרים החברתיים בהם אדם לוקח חלק, קשרים המבוססים על קשר בין אנשים, על הדדיות ואמון, ולא על סמך בסיס כלכלי בלבד. קשרים אלו, טוען בורדיה, יכולים להיות מתורגמים לכדי סוגי הון נוספים ולשעתק בעלות עליהם (Bourdieu, 1986). מושגים אלו יסייעו לי בדיון בשתי צורות ההון העומדות במרכז חלק זה, שהן, כאמור, הון כלכלי והון חברתי.

### א. שימוש בהון כלכלי

מהראיונות אשר ערכתי עם אנשים טרנסגינדרים לצרכי מחקר זה, עלה כי על אף האיסור לביצוע ניתוחים לשינוי איברי המין באופן פרטי במדינת ישראל, פרוצדורות רבות אחרות – כירורגיות ו/או הורמונאליות – אפשריות במסגרת הפרטית, ואמנם, חלק מהאנשים הטרנסגינדרים בוחרים לבצע בגופם. טרנסגינדרים אחרים בוחרים שלא לבצע פרוצדורות ושינויים בגופם כלל וכלל, ממניעים כלכליים או בעקבות תחושת

שלמות עם גופם או חלקים ממנו כמו שהוא. ואכן, מחקרים שנעשו בתחום מראים כי קיימת שונות גדולה בין האנשים הטרוסגינדרים בשימוש בטכנולוגיות הרפואיות (ראו לדוגמא: Bockting & Goldberg, 2006).

לצד האנשים הטרוסגינדרים אשר בוחרים להשתמש בשירותים הפרטיים השונים הקיימים בישראל, יש הבוחרים לבצע ניתוח להתאמת איברי המין – ניתוח שביצעו בישראל במסגרת פרטית נאסר, כאמור – במדינות המאפשרות ניתוח מסוג זה באופן פרטי, כגון תאילנד וארה"ב. דוגמא טובה לכך הוא המקרה של תמרה. תמרה הגיעה לוועדה בתל השומר בפעם הראשונה בשנת 2005, לאחר שחיה כאישה מעל לשנה וחצי ונטלה הורמונים באופן קבוע. כאשר הגיעה לוועדה, היא החלה את התהליך מראשיתו, כאילו לא נטלה הורמונים מעולם, ונדרשה להיות במעקב ולחיות מעתה שנתיים במגדר אליו ביקשה להשתייך, בהתאם לנוהל 39/86. במהלך תקופה זו, החליטה תמרה לבצע את הניתוח לשינוי איבר המין במרפאה בתאילנד, ולא בבית החולים 'שיבא'. כך היא סיפרה בראיון שערכתי עימה:

כשכבר התחלתי לטפל בכל העניינים, להגיע לחו"ל, נגמרו השנתיים. אני מחכה רק לוועדה הזאת מצד אחד, מצד שני כבר התחלתי לקבוע לי את הניתוח בחו"ל. אבל אמרתי, אני עברתי את כל זה, אני אהיה בוועדה ואני אקבל את האישור. אני רוצה את זה בכתב גם אם לא אקבל את זה פיזית. הגעתי למצב שהכל קבוע כבר, מוכן, מתוכנן, כרטיסי טיסה נקנו, הכול קבוע והתאריך שקיבלתי לוועדה היה שבועיים לפני התאריך של הניתוח בתאילנד. בואי נגיד שבוע לפני הטיסה בערך. אז זה בצחוק, הם לא צריכים לדעת מזה, ואמרתי, לא רוצה לסכן את זה, אז אני מגיעה לשם ואני יותר צוחקת לעצמי בפנים. הם נהנים, איזה יופי, אני מקבלת את האישור אצלם. אבל אני יודעת שעוד לפני שהם יתנו לי תאריך לניתוח שלהם אני כבר אהיה בחו"ל לעבור את הניתוח שלי, אז היה משעשע. ואז חזרתי לארץ והחלמה והכול, ורק אז קיבלתי את התאריך לשנה אחרי. אם הייתי אמורה לעבור את הניתוח בארץ, אז התאריך שקיבלתי, במידה והוא לא היה משתנה מסיבות שונות שיכולות לקרות, היה קורה שלוש וחצי שנים מתחילת הוועדה, או בואי נגיד ארבע וחצי שנים או כמעט חמש מתחילת התהליך שלי. נוראי. זה לא שנתיים וניתוח. שנתיים ואז מחכים לתאריך לניתוח.

כפי שעולה מהציטוט של תמרה, תהליך לשינוי מין, שנעשה דרך הוועדה בתל השומר, עלול לארוך זמן רב, שכן מלבד השנתיים הקבועות בנוהל מרגע הגעת הפונה לוועדה, הניתוח עצמו עשוי להתעכב במשך למעלה משנה גם לאחר מתן האישור הדרוש לביצועו. זמן ממושך זה, מביא פעמים רבות אנשים טרוסגינדרים, שנמצאים במצוקה גדולה מאד מול גופם, למצבים של חוסר ברירה, כך שלעיתים קרובות הם מעדיפים לשלם מחיר גדול עבור ניתוח לשינוי מין במדינות אחרות בעולם. יש לציין, כי מלבד ההוצאות הגבוהות על הניתוח עצמו, המבקשים לעבור ניתוח במדינות אחרות, כגון תאילנד או ארה"ב, נדרשים לשלם כספים רבים על הוצאות

הטיסה, שהייה אשפוז, וכמו כן עבור כל ביקורת תקופתית או טיפול בסיבוכים אפשריים, אשר מצריכים נסיעה נוספת.

חברי הקהילה הטרנסג'נדרית משתמשים בהון כלכלי לא רק בשביל ניתוח לשינוי איברי המין, אלא גם עבור ניתוחים אחרים, כגון, ניתוחים בפלג הגוף העליון, בפנים ובצוואר. למשל, בשביל שירן, בת 26 מצפון הארץ, הבחירה לבצע הגדלת חזה בטרם החלה את התהליך דרך הוועדה בתל השומר נבעה בעיקר משיקולים שנגעו לזמן ההמתנה, שכן שירותים אלו סופקו במסגרת הוועדה אך ורק לאחר אישורה ובסוף מעקב בן שנתיים.

כל כך כבר רציתי לצאת עם עצמי, שללכת עם חזיות מרופדות וכל הדברים האלה, זה נראה לי תחפושת. רציתי להיות מי שאני באמת. ואני ידעתי שזה הליך מאוד ארוך. לקחתי הלוואה מהבנק שהיה לי מאוד קשה לעמוד בה, וזה היה תשעת אלפים שקלים.

שירן העדיפה אפוא לשלם מחיר כלכלי קשה ולבצע ניתוח להגדלת חזה במרפאה פרטית. מדבריה עולה מצב, שבו חוסר הברירה הוא שמסתתר מאחורי האפשרות הציבורית לשינוי מגדרי. בדומה לשירן, גם אנסטסיה, בת 28, לשעבר מצפון הארץ, ביצעה ניתוחים להגדלת חזה ול"תיקון אף" עוד לפני שניגשה לוועדה. בראיון שערכתי עימה, היא ציינה סיבה נוספת לביצוע הניתוחים הללו באופן פרטי, מלבד הסיבות הנוגעות לזמן ההמתנה, והיא איכות השירות שקיבלה:

עברתי ניתוח אף והגדלת חזה בפרופורציה במרפאות פרטיות. הרופא הוריד לי את התחבושות והסביר לי כל דבר וכל פרט, ומה הוא הולך לעשות לי ולמקם לי את החזה ואיך עושה את הניתוח אף... הסביר הכול בצורה הכי מלאה שאפשר, תופעות לוואי הכול מא' עד ת'. הרופא בתל השומר לא מסביר. הוא אומר, יש עור, אין עור. כאילו מה אני אמורה להבין מזה? אתה הולך להשאיר אותי בלי וואגינה? עם וואגינה? אתה לא יודע מה אתה הולך לעשות?

אנסטסיה, אם כן, בחרה לבצע את השינויים בגופה במקום שבו תזכה ביחס מכבד ומסביר פנים. ניתן לטעון, כי ההבדל בין שירותים פרטיים לשירותים ציבוריים הוא ברור מאליו, אינו בלעדי לתחום השינוי המגדרי, ומובן שאלה המשלמים מכספם זוכים לטיפול איכותי יותר. אולם, כפי שעולה מהראיונות, רבים מהפונים מרגישים כי אין להם ברירה אחרת מלבד לשלם את הכספים עבור שירותים פרטיים; כלומר, איכות השירותים הציבוריים היא כה ירודה, שהפנייה לשירותים הפרטיים אינה נתפסת כפריווילגיה, אלא כמעט כהכרח. ובכל זאת, בשורה התחתונה ומבחינה חומרית, הפנייה לשירותים הפרטיים היא פריווילגיה, משום שמי שנזקק לשירותים הציבוריים ולוועדה הוא מי שידו אינה משגת. למשל, את ליאור, גבר טרנסג'נדר בן 27, פגשתי יומיים לפני הניתוח הראשון בסדרה ארוכה של ניתוחים לשינוי איברי המין דרך הוועדה בתל השומר.



ליאור גולל בפני את סיפורו הארוך עם הוועדה, סיפור שהחל חמש שנים קודם לכן, וציין כי את ניתוח החזה ביצע באופן פרטי כמו רבים אחרים, בעוד שהחלטה לעבור את הניתוח הנוכחי דרך הוועדה נכפתה עליו, שכן אין בידו הון כלכלי מספיק כדי לרכוש את השירותים הללו במדינה אחרת. אומר ליאור:

יש אפשרות לעשות את זה בגרמניה אבל זה עולה מאה אלף דולר. אני עכשיו נוסע עם איזה מישהו לגרמניה, ללוות אותו, וזה עולה מאה אלף דולר... זה מרתיע שהם מחזיקים את האנשים בביצים עם הכסף. מי שיש לו כסף הולך ועושה בחו"ל.

הנקודה האחרונה, שאליה אבקש להתייחס בעניין ההון הכלכלי ככלי עוקף ועדה, נוגעת לאפשרות לרכוש טיפול פרטי בתוך כותלי בית החולים תל השומר, כלומר טיפול בעל אופי תומך. חברי הוועדה, אפילו הם בעצמם נוקטים בפיצול, ומעניקים לאלו המשלמים מכספים 'הליך מזורז' אשר עוקף את ההליך האיטי של הוועדה. כך, למשל, מתאר מאיר בן ה-32 את המפגש הראשון שלו עם ד"ר קפלן, מנתח הוועדה, בשנת 2008 בתל השומר:

אני קיבלתי ממנו מסר מאוד ברור, שהוא מאוד ישמח לנתח אותי באופן פרטי ניתוח עליון, כי הוא הבין שזה נורא לחוץ לי ונורא דחוף לי. מצד שני הוא ידע יפה מאוד שאם אני אחכה שנה וחצי, אז הוא יעשה את זה בעצמו ולא ירוויח מזה שקל. בגלל המצוקה שהרגשתי מהחזה העליון, אז באמת הלכתי לעשות את הניתוח העליון אצל קפלן באופן פרטי.

גם בראיונות שערכתי עם חברי הוועדה מצאתי עדויות לפיצול הנדון. על אף שבשום חלק בראיון לא הצהיר אחד מחברי הוועדה באופן מפורש כי הוא עושה שימוש בפיצול זה לטובתו, נראה כי חבריה בהחלט מודעים לשתי האפשרויות ולרווחים שבחובן, ואף מעודדים ביצוע פרוצדורות להתאמה מגדרית באופן פרטי. כך, למשל, נאמר לי בראיון עם אחד מחברי הוועדה:

אם הוא רוצה... נניח אם זה אישה שרוצה להפוך לגבר, רוצה להוריד את השדיים, יש לה שתי אפשרויות: אפשרות אחת היא לעשות את הורדת השדיים באופן פרטי, אפשרות שנייה לחכות לאישור הוועדה. ברגע שהוועדה מאשרת לה לעשות את הניתוח, סדר הניתוחים לא חשוב, אבל הוועדה... כדי שהיא תעשה את זה בתל השומר בחינם היא צריכה לקבל את האישור של הוועדה קודם, ואז יעשו לה את זה. אבל לרוב אין להם סבלנות, לא רוצות לחכות. זה מפריע להסתובב עם שדיים גדולים כשאתה רוצה להראות כמו גבר... אז הם עושים את זה באופן פרטי. אחרי שהוועדה מאשרת, את יכולה להגיד, טוב, אני רוצה לעשות רק ניתוח שדיים, לא רוצה יותר כלום... זכותך, אין לנו בעיה עם זה, זה לא שהוועדה מאשרת ואת חייבת לעבור את הניתוח. הוועדה מאפשרת לך לעבור את הניתוח, תעשי מה שאת רוצה אחרי זה.

לכאורה, מתוך הבנת זמן ההמתנה הממושך במסגרת הוועדה, חבר הוועדה מבין את ההיגיון בפנייה לשירותי הרפואה הפרטיים. אולם, עם מלוא ההבנה ל"הבנתו" של המנתח את המצב המורכב, לא ניתן להתעלם מהעובדה אבסורדית, שלמנתח הוועדה יש אינטרס לכוון את הפונים אליה אל דרכים שעוקפות אותה, שכן באופן זה הוא יזכה לגמול כלכלי עבור עבודתו. וכך, החברים בוועדה מפוצלים למתן שירות ציבורי במסגרתה ובהתאם לנהליה מחד, ולהענקת טיפול רפואי בתשלום בעל אופי תומך מאידך.

### ב. שימוש בהון חברתי

לצד האמצעים הכלכליים, משתמשים חברי הקהילה הטרנסג'נדרית רבות בהון חברתי. הון חברתי בא לידי ביטוי דרך שימוש בקשרים חברתיים ורשתות חברתיות להשגת משאבים (Bourdieu, 1986). מחקרה של רייכרט (2012) בקרב הקהילה הטרנסג'נדרית בישראל מראה כי רבים מן חברי הקהילה נעזרים זה בזה בהעברת ידע אודות נגישות למערכות רפואה, רופאים טרנס פרנדליים (trans- friendly)<sup>35</sup>, מקומות עבודה ועוד. מראיונות אשר ערכתי עם אנשים טרנסג'נדרים עלו צורות שונות של שימוש בהון חברתי במסגרת תהליך השינוי המגדרי. בין הדברים שעלו היו מידע אודות הליך קביעת התורים בבית החולים, הוראות הגעה, עצות כיצד להתלבש או להתנהג אל מול חברי הוועדה או פרטים אודות תוצאות הניתוח ואלטרנטיבות לקבלת שירותים רפואיים מחוץ לכותליה. דוגמא טובה לכך היא נטילת ההורמונים. נטילת ההורמונים היא בין הצעדים הראשונים בתהליך השינוי המגדרי. כחלק מהתהליך אותו מבנה הוועדה לשינוי מין בתל השומר נטילת ההורמונים מהווה תנאי מקדים לכל שינוי כירורגי שיבוצע במסגרתה, ואכן, השפעתם של ההורמונים על מבנה הגוף היא המשמעותית ביותר מבין הפרוצדורות השונות. אמנם, רבים מן האנשים הטרנסג'נדרים אשר פנו לוועדה החלו לנטול הורמונים עוד טרם לכך, באמצעות פנייה לרופא משפחה או אנדוקרינולוג. תמרה, למשל, הגיעה לוועדה לשינוי מין לאחר שנה וחצי בהן נטלה הורמונים נשיים. במהלך שיחתנו סיפרה לי על התהליך אותו עברה עד שהחלה לנטול את ההורמונים. את התשובות לשאלה היכן למצוא רופאים 'ידידותיים' או בעלי ניסיון בתחום, כגון ד"ר וגנר וד"ר ברגר אותם הזכרתי בחלקים קודמים של המחקר, ליקטה מניסיונם של חברי הקהילה איתם נמצאה בקשר. הידע כיצד להגיע אל רופאים הרואים עצמם ידידי הקהילה, אשר מציעים אלטרנטיבה 'תומכת', מצריך רשתות של ידע וכוח כמעט "הישרדותי" לייצר את הקשרים. רופאים חסרי ניסיון בתחום סביר שיחששו לרשום הורמונים עבור חברי הקהילה או יסרבו להעניק

<sup>35</sup> טרנס פרנדלי משמע איש/אשת מקצוע אשר מכירים ורגישים לתחום המגדר ולטיפול בו.

טיפול, אך רופאים או אנדוקרינולוגים אשר רואים עצמם כידידי הקהילה מצליחים לעזור לחבריה לעקוף את משוכות הבורות והבירוקרטיה.

...היום אפשר למשל לסגור את זה בפגישה אחת אצל X... , פגישה אחת איתו מספיקה, נותן את האישור

ועוברים הלאה. זה כבר כמה שנים שאנחנו יודעים שאפשר להגיע אליו...

כפי שעולה מן הציטוט של תמרה, פנייה לאיש המקצוע 'הנכון' יכולה לקצר מאוד את התהליך, אך כדי לדעת לאן לפנות דרוש ידע קודם המגיע רובו משימוש ברשתות חברתיות. רייכרט (2012) טוענת כי אנשים טרנסג'נדרים בישראל "מפתחים אסטרטגיות התמודדות עם המערכת הרפואית על בסיס ניסיונם האישי וניסיונם של אחרים, אשר נצבר בקרב הקהילה". תופעה זו אינה ייחודית עבור הקהילה הטרנסג'נדרית, ושימוש בהון חברתי משמש פעמים רבות כאסטרטגיית התמודדות על ידי קבוצות מוחלשות. את הקשרים החברתיים יוצרים חברי הקהילה השונים באמצעות המידע הרב באינטרנט, מן הרשתות החברתיות ברשת, או דרך קבוצות נוער וקבוצות חברתיות בארגוני הקהילה השונים. הקשרים החברתיים משמשים כהון תרבותי, הן כמשאב לעזרה ולתמיכה נפשית, והן למידע (רייכרט, 2012).

דוגמא נוספת לדרכים עוקפות ועדה עולה לא רק מן הגישה לטכנולוגיות הרפואיות והשינוי הגופני, אלא מקשיים בירוקרטים נוספים העומדים בפני חברי הקהילה הטרנסג'נדרית- שינוי פרטי השם והמין בתעודת הזהות, הדרכון ותעודת הלידה. על פי נוהל משרד הפנים, ניתן לשנות את תעודת הזהות והדרכון לאחר ביצוע ניתוח לשינוי איברי המין בלבד. תעודות אלו עלולות להיות מכשול עבור אנשים טרנסג'נדרים בחיי היום יום, בנגישות לדיור, לפרנסה ואפילו אל מול פקידי הבנק או הדואר. עם הזמן, פיתחו חברי הקהילה הטרנסג'נדרית אסטרטגיות התמודדות עם המכשולים, ביניהם מציאת פרצות בנהלים כדי לזכות בשינוי הפרטים. אנסטסיה הזכירה בראיון עמה "טכניקה ידועה" בה ניתן "לשנות את תעודת הזהות בלי לעבור את הניתוח שיהיה כתוב שעשית שינוי מין":

יש תהליך כזה שהולכים לקופת חולים. אומרים לרופאה בקופת חולים שעשית תהליך לשינוי מין, טיפולים לשינוי מין. אחר כך הולכים למשרד הבריאות ברחוב הארבעה בתל אביב ומקבלים חותמת שהרופא הוא בעל רישיון קביל ולא היו בעיות בשנים האחרונות עם אותו רופא. עם אותו אישור של משרד הבריאות הולכים למשרד הפנים. עכשיו, משרד הפנים לא מסתכל על ניתוח, לא משנה לו ניתוח או טיפולים - מבחינתו זה שינוי מין.

כפי שעולה מן הציטוט, חברי הקהילה מצליחים לייצר מסלולים אלטרנטיביים, אשר עוקפים את נוהל משרד הפנים. מסלולים אלטרנטיביים אלו צומחים בדרך כלל במרווחים הנפערים בין המדיניות הממשלתית

הכתובה לבין הסוכנים הבירוקרטיים במערכות הציבוריות, אשר מתוקף מיקומם קובעים פעמים רבות את המדיניות בשטח ובפרקטיקה היומיומית (Lipsky, 1980). המדיניות הכתובה אשר ניתנת לפרשנות בפרקטיקה היומיומית מאפשרת לאחדים פרצות למסלולים עוקפים, ואלו מעבירים את הידע אודות מסלולים אלו באמצעות הקשרים החברתיים בתוך הקהילה.

הנקודה האחרונה שאציין כאן עוסקת באופן בו מצליחים חברי הקהילה הטרנסג'נדרית להשתמש בהון החברתי בכדי לעקוף את אחד המכשולים הגדולים ביותר העומדים בפניהם - המכשול הכלכלי. הפרוצדורות הכירורגיות יקרות וידם של רבים אינה משגת לשלם עבורן, ואילו קופות החולים בישראל מממנות פרוצדורות רפואיות שונות המתבצעות לאחר אישור הוועדה לשינוי מין בלבד. למרות הגבלות אלו, הצליחו חברי הקהילה למצוא פריצות בביטוחים הרפואיים, כדי שאלו יוכלו לכסות את הניתוח במדינות שונות שאינן מדינת ישראל, ובכך הצליחו להתגבר על המחסום הכלכלי. תמרה, אשר ביצעה את הניתוח לשינוי המין באופן פרטי בתאילנד סיפרה בראיון עמה כי כאשר נסעה בשנת 2008 הצטרפה אליה חברה טובה לעבור גם היא את הניתוח המיוחל. לעומתה, הצליחה חברתה לתבוע מקופת החולים מימון עבור ניתוח שינוי איבר המין:

עכשיו יש את הסיפור עם קופ"ח א, שיש להם בביטוח המושלם הגבוה שלהם אפשרות לקבל מימון לניתוח בחו"ל, גם אם עושים אותו בארץ לפי בחירה, ועל הסכום שמשלמים הוא עד מאה וחמישים אחוז מהעלות בארץ. יש חברה שטסה איתי באותו זמן לתאילנד, היא גילתה ברגע האחרון שהיא יכולה לנצל את הביטוח, צריך להיות בשנתיים הכשרה בביטוח המשלים הזה כדי לקבל את ההטבה הזאת, מינימום שנתיים. ואז התקרב התאריך שלי והיא ראתה שיש לה את השנתיים ושהיא יכולה לקבל מימון. היא גם הייתה בוועדה וחיכתה לתאריך שלהם. אז אמרתי לה: יאללה, עוד חודש וחצי אני בתאילנד! אולי תצטרפי אליי? סידרנו הכול והיינו ביחד בתאילנד. בקיצור, אז קופ"ח שלה, א, הם חישבו ולא ברור לנו איך הם חישבו את העלות הזאת, אבל הם חישבו מאה וחמישים אחוז כארבעים ואחד אלף שקל, שכאילו הניתוח בארץ עולה בסביבות העשרים ושבע אלף, ומאה וחמישים אחוז זה ארבעים ואחד אלף. באותו זמן הניתוח שעשינו בחו"ל עלה לנו שלושים ושתיים אלף שקל. עכשיו הוא קצת יותר יקר. נגיד באותו מקום שאנחנו עשינו העלו קצת את המחיר, קצת שינוי של הפרשי מטבע חוץ. ונראה לי שהיא נכון לכרגע לא רק הראשונה אלא היחידה שעשתה את זה. התחלנו להפיץ את המידע שזה אפשרי אבל לא יודעת על עוד כאלה שהצליחו לנצל את זה בינתיים.

מאז הראיון עם תמרה, הידע עבר בקהילה, ועם הזמן יותר ויותר טרנסג'נדרים פנו לאפיק זה וזכו למימון עבור הניתוחים. אך אליה וקוץ בה, ופתרון "קסם" זה מוצע פעם נוספת לאלו בעלי הפריביליגיות בלבד, שכן

מלבד להיבט הכלכלי, לניתוח במדינה זרה ישנם היבטים נוספים המקשים על הנוסעים; הנסיעה למדינה זרה דורשת שליטה טובה בשפה האנגלית כדי לתקשר באופן בסיסי עם הרופאים, השהות במדינות עולה גם היא לא מעט כסף ופעמים רבות המנותחים נדרשים להשאר בהשגחה במדינה הזרה תקופת ארוכה עד שיחלימו. לולא שליטה בשפה, עבודה מאפשרת או תמיכה של משפחה וחברים קרובים גם דרכים אלו נגישות עבור אלו בעלי הון כלכלי או חברתי בלבד.

עד כה עסקתי בשימוש בהון כלכלי וחברתי ככלי לעקיפת משוכות הוועדה לשינוי מין בתל השומר. לסיום, אבקש להציג מורכבות נוספת בה אדון באופן נרחב יותר בחלק הדיון. כשהגעתי לכתוב את הפרק הנוכחי עלה בי החשש כי אם אעלה את הדברים על הכתב, יקראו זאת כותבי המדיניות ויביאו להקשחת התנאים שכן דרכים עוקפות אלו נראו לו כמתרחשות בסתר או במרמה. אך למרבה הפתעתי חברי הוועדה בראיונות עמם תארו את הוועדה לשינוי מין כמטרד וכמעמסה, וכמו "עודדו" בדבריהם יציאה לאפיקים נוספים. להלן ציטוט מראיון עם אחד מחברי הוועדה:

אין לי שום רצון לנתח יותר מאחד בחודש בסך הכל עובד יומיים בשבוע בתל השומר ואין לי רצון לנתח יותר ממקרה אחד בחודש ואם יש יותר הייתי יותר שמח אם היו עוד רופאים שעושים את זה ואני חושב שגם זה היה עוזר, זה היה נותן להם זכות בחירה. היום אין להם בחירה, זה או פה או נוסעים לחו"ל. זה או בחינם אצלי או בחו"ל בתשלום. אני חושב שעוד מישהו שיעשה את זה בארץ זה היה עוזר לכולם זה מעין מונופול לא רצוי חברה נוספת בוועדה אותה ראיינתי ציינה גם היא ברגע של גילוי לב: "מצדי שיעשו הרבה בחו"ל, להיפך, יהיה הרבה פחות עומס".

תיאור הוועדה על ידי חבריה כימונופול לא רצוי או כמעמסה מוסיף מורכבות נוספת לדיון, שכן הרצון לעודד אנשים טרנסגינדרים לבצע את השינויים הגופניים מחוץ לכותלי הוועדה מותיר את הדרישה לפיקוח על שינוי המגדר נטולת משמעות, שכן בעלי האמצעים יכולים לרכוש טיפול מחוץ לעינה הבוחנת.

לסיכום, בחלק זה של המחקר הצגתי תמה נוספת שעלתה מן הראיונות עם אנשים טרנסגינדרים – שימוש בסוגי הון שונים כדי לעקוף את הוועדה לשינוי מין בתל השומר ואת משוכותיה. כפי שעולה מדבריהם בוחרים רבים לעקוף את פיקוחה של הוועדה על ידי שימוש בכסף לקניית הטיפול, ורבים נוספים משתמשים בקשרים החברתיים בתוך הקהילה הטרנסגינדרית כמשאב לעזרה, תמיכה נפשית ומקור למידע אודות פתרונות אלטרנטיביים. על ידי שימוש בסוגי הון אלו, בא לידי ביטוי הגיון מנחה נוסף - היגיון נאו-ליברלי, אשר

מאפשר לבעלי אמצעים לקנות שירותי בריאות ולזכות בטיפול 'תומך' - ללא וועדה בוחנת, ללא שיפוטיות, ללא זמן המתנה וביחס מכבד ומסביר פנים. מצב זה למעשה מביא את הוועדה לשינוי מין למצב אבסורדי בו במקום לברור את ה"טרנסקסואלים האמיתיים", מצליחים חבריה לברור את אלו חסרי האמצעים בלבד. מצב אבסורדי זה מתעצם לאור העובדה כי חבריה אינם רק מודעים לסוגייה זו אלא אף מעודדים שימוש בדרכים העוקפות. בחלק הבא, חלק הדיון של מחקר זה, אבקש להציע פרשנות אפשרית לאבסורד שנוצר.

## דיון

בחלק זה של המחקר אני מבקשת לדון בשאלות אותן הצבתי בתחילת המחקר. השאלות איתן יצאתי למחקר היו: אילו פרדיגמות ו/או הגיונות קיימות בשיח על טרנסג'נדרים וכיצד הן באות לידי ביטוי בנוהל 39/86 והוועדה הפועלת מטעמו. תשובות לשאלה הכללית יכולות להיות רבות עם זאת ביקשתי במחקר זה להתמקד בשתי פרדיגמות מרכזיות כלפי טרנסג'נדרים: פרדיגמה 'מתקנת' ופרדיגמה 'תומכת'. בנוסף, מן הנתוח עלו שאלות נוספות בהן אבקש לדון: האחת היא אלו עמדות סובייקט עולות מן הפרדיגמות והשניה היא באילו דרכים מתמודדים אנשים טרנסג'נדרים אל מול תהליכי ההבניה הממסדיים.

כאמור, אני מפרידה במחקר זה בין שתי פרדיגמות מרכזיות: 'מתקנת' ו'תומכת'. הפרדיגמה המתקנת מבקשת ל"תקן" את הסובייקט על ידי התאמתו לחברה הנורמטיבית. בבסיס המודל עומדת תפיסה דיכוטומית המאפיינת את המינים- נשים וגברים כשתי קטגוריות בינאריות. כל חריגה מן המודל מצריכה את תיקונו של היחיד והתאמתו אל האוכלוסייה הנורמטיבית. המודל ה'מתקן' עטה לאורך ההיסטוריה מופעים שונים, ביניהם הניסיון לאסור שוני מגדרי בחוק הדתי או האזרחי. מאז תחילתה של המאה ה-19 עם התפתחותו של המודל הרפואי בעולם המערבי, הפך ה"מבט הקליני" לנקודת המבט המרכזית דרכה נתפסים אנשים שונים מגדרית ושבאמצעותה מופעל הפיקוח עליהם. הטרנסקסואליות הוגדרה כמחלה שמקורה בנפש. ל"מחלה" זו הוצעו פתרונות רפואיים שונים, החל בטיפולי המרה פסיכולוגיים ועד לטיפולים אברסיביים יותר, לדומא-טיפול באמצעות מכות חשמל או הזרקת אסטרוגן לנשים "גבריות" וטסטוסטרון לגברים "נשיים" על מנת להשפיע על המצב הפסיכולוגי דרך הגוף (Terry, 1999). מאז תחילת המאה ה-20, עם גילויים חדשים בביולוגיה של האדם, החלה הרפואה לבצע פרוצדורות שונות ביניהן מתן הורמונים והתערבויות כירורגיות. לא רק התאמת הנפש לגוף, אלא התאמתו של הגוף לנפש. עם זאת, התפיסה הרפואית הפתולוגית נותרה דומיננטית. לצד הפרדיגמה ה'מתקנת' עומדת הפרדיגמה ה'תומכת'. פרדיגמה זו רואה במגדר חלק מספקטרום בעל שונות. לפי תפיסה זו, אנשים טרנסג'נדרים המעוניינים לבצע שינויים בגופם בהתאם לתחושותיהם ולהגדרתם העצמית מהווים חלק מן הספקטרום הרחב. ההבדל בין הפרדיגמה המתקנת לפרדיגמה התומכת אינו טמון בפרקטיקה הרפואית עצמה, בטיפול המוצע ובטכנולוגיות הרפואיות, אלא דווקא במוקד עליו מונחת האחריות. בתפיסה המתקנת מוקד האחריות הוא בחברה וישנו ניסיון מערכתי

לפתור "בעיות" או "סטיות" על ידי תיקונם של אינדיבידואלים. בפרדיגמה ה'יתומכת' מוקד האחריות מוטל על הסובייקט המחזיק בזכות על גופו, ותפקיד הרפואה ליעץ ולסייע בקבלת החלטה שקולה בנוגע לשינויים גופניים. בפרדיגמה זו מחזיקים גופים מקצועיים שונים ביניהם: ארגון הבריאות הטרנסג'נדרית העולמי (WPATH) וקליניקות שונות ברחבי העולם המטפלות באנשים טרנסג'נדרים. צימוד בין טרנסקסואליות ושיגעון, סמכות ואחריות בצל ה"חרטה" ובקשה לשימור על הלימה בין שלושת צלעות המשולש- מין מגדר ונטייה מינית, כולם תמות המצביעות על פרדיגמה 'מתקנת' עליה נשען נוהל 39/86 והוועדה הפועלת מטעמו.

בתמה הראשונה דנתי כיצד הצימוד בין טרנסקסואליות לשיגעון מסמן את האנשים הטרנסג'נדרים ככאלו החשודים בבריאות נפשית לקויה, ומטיל ספק בתקינות שיקול דעתם. סימון זה מאפשר להוציא את יכולת הבחירה מידיהם של האנשים הטרנסג'נדרים ולהניח אותה בידיהם של הממסד הרפואי, ובראשו הפסיכולוגים להם ניתנת הסמכות לספק את אישור לחציה המגדרית.

התמה השניה, עוסקת ברטוריקה בה משתמשים חברי הוועדה. רטוריקה המבקשת להעניק משמעות לסמכות שניתנה לממסד הרפואי. הסמכות מקבלת את משמעותה על ידי הדגשת תחושת האחריות הכבדה המוטלת על כתפיהם למנוע מצבים של "חרטה", תוך העלאת טובתו של הפרט. בתמה זו, מסומנים פעם נוספת האנשים הטרנסג'נדרים ככאלו שיש להוציא מידיהם את האחריות על גופם.

לבסוף, התמה השלישית דנה בציפייה הממסדית מן האנשים הטרנסג'נדרים להציג הלימה בין מין, מגדר ונטייה מינית. כלומר, זכר עם מבע גברי אשר נמשך לנשים ולהיפך, נקבה עם מבע נשי הנמשכת לגברים. ניסיון זה בא לידי ביטוי הן בציפיות העולות מניתוח נוהל 39/86, והן מפעילותם של חברי הוועדה לשינוי מין.

בתמה הרביעית דנתי בנקודת מבט נוספת על הוועדה לשינוי מין בתל השומר. נקודת המבט התמקדה ביכולתם של בעלי האמצעים הכלכליים או החברתיים לבצע פרוצדורות להתאמת מגדר מחוץ לכותלי הוועדה. בעוד על פי נוהל 39/86 קיימת הנחייה לביצוע ניתוחים לשינוי מין במדינת ישראל בבית חולים ציבורי בלבד, פרוצדורות רבות אחרות – כירורגיות ו/או הורמונאליות – מותרות. בנוסף, במדינות שונות בעולם מבוצעים ניתוחים לשינוי מין באופן פרטי. טרנסג'נדרים רבים, בעלי האמצעים לכך, בוחרים לפנות לאפיקים אלו וזוכים בטיפול 'תומך'- ללא וועדה בוחנת, כאשר מוקד האחריות מוטל עליהם כסובייקטים המחזיקים בזכות על גופם. מצב זה מתאפשר בשל קיומם של שני הגיונות לכאורה סותרים: הראשון, הגיון הנובע ממדיניות הרווחה הנהוגה במדינת ישראל המספקת מערכת בריאות תומכת. במסגרת מדיניות זו הפרוצדורות



המתקיימות בבית חולים תל השומר לאחר אישור הוועדה, זוכות למימון מלא מקופות החולים. ההגיון השני לעומת זאת, הינו היגיון נאו-ליברלי, המעודד ערכים של תחרות ושוק החופשי מהתערבות המדינה וכך גם קניית שירותי בריאות ורווחה לבעלי אמצעים. מצב זה, מביא באופן אבסורדי לכך שמערכת הפיקוח הנוקשה הנהוגה במדינת ישראל מצליחה להבחין בין אלו שיש להם יותר ואלו שיש להם פחות בלבד.

בנוסף, הפער בין בעלי האמצעים לבין אלו חסרי האמצעים העמיק אף יותר עקב מדיניות הממשלה בשלושת העשורים האחרונים במדינת ישראל- מדינת רווחה מופרטת. הפער המתרחב הביא לפגיעה בשכבות האוכלוסייה החלשות בעיקר בנגישותם לשירותים, דוגמת שירותי הבריאות הציבוריים. למתן שירותי בריאות ציבוריים סבירים יש חשיבות גדולה ביותר ביציבותה ותקינותה של החברה. אחת הדוגמאות לכך היא הקושי שנוצר עקב "קשיחות הביקוש לשירות רפואי"- כשאדם נמצא במצב בריאותי מסוכן, הוא יהיה מוכן לבצע כל פעילות וכמובן לשלם כמעט כל מחיר כדי לנסות לשפר את מצבו. במקרים כאלו החלטות שנלקחות אינן שקולות ורציונאליות כמו במהלך תפקודו הרגיל (שוורץ-אילן, 2011). הרפואה הפרטית יקרה, וללא רפואה ציבורית אשר מהווה אלטרנטיבה מניחה את הדעת, השפעתו של הפער הרסנית. הפער בתוחלת החיים בין יישוב יהודי מבוסס לבין ישוב ערבי עני בישראל יכול להגיע עד לשמונה שנים תמימות (ניר, 2012). הפגיעה באוכלוסייה הטרנסג'נדרית גם היא משמעותית. מחקרים מראים כי אחוז גדול של האוכלוסייה הטרנסג'נדרית סובל מאפליה חברתית, מאלימות מילולית ופיזית ומאפליה תעסוקתית. הכנסתם של חברי הקהילה נמוכה ממוצע ההכנסה לנפש באוכלוסייה הכללית (Whittle, Turner & Al-Alami, 2007). נתון זה חשוב מכיוון שהלגיטימיות של הוועדה לשינוי מין בתל השומר הולכת ופוחתת בעיניה של הקהילה הטרנסג'נדרית. מעטים פונים כיום אליה לתחילת התהליך או רואים בה גורם מסייע אפשרי. חלק לא מבוטל מאוכלוסייה נותרת ללא פתרונות ומצבם אף חמור יותר ממה שתוארת עד כה במחקר. הם אינם פונים לוועדה בתל השומר אך גם אינם יכולים להרשות לעצמם לפנות לאפיקים פרטיים או מוכרים. חלק ניכר מהם פונה לאפיקים פוגעניים ומסוכנים: עיסוק בזנות למימון הפרוצדורות הרפואיות, נטילת הורמונים באופן לא חוקי, הליכים כירורגיים מסוכנים כגון הזרקות סיליקון ועוד. לכן חשובה כל כך עריכת מחקרים נוספים שירחיבו את הדיון בנושא מעבר למה שנידון כאן.

לצד הפער בנגישות, הפער החברתי – כלכלי אותו תוארת מייצר שתי עמדות סובייקט שונות עבור אלו החוצים מגדרית. עמדת הסובייקט הראשונה מתאפשרת אך ורק תחת ה"מבט הקליני". לצד תפקידו של הממסד הרפואי כמתבונן וכמפקח, מתאפשרת גם יכולת לזהות והכרה עבור האנשים הטרנסג'נדרים. הזהות

הטרנסגינדרית עצמה הינה תולדה של השיח הרפואי אשר לראשונה מבחין בינה לבין זהויות מוכרות אחרות כגון הומוסקסואליות. ניתן לפרש את עמדת הסובייקטיביות הזו על ידי שימוש במונח 'אינטרפלציה'. 'אינטרפלציה' הינו מונח שטבע התיאורטיקן הנאו-מרקסיסטי לואי אלתוסר, ומשמעותו- האופן שבו מכוננת אידיאולוגיה את האינדיבידואל כסובייקט. המונח מספק "תיאור אלגורי של התהליך כקריאה סמכותית המופנית אל האינדיבידואל, שברגע שהוא מזהה עצמו כנמענה הוא הופך לסובייקט" (קידר, זיו וקנר, 2003: 351). במסגרת השיח הרפואי, עמדה של סובייקט טרנסקסואל יכולה לצמוח אך ורק בקיומה של הסמכות הקלינית המאבחנת. אל מול המבט הקליני נדרש האדם הטרנסגינדר לגייס מהות לזהותו, ולהזדהות ככזה. ניתן לחדד הסבר זה על ידי שימוש בפרשנות הכפולה שמדגיש פוקו למילה סובייקט (subject):

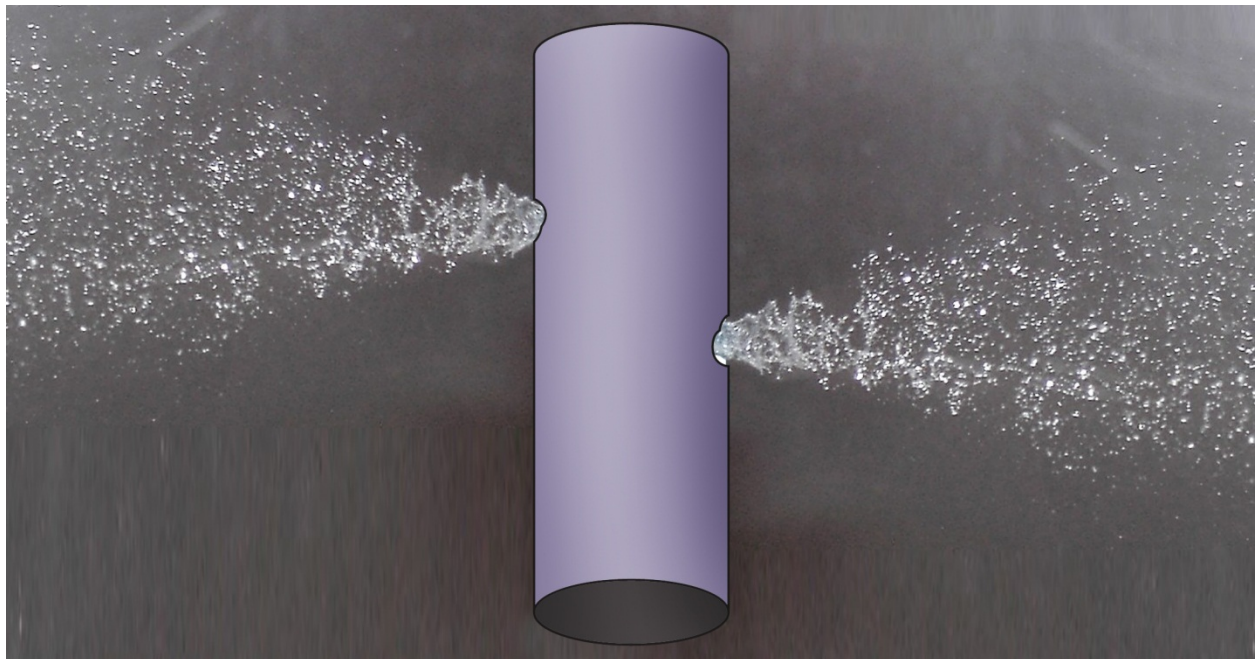
There are two meanings of the word 'subject': subject to someone else by control and dependence; and tied to his own identity by a conscience or self-knowledge. Both meanings suggest a form of power which subjugates and makes subject to (Foucault, 1982).

הסובייקט הטרנסקסואל זוכה להכרה ממסדית בקיומו ובמצוקתו רק לאחר שאובחן ככזה על ידי הממסד הרפואי, ועמד בקריטריונים שנקבעו על ידו.

עמדת סובייקט נוספת הצומחת מתוך הגיון נוסף –הגיון נאו-ליברלי, מתאפשרת עבור בעלי אמצעים על ידי קנייה של שירותי בריאות 'תומכים', המציבים את הסובייקט ואת רצונו במרכז. יכולת זו לקנות שירותים מייצרת עמדת סובייקט שונה- ה'סובייקט הנאו-ליברלי' המתואר כרציונאלי, בעל זכויות, אחריות ואינדיבידואליזם (Riley, 2008). ההנחה העומדת בבסיס תיאור זה, היא ההנחה הליברלית, כי האדם הינו רציונאלי והחלטותיו מוכוונות כלפי מקסום הרווח האישי שלו (קפלן, 2010). 'הסובייקט הנאו-ליברלי' הינו ההפך הגמור מן הסובייקט נתמך הרווחה. הוא אינדיבידואל, אינו נתון למבטו של איש, החלטותיו נתפסות כמושכלות ומוטלת בידיו האחריות והזכות להיות 'אדון לגופו'.

שתי עמדות הסובייקט נדמות כסותרות, וסתירתן נדמית כאינה רצויה. אמנם אני מבקשת לטעון כי שתי עמדות אלו מתאפשרות על ידי אותה מסגרת נאו-ליברלית. מן הצד האחד, המדיניות המתוות על ידי נוהל 39/86 מבקשת להתנות את כרטיס הכניסה לחברה הנורמטיבית-וה"שפויה", רק לאחר עמידה בקריטריונים מגדריים נוקשים. קריטריונים אלו כפי שטענתי במחקר זה מבוססים על דמותו האידיאלית של "ההטרנסקסואל". הכמיהה לדמות אידיאלית זו מקדשת ערכים נאו-ליברלים כגון מונוגמיה ותפקידי מגדר אשר יאפשרו את המשך קיומה של כלכלה קפיטליסטית. לעומת זאת, אלו המצליחים לעקוף את משוכות

הוועדה, ומצליחים לכאורה "לאתגר" את הנורמטיביות הכפויה, גם הם כפופים לאותו ההגיון נאו- ליברלי המאפשר לבעלי פריבילגיות בלבד, לזכות באוטונומיה הנכספת על גופם. מעבר לכך, אני מבקשת לטעון כי הוועדה מצליחה לשמור על יציבותה כמפקחת על המגדר והמיניות דווקא משום שהיא מאפשרת ואף מעודדת את אלו שברשותם משאבים כלכליים או חברתיים לפנות לאפיקים אחרים. אפשר לדמות את פעילות הוועדה לצינור מים: בלחץ גבוה מדי של מים הצינור מתפוצץ; אולם כאשר יש חורים בצינור, מתאפשרת זרימה של מים לאפיקים אחרים והצינור נשמר. הוועדה בתל השומר מאפשרת ולמעשה מעודדת במדיניותה את המעבר של בעלי האמצעים אל אפיקים אחרים. הלחץ אף פעם לא גבוה מדי, וכך היא מצליחה לשמר את עצמה ואת האידיאולוגיה העומדת בבסיסה. בשל העובדה שהון כלכלי, חברתי ותרבותי בדרך כלל קשורים זה בזה באופן הדוק (Bourdieu, 1986), הרי שבעלי האמצעים הם אלו שיש בידם כוחות רבים יותר לשינוי. אך מכיוון שבעלי האמצעים זוכים לעידוד לצאת לאפיקים אחרים, אלו שאין באמצעותם משאבים או כוחות לשינוי נותרים כבולים, בפחד להביע את דעתם שמא לא יקבלו את האישור המיוחל. תיאור מטאפורת הצינור מעניקה תשובה אפשרית לשאלה אותה העלתי בתחילת מחקר זה: באילו אופנים פועלת הוועדה לשינוי מין בתל השומר כדי לשמר את הלגיטימיות שהוענקה לה כשומרת הסף על המגדר.



בשנים האחרונות, חלה התעוררות בקהילה הטראנסג'נדרית לקשיים שנוצרו סביב נוהל, ועלו כמה וכמה ניסיונות לשנותו. הניסיון המשמעותי ביותר התרחש בשנת 2008, כאשר הוגשה, על ידי ד"ר לבנת וד"ר כרמון

מארגון 'רופאים לזכויות אדם', עתירה למשרד הבריאות לדון מחדש בנוהל 39/86. העתירה הוגשה בעזרתם של פעילים שונים ביניהם ד"ר אילנה ברגר- עובדת סוציאלית קלינית מומחים בסוגיות מגדר ומיניות, ונורה גרינברג- פעילה ותיקה בקהילה הטרנסג'נדרית. בעקבות הפניה הוקמה וועדה לבחינת הנוהל מחדש, אך לאחר חודשים ארוכים של דיונים עלתה הוועדה על שרטון והמלצותיה הוקפאו. למרות ההקפאה, ניכר כי חלו שינויים בפעילות הוועדה לשינוי מין וחבריה גילו גמישות הן בגיל המינימאלי הנדרש לביצוע ההליך, הן בפרק הזמן הנדרש על ידם לחיים במגדר הרצוי בטרם ינתן האישור והן במתן הבחירה לגבי הסדר בו יבוצעו הניתוחים השונים. למרות אלו שינוי מבני לא התרחש מאז כתיבת הנוהל- שנת 1986.

המחקר הנוכחי, הוא הראשון העוסק בוועדה לשינוי מין במדינת ישראל באופן ישיר. מחקרים נוספים אזכרו את הנוהל והוועדה בהתייחסותם למדיניות כלפי טרנסג'נדרים במערכת המשפט ובמערכות שונות במדינת ישראל. המחקר מתבונן בנוהל 39/86 ובוועדה הפועלת מטעמו דרך פרספקטיבה ביקורתית, המבקשת לחשוף את הפרדיגמה עליה הם נשענים תוך ניסיון למקמם בפרספקטיבה היסטורית ובינלאומית.

בעקבות המחקר אני מבקשת להעלות כמה המלצות. ראשית, אני מבקשת להדגיש כי נוהל 39/86 הינו נוהל מיושן, פוגעני ואינו עומד בסטנדרטים בינלאומיים ויש לפעול לשנותו בכמה אופנים: בראש ובראשונה יש להסיר את האיסור על ניתוח לשינוי מין באופן פרטי במדינת ישראל. הסרת האיסור יביא מנתחים נוספים להתמחות בניתוחים אלה. כיום עושה זאת מנתח אחד בלבד. ריבוי מנתחים יאפשר מגוון התמחויות ופתרונות, יקצר משמעותית את זמני ההמתנה ויאפשר לאנשים המבקשים לעבור את הניתוח לבחור את הרופא המתאים להם ביותר. בנוסף, אלו שיבחרו באופציה הפרטית לא ידרשו לעשות זאת מחוץ לגבולות המדינה ובכך יפחתו עלויות ההליך. יש להקים אלטרנטיבה ציבורית מניחה את הדעת. כלומר, להתאים את נוהל 39/86 לסטנדרטים בינלאומיים התואמים לפרדיגמה ה'תומכת' ומאפשרים ספקטרום רחב ככל האפשר של גופים, וזהויות מגדריות. על הנוהל החדש לאפשר לאנשים לחיות כפי שהם בחרו- ללא דרישות מוקדמות. כלומר, ללא וועדה בוחנת, ללא "תקופת מבחן" וללא סוללת מבחנים פסיכולוגית. נהלים אלו מקובלים בניתוחים פלסטיים שונים כיום, בהן אין דרישה לוועדה או לסוללת מבחנים. יש להסתפק בחוות דעת פסיכיאטרית המאשרת כי המנותח כשיר ואחראי להחלטותיו וכי חתם על ההסכמה לניתוח מתוך הבנת ההשלכות והסיכונים. לבסוף, אם אשתמש במטפורת הצינור- אני חושבת שעל הצינור להתפוצץ. על הקהילה הטרנסג'נדרית להפעיל לחץ על חברי הוועדה וקובעי המדיניות לשנות את הנוהל הפוגעני והמזיק, ולהתאימו לצרכים האמיתיים העולים מן השטח, מן חברי הקהילה הטרנסג'נדרית בישראל.

## רשימת מקורות

- (14.3.1957). גרשון נתן סורס. דבר.
- (6.2.1994) איבריו הגבריים של המנותח נכרתו אך איברים נשיים לא עוצבו. דבר, 4.
- אדרת, ע'. (18.5.2012) טרנסגינדר, עכשיו גם במסמכי המדינה. הארץ.
- אלתוסר, ל'. (2003). על האידיאולוגיה. תל-אביב: רסלינג.
- ברזילי, ג'. (1996). מדינה, חברה וביטחון לאומי: תקשורת המונים ומלחמות. במ' לסק וב' קני-פז (עורכים). ישראל לקראת שנות האלפיים: חברה, פוליטיקה ותרבות. (עמ' 95-176) ירושלים: מאגנס.
- ברשטלינג, א'. (2008). "דיבור יש בו התחייבות מסויימת"- טרנסגינדריות בעברית. רמת גן: עבודה לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- גבאי, ד'. (4.11.1997). קופ"ח הכללית מסכימה לממן ניתוח לשינוי המין. מעריב.
- גרוס, א'. (2005). "התחזות כאדם אחר"- חיקוי ומרי מגדרי במשפט של חן אלקובי. בא', ב' נפתלי וחי' נוה (עורכים). משפטים על אהבה. (עמ' 413-365) תל-אביב: רמות.
- גרוס, א'. וזיו, ע'. (2003). בין תיאוריה לפוליטיקה: לימודים הומו- לסביים ותיאוריה קווירית. בע' זיו, י' קנר וא' גרוס (עורכים). מעבר למיניות (עמ' 102-73). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד (מגדרים).
- דורון, ח' (עורך). (2009). מערכת הבריאות: לאן?. באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- הולר, מ'. (22.5.1988). מין שאינו מינו. מעריב, 2.
- זיו, ע'. (1999). דנה אינטרנשיונאל. ע' אופיר (עורך) תיאוריה וביקורת, 41, 11-401.
- הרצוג, ח'. (2009). במבחן הזמן: מבט ביקורתי על גלגולו של השיח על מגדר. עיונים בשפה ובחברה, 2 (1), 10-

לבנת, י'. (2009). חוות-דעת משפטית בדבר האוטונומיה של אדם להחליט על רצונו בניתוח לשינוי מין. אוחזר

ב- 12 03 2012, מתוך : [www.tau.ac.il/law/clinics/files-for-clinikan/200919trangender.doc](http://www.tau.ac.il/law/clinics/files-for-clinikan/200919trangender.doc)

לבנת, י' וכרמון, ג'. (2008). חוזר מס' 39/86 בנושא "ביצוע ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS".

אוחזר ב- 12 03 2012, מתוך רופאים לזכויות אדם : <http://www.phr.org.il/uploaded> /מכתב ביצוע

ניתוחים לשינוי מין. tmp.pdf.

לוי, ט'. (26.5.2011). היום לפני 55 שנה- גרשון נתן מנסה לשנות בעצמו את מינו. הארץ.

מאירי, ס'. (2011). *מין שאינו מינו : חציית מגדר בקולנוע העלילתי*. תל-אביב : הוצאת הקיבוץ המאוחד

(מגדרים).

מרטון, י'. (2012, מאי). טרנספוביה בשירותי הבריאות? מחקר אמפירי בקרב טרנסגינדרים בישראל. הרצאה

שהתקיימה בכנס "סקס אחר"- הכנס השנים עשר ללימודים לסביים, הומואיים, טרנסגינדרים

וביסקסואליים ולתיאוריה קווירית בישראל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

משרד הבריאות, מנהל הרפואה. (1986, אפריל). חוזר שירותי אשפוז מספר 39/86, ביצוע ניתוחים לשינוי מין

אצל TRANSEXUALS.

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

ניר, ט'. (2012). *בין מימוש לייבוש : שיטות ממשלות ישראל לצמצום השירותים החברתיים*. תל-אביב :

האגודה לזכויות האזרח בישראל.

פוקו, מ'. (2008). *הולדת הקליניקה : ארכיאולוגיה של המבט הרפואי (ני ברוך מתרגם)*. תל-אביב : רסלינג.

פרידמן, ש'. (4.11.1985). מנכ"ל משרד הבריאות הורה לחקור ניתוח לשינוי המין. מעריב.

קפלן, ח', בר-מאיר, ע', גלבו, ד', יפה ב', רבינוביץ א', קרסיק, א' ושות'. 2004. ניתוחים לשינוי מין. הרפואה,

143(ז), 5-500.

קפלן, ר'י. (2010). רגולציה. מפתח: כתב-עת לקסיקאלי למחשבה פוליטית, 10.

קרבל-טובי, מ'י. (2009). חליפת זהויות: בין המדינה לסובייקט בפרויקט הגיור הממלכתי בישראל. ירושלים: עבודה לשם קבלת תואר דוקטור, האוניברסיטה העברית.

רייכרט, ש'י. (2012). חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש עם המערכת הרפואית. תל-אביב: עבודה לשם קבלת תואר מוסמך, המכללה האקדמית.

ריצ'י, א'י. (2003). ההטרסקסואליות הכפויה והקיום הלסבי. בע'י זיו, י' קנר וא' גרוס (עורכים). מעבר למיניות (עמ' 102-73). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד (מגדרים).

רם, א'י. (2006). גלובליזציה. בא'י רם ונ' ברקוביץ (עורכים). א'י/שוויין. (עמ' 9-90). באר-שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

שוורץ-אילן, ד'י. (2011). בין רווחה להפרטה: התפתחות ביטוח הבריאות בישראל. באר-שבע הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

שילה, ג'י. (2007). החיים בוורוד: בני נוער צעירים הומואים, לסביות, בסקסואלים וטרנסג'נדרים. תל-אביב: רסלינג.

שנהב, י'י. (1995). מכונת הארגון: חקירה ביקורתית ביסודות תורת הניהול. ירושלים ותל-אביב: שוקן.

שקדי, א'י. (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני-תאוריה ויישום. תל-אביב: רמות.

תירוש, י. (2001). "סיפור של אונס, לא יותר" - על הפוליטיקה של ייצוג טקסטואלי בע"פ 98/3031 מדינת ישראל נ' דן שבתאי. משפטים, לא (579).

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.

Beard, G. M. (1884). Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion): Its Hygiene, Causes,

Symptoms and Treatment. New York: Treat.

Bockting, W. O. & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (special issue).

*International Journal of Transgenderism*, 9 (3/4).

Bourdieu, P. (Ed.). (1986). *Forms of Capital*. Westport: Greenwood Press.

Bullough, V. L. (2000). Transgenderism and the Concept of Gender. *The International Journal*

*of Transgenderism*, 4 (3), 1-11.

Butler, J. (1999). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York:

Routledge.

Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H., & Gooren, L. (2008). The Treatment of

Adolescent Transsexuals: Changing Insight. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1892-7.

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-32.

Davis, K. (1995). *Reshaping the female body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York &

London: Routledge.

Denny, D. (2004). Changing Models of Transsexualism. *Journal of Gay & Lesbians*

*Psychotherapy*, 8 (1-2), 25-40.

Dexter, L. A. (1970). *Elite and Specialized Interviewing*. Evanston: Northwestern University

Press.

Ekins, R., & King, D. (1999). Toward a Sociology of Transgendered Bodies. *The Sociological*

*Review*, 47, 580-602.



Foucault, M. (1982). The Subject and Power *Critical Inquiry* 8(4), 777-95.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.

Goldberg, J. M. (2003). *Transition and Cross-dressing Service Delivery: A review*. Vancouver: Vancouver Coastal Health Authority.

Haig, D. (2004). The inexorable rise of gender and the decline of sex: social change in academic titles, 1945-2001. *Archives of Sexual Behavior*, 33 (2), 87-96.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledge's: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies* 14, 575-99.

Harding, S. (1993). Rethinking Standpoint Epistemology: What is "Strong Objectivity"? In L. A. Alcoff & E. Potter (Eds.), *Feminist Epistemologies*. New York, London: Routledge.

Harrowitz, N. A., & Hyams, B. (Eds.). (1995). *Jews & gender: responses to Otto Weininger*. Philadelphia: Temple University Press.

Hirschfeld, M. [1991(1910)]. *Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*. Buffalo: Prometheus Books.

Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (1995). *The Active Interview*. Thousand Oaks. London & New Delhi: SAGE.

Johnstone, B. (2000). *Qualitative Methods in Sociolinguistics*. New York: Oxford University Press.

- Kessler, S., & McKenna, W. (2000). Who put the "Trans" in Transgender? *Gender Theory and Everyday Life. The international journal of transgenderism*, 4 (3).
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Laqueur, T. W. (1990). *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- 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.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- MacKinnon, C. A. (1989). *Toward feminist theory of the state*. Cambridge: Harvard University Press.
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed*. Cambridge & London: Harvard University Press.
- Ong, W. J. (1982). *Orality and Literacy: The Technologizing of the Word*. London: Routledge.
- Ortner, S. B. (1974). Is female to male as nature is to culture? In M. Rosaldo & L. Lamphere (Eds.), *Woman, Culture, and Society*. Stanford: Stanford University Press
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after Sex Reassignment Surgery. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 5 (4), 69-85.

- Prince, V. (1976). *Understanding Cross-Dressing*. Los Angeles: Chevalier Publications.
- Prosser, J. (1998). *Second skins: The Body Narratives of Transsexuality*. New York: Columbia University Press.
- Riley, S. (2008). *Identity, community and selfhood: understanding the self in relation to contemporary youth cultures*. London: Futurelab.
- Rosenberg, R. (1982). *Beyond Separate Spheres: Intellectual Roots of Modern Feminism*. New Haven: Yale University Press.
- Serano, J. (2007). *Whipping Girl: a Transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Berkeley: SEAL Press
- Sharma, A., & Gupta, A. (2006). Introduction: rethinking theories of the state in the age of globalization. In A. Sharma & A. Gupta (Eds.), *The Anthropology of the state: A Reader* (pp. 1-42). Madlen, Ma: Blackwell Pub.
- Smith, K. E. (2006). Problematizing power relations in elite interviews. *Geoforum*, 37 (4), 643–53.
- 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.
- Jacques, J. (2007). Retrotranslations of Post-Transsexuality, Notion of Regret. *Journal of visual culture*, 6 (1), 77-90.
- Steakley, J. D. (1975). *The homosexual emancipation movement in Germany* New York: Arno

Press.

Stone, s. (1991). *The Empire Strikes Back: A Post-Transsexual Manifesto*. In J. Epstein & K. Straub (Eds.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity* (pp. 280-304). New York: Routledge.

Terry, J. (1999). *An American Obsession: Science, Medicine, and Homosexuality in Modern Society*. Chicago: University of Chicago Press.

Weber, M. (2006). Bureaucracy. In A. Sharma & A. Gupta (Eds.), *The Anthropology of the state: a reader*. Madlen: Blackwell Publishing.

Weeks, J. (1976). "Sins and Diseases": some notes on homosexuality in the nineteenth century. *History Workshop Journal*, 1 (1), 211-219.

Whittle, S., Turner, L., & Al-Alami, M. (2007). Engendered penalties: Transgender/ transsexual people's experiences of inequality and discrimination. *The Equalities Review*. Retrieved (12 03 2012) from: <http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf>.

Whittle, S., Turner, L., Combs, R., & Rhodes, S. (2008). *Transgender Eurostudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care in EU*. Brussels: ILGA-Europe. Retrieved (12 03 2012) from: <http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf>.

World Professionals Association for Transgender Health. (09 2011). *Standards of Care for the Health of Transsexuals*, Transgender and Gender Nonconforming people. Retrieved (04 15 2012) from The World Professionals Association for Transgender Health (WPATH): [http://www.wpath.org/publications\\_standards.cfm](http://www.wpath.org/publications_standards.cfm).



# שרותי אשפוז

חוזר מס' 39/86

ירושלים, ד' ניסן תשמ"ו  
16 אפריל 1986

תיק מס' 1/0/200

אל: כל מנהלי בתי-החולים הכלליים

הנדון: ביצוע ניתוחים -

(א) לשינוי מין אצל TRANSEXUALS

(ב) לתיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM ודומיהם

הננו להביא בזה לידיעתכם כי בהתאם להמלצות ועדת מומחים שמונתה על-ידי מנכ"ל משרדנו לבדיקת נושא ניתוחים כנ"ל, על השלכותיהם, נקבעו הכללים והתנאים הבאים לביצוע ניתוחים אלה:

1. ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS

לצורך הנחיות אלו, כ-TRANSEXUAL ייחשב אדם אשר עונה על הקריטריונים המקצועיים המקובלים והחקפים בחקופה הרלבנטית.

א. ניתוחים מסוג זה יבוצעו בבי"ח ציבורי בלבד.

ב. בבי"ח בו יבוצעו ניתוחים אלה תמונה ועדה שתכריח יהיו: פסיכיאטר בכיר, מנתח פלסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג.

ג. הועדה תדון במקרים המומלצים לביצוע ניתוח שינוי מין שהופנו אליה מתוך המוסד בו הנה פועלת, או ע"י גורמים רפואיים חיצוניים אחרים.

ד. ואלה התנאים החיוניים וההכרחיים לביצוע ניתוח שינוי מין:

(1) המועמד חי בזהות המין הנגדי שאליו הוא מבקש להשתייך בעזרת הניתוח, לפחות במשך תקופה של שנתיים .

(2) לפני ביצוע ההתערבות הכירורגית, על המועמד לקבל טיפול הורמונלי במשך תקופה שתיקבע ע"י הועדה, בכל מקרה לגופו, על מנת לבחון את התגובות הגופניות והנפשיות של המועמד לזהותו המינית החדשה.

(3) המועמד יעבור הערכה פסיכו-דיאגנוסטית ע"י פסיכיאטר ופסיכולוג, שמטרתה לבדוק את מצבו הנפשי של המועמד, ובהתאם לכך לאשר או לסרב ביצוע הניתוח.

הועדה רשאית להסתמך על הערכה ומעקב שנערכו מחוץ לכתלי המוסד בו הנה פועלת, ובלבד שהם עונים על הקריטריונים המקצועיים הדרושים.

(4) המועמד יחתום על הטופס המקובל להסכמה לניתוח במוסד בו יבוצע הניתוח, וכן על טופס הסכמה מיוחד לביצוע ניתוח שינוי מין (ראה נספח - טופס הסכמה לניתוח שינוי מין), לאחר שהוסברו לו על ידי חברי הועדה מהות וטיב הניתוח, השלכותיו, תוצאותיו והסיכוכים האפשריים.

## תיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM

.2

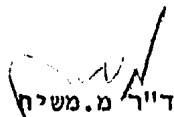
הניתוחים המבוצעים במקרים של HERMAPHRODITISM (TRUE ו-PSEUDO) ומקרים אחרים של פגמים ביצור ההורמונלי התקין, מטרתם להגביר ולחזק את מינס הגנטי של המנותחים מבחינת סימני המין המשניים וכו', ולא לשם שינוי מינו של המנותח.

ניתוחים מסוג זה אינם מכצועים על-סמך אינדיקציה פסיכאטרית, אלא במקרים בהם קיימת אינדיקציה בהסתמך על שינויים גנטיים - הורמונליים או כרומוסומליים.

מובן כי על המועמד לניתוח כנ"ל לחתום על הטופס הרגיל הנהוג להסכמה לניתוח, לאחר קבלת הסברים מתאימים, כמקובל בכל ניתוח אחר.

הואילו לדאוג לכך כי בכל מקרה של חולה המועמד לאחד מהניתוחים האמורים יפעל מוסדכם  
בהתאם לנדרש, כמפורט לעיל.

בברכה,



ד"ר מ. משיח

ראש שירותי אשפוז

לוטה: טופס הסכמה לניתוח שינוי מין

העתק: למנהל הכללי  
לראש שירותי בריאות הנפש  
ללשכת היועץ המשפטי

בס/מע/852



טופס הסכמה לניתוח שינוי מין

שם החולה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מהועדה בביה"ח \_\_\_\_\_ על פרטי הניתוח לשינוי מין אשר כולל כריתת אבר המין הזכרי ושני האשכים, תוך יצירת נרתיק וקצור השופכה. /כריתת שדיים, בניית פיג מלאכותי, וכריתת נרתיק במידה וקיים - (מחק את המיותר).

הוסבר לי והבינתי שאין בניתוח זה אפשרות להביא לידי אורגזמה או לשינויים אחרים בהרגלי המיניים.

הנני מודע/ת לסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הבדיקות הטיפוליים הכרוכים בכך, אני נותן/ת בזה הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים \_\_\_\_\_ (להלן - הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו. לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלום, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אי מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית ובין אזורית אם ובמידה שיהיה צורך כך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

תאריך

שעה:

חתימת החולה:

שמות חברי הועדה וחתימותיהם:

## **Abstract**

The present study deals with the sex change regulation – notice no. 39/86, published as a guideline by the ministry of health at 1986, and with the examining committee on behalf of this regulation at the public hospital "Sheba" at Tel Hashomer. In my work I would like to present the perceptions which the Israeli medical establishment relies upon, as well as the program offered by the ministry of health.

The theoretical literature separates the historical attitude towards gender crossing in the past two-hundred years into two central perceptual models – the dichotomous model compared to the diffuse one. The dichotomous model was the dominant one from the end of the 18th century until the beginning of the 20th century, and it asserted that the two genders – male and female, are opposite to one another and contradict each other (Laqueur, 1990). In comparison, the diffuse model, beginning at central Europe on the 1930's, presented a wide spectrum between male and female in the biological terms, and also in terms of sexual tendency and gender identity (Meyerowitz, 2002). These models had dictated through history two paradigms for the reference and care of cross-gender individuals – correction and support. The correction paradigm is the one viewing gender difference as illness, as part of a "medicalizing" process – a process in which conditions that had not been considered medical in the past, are re-defined and "treated", mostly, in terms of "illness" or "disorder" (Conrad, 1992). These conditions grant the medical establishment with the exclusive authority to examine the subjects asking for access to medical technologies.

Conversely, the supportive paradigm allows for a wide range of gender identities as part of the natural variance existing in nature, and relies on the subject's choice to live in its own unique identity. The goal of medicine and of society, according to this approach, is to assist the transgender men or women as much as possible, to live as they choose.

These models both exist today in the world and form different programs in the western world. In most countries different medical procedures are offered, and in some of these countries there is also partial to full financial refund for these procedures.

The study is based on interviews with five members of the Israeli transgender community – two men (FTM) and three women (MTF) – who started the process for gender altering devised by the sex change committee at SHEBA hospital. Furthermore, I interviewed two experts who are members of the committee and two additional experts in the field, who are not members of the committee: Dr. Ilana Berger, a clinical social worker and experts in the field of sexuality and gender, and Dr. Gal Wagner, a family physician in the CLALIT health care provider. Alongside the interviews, to describe the historical and contemporary events that shaped the perceptions of the committee, I used the analysis of various documents, such as the regulation for sex change, and daily newspaper reports between 1955 and 1996. The interviews and written materials were analyzed using a constructivist qualitative research method.

In this study I intend to make three claims. The first, that regulation no. 39/86, and the committee for sex change in Tel Hashomer that works on its behalf, rely on a “correcting” paradigm, which views gender crossing as a pathology the medical establishment must diagnose, classify, and correct. The discussion regarding this claim will focus on themes concerning the official rhetoric that wishes to mark Transgenders as individuals with suspected mental health, thereby

expropriating them the responsibility over their bodies. The second claim is that despite the prohibition on private sex change operations in the state of Israel, Transgenders with financial or social resources choose ways around the committee – hormonal or surgical procedures outside the committee. Finally, I wish to propose a mechanism through which the sex change committee in Tel Hashomer enables and even encourages in its policy the ones with resources to turn to other routes of action, thereby blocking attempts to a constructive change within the committee – meaning, changing procedure 39/86.

This thesis written under the supervision of Profesor Hanna Hertzog, Department of Sociology and Anthropology, Tel-Aviv University. And with the assistance of Dr. Iris Rachamimov, Department of History, Tel-Aviv University.



Tel Aviv University

The Gershon H. Gordon Faculty of Social Sciences

Department of Sociology and Anthropology

# **A committee will determine whether I'm a Man or a Woman?**

The policy towards gender crossing and Transgender subjectivism in the sex change committee in  
Tel Hashomer

This paper was submitted as the thesis for M.A degree

By

**Yael Sinai**

This study was carried out under the supervision of

Hanna Hertzog

February, 2013