



אוניברסיטת תל-אביב

בית הספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל

טרנסג'נדרים- בין הנפשי לחברתי

סמינריון במסגרת התרכזות בריאות הנפש

המרצה : ד"ר דפנה פרומר

עוזרת הוראה : גברת רחלי טל הדר

שחר מיכאל

לידור גולדנברג

אוגוסט 2013

סמסטר ב' תשע"ג

תוכן עניינים

3.....	מבוא.....
3-5.....	הגדרות ומונחים.....
5-8.....	טרנסג'נדרים בראי הפסיכולוגיה.....
7.....	תיאוריית לחץ המיעוטים.....
8-13.....	טרנסג'נדרים בראי הסוציולוגיה.....
9.....	המודל הביו- רפואי.....
10.....	התיאוריה הפמיניסטית.....
11.....	התיאוריה הקווירית.....
12.....	התיאוריה הטרנסג'נדרית.....
13-19.....	תפיסה ומדיניות כלפי טרנסג'נדרים לאורך השנים.....
14.....	שינויים בתפיסה כלפי מגדר וחצייה מגדרית לאורך השנים.....
15.....	שינויים בהגדרה הפסיכיאטרית של טרנסג'נדרים לאורך השנים.....
17.....	מדיניות כלפי טרנסג'נדרים בעולם.....
18.....	מדיניות כלפי טרנסג'נדרים בישראל.....
19-24.....	טרנסג'נדרים בחברה.....
20.....	המפגש עם בית הספר.....
21.....	המפגש עם מסגרות עבודה.....
23.....	המפגש עם המערכת הרפואית.....
24-27.....	דיון.....
28-34.....	מקורות.....

מבוא

קבלה של קהילת הלהט"ב (הומוסקסואלים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים) הינה אחד השינויים המרכזיים המתרחשים בחברה כיום. עם זאת, רמות הפתיחות בקבלה של כל אחת מתת האוכלוסיות היוצרות קהילה זו שונות מאוד. כאשר בוחנים את יחסן של המוסדות והשירותים השונים אשר אנו צורכים, ניתן לראות כי הם מותירים בזה אחר זה את אוכלוסיית הטרנסג'נדרים מאחור, אשר נחשבת לאחת האוכלוסיות המודרות והמופלות ביותר. לא שונה בכך גם מוסד הפסיכיאטריה: בעוד שהומוסקסואליות איננה מוגדרת כהפרעה נפשית כבר שלושה עשורים, טרנסג'נדרים מתויגים ב-DSM גם במהדורתו האחרונה, אשר יצאה לאור בחודש מאי האחרון.

עם זאת, אין להתעלם מהשינוי המשמעותי שנעשה במהדורה החדשה: כיום האבחנה מתייחסת ל"דיספוריה מגדרית", שפירושה המצוקה שחש האדם בעקבות אי ההלימה בין מינו הביולוגי לזהות המגדר שלו, בעוד שבמהדורות הקודמות האבחנה הוגדרה "הפרעת זהות מגדרית" (GID) ונחשבה להפרעה מינית קשה ביותר. מטרתו של שינוי זה הינה להפחית את הסטיגמות הקיימות בחברה כלפי אוכלוסייה זו לצד הבטחת הנגישות והזכאות שלה לטיפול הולם וראוי.

לאורך סמינר זה אנו נבחן את השינוי וההתפתחות ביחס כלפי טרנסג'נדרים דרך פריזמות שונות מעולמות הפסיכולוגיה, פסיכיאטריה, סוציולוגיה בשילוב עם בחינת התפיסה והמדיניות הקיימת כלפי טרנסג'נדרים בארץ ובעולם. לאחר מכן, נציג ונתאר את מצבם החברתי של טרנסג'נדרים בעודם באים במגע עם המערכות השונות בחייהם (לימודים, תעסוקה וכו'), נדון בהרחבה בשאלה האם אכן מדובר במצב נפשי "אובייקטיבי", אשר מקומו בספר האבחנות הפסיכיאטריות, או האם מדובר בסוגיה אשר החברה איננה מסוגלת עדיין לעכל, וזה מה שמביא לתיוג הנפשי? מהן ההשלכות של מצב זה והאם יש בכלל מקום לשנותו? בנוסף, נדון בהשלכות לפרקטיקה ונתאר דרכים שונות בהן אנשי מקצוע מתחום הטיפול יכולים להתמודד ולהשפיע על רווחתם של אנשי האוכלוסייה הזו, בעודם באים עמה במגע.

הגדרות ומונחים

ליזהות המינית של האדם ארבעה מרכיבים: המיין הביולוגי- מורכב מן המערכות הגנטיות, ההורמונאלית והפיזיולוגית, וקובע האם האדם 'זכר' או 'נקבה'. זהות המגדר- מבטאת את

ההיבט האישי והחברתי של האדם בנוגע להיותו 'גברי' 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. אצל מרבית האנשים ישנה הלימה בין המין הביולוגי שלהם (נקבה או זכר) לבין הזהות המגדרית שלהם (אישה או גבר), אך עבור כ- 3% מהאוכלוסייה ישנה תחושה של חוסר הלימה, בעוצמות ורמות שונות, בין שני מרכיבים אלו (שילה, 2007).

אחוז זה סובל מבעיה כלשהי בזהות המגדרית שלו, כאשר חלק מבעיות אלה מאופיינות בתסמונות ידועות ושונות, דבר המאפשר מיון של סוגי זהויות טרנסג'נדריות. תסמונות אלה אינן מתקיימות באופן מובהק ועל כן מדובר ברצף ובמקרים רבים ייתכן חוסר בהירות וטשטוש של ההבדלים בין סוגי הזהויות (גרינברג, 2006). חוסר הלימה זה מביא למספר רב של זהויות תחת ההגדרה של טרנסג'נדר. ראיין ופטרמן (Ryan & Futterman, 1998), מציגים בספרם טבלה המציגה את סוגי הזהויות הטרנסג'נדריות כגון: Gender bender הכולל- דראג, קוויר, מגלמי נשים, כאשר סוג זהות זה מתמקד בטשטוש המגדר בהתנהגות או בלבוש על מנת להצהיר הצהרה פוליטית. Transvestite/ cross dresser- טרנסווסטיטים, סוג זה מדבר על לבישת בגדים של המגדר השני לצורך הנאה מינית ו/או פסיכולוגית. Androgyne- אנדרוגינוס, סוג זהות הכולל ערבוב של תכונות גבריות ונשיות המעניק תחושת שלמות. Transsexual- טרנסקסואלים, קיימת סתירה בין המין הביולוגי והשיוך החברתי לבין התחושה הפנימית. Nonsergical Trans- טרנסקסואלים ללא ניתוח לשינוי אברי המין מלבד שינויים בסממני מין משניים. Pre/ Post operative Trans- טרנסקסואלים לפני/ אחרי ניתוח, סוג זה מדבר על אותם אנשים שהחליטו לעבור תהליך חיים ארוך לשינוי זהותם המגדרית.

ככל הנראה קטגוריות אלה נראות ברורות למדי, אך עם זאת אינן חד משמעיות ויתכן כי ישנם אנשים אשר לא יכללו את עצמם בשום קטגוריה ועדיין ירגישו חוסר הלימה בין זהות המגדר שלהם לבין מינם הביולוגי. לאור זאת אנשים אלו יושארו עם תחושות משתנות של חוסר התאמה להגדרות המוכרות אשר החברה מכתובה (שילה, 2007). אם כן, מקובל כי המונח טרנסקסואל שהוטבע על ידי המחקר הרפואי בתחום, מתאר אדם הבוחר לשנות את מינו האנטומי בעזרת הורמונים וניתוח בכדי להתאימו לתפישתו את עצמו ואת גופו (Schilt &

(Westbrook, 2009). לעומת זאת, טרנסג'נדר הוא מונח רחב יותר, אשר מתייחס גם לאלו שאינם חשים צורך בביצוע פעולות רפואיות במטרה לשנות את גופם (Bullough, Bullough & Elias, 1997).

טרנסג'נדרים בראי הפסיכולוגיה

קראפט-אבינג, פסיכיאטר וסקסולוג אשר כתב את הספר "פסיכיאטריה מינית", נתן את אבחנתו לגבי ה"פסיכופתיה טרנסקסואלית" בשנות ה-30, אבחנה אשר קבעה את הטון לתפיסת הטרנסקסואליות בעשורים שלאחר מכן. עבודתם של חוקרים כהרי בנג'מין, ג'ון מוני וריצ'רד גרין בשנות ה-60 וה-70 העניקה תאוצה לתיאוריות של טרנסקסואליות, אשר החלו להופיע כשהן מקיפות מספר גישות שהתאפיינו: בהתמקדות בטרנסקסואלים מגבר לאישה עד כדי בלתי נראות כמעט מוחלטת של טרנסקסואלים מאישה לגבר, הנחות מוקדמות על התנהגות מגדרית נכונה וכן חוסר הבחנה ובלבול בין זהות מגדר ומיניות (קריסטה, 2002).

הספרות הפסיכולוגית המוקדמת התעסקה רבות בסיבות ולמקור לטרנסקסואליות, אך ממצאי החוקרים הראו כי למרות שאנשים טרנסקסואלים נחשבו ל"ניורוטיים", המחקרים הראו כי הם "פונקציונאליים" ו"נורמאליים" בכל מובן אחר (קריסטה, 2002). כמו כן, חוקרים רבים ניסו להגדיר סוגים שונים של טרנסג'נדרים, האחד- קרימינלי, סוטה ואנטי חברתי והשני- נחמד, יציב ומכובד. לאחר שהבינו כי אין בטיפולים פסיכותרפיים למיניהם, בכדי לעזור לאנשים אלה לשנות את זהות מגדרם, המחקר עבר להתמקד בחקר הילדות המוקדמת ובגורמים ביולוגיים (Knorr, Wolf & Meyer, 1969).

תיאוריה אשר פיתחה התייחסות ביו-פסיכולוגית, היא התיאוריה של ג'ון מוני, על פיה משתנים ביולוגיים מכתביים את התפתחותנו ואת רמת התגובה לגירויים פנימיים וחיצוניים, ומשתנים פסיכולוגיים וחברתיים יכולים להשפיע על זהותנו המגדרית של האדם ואף לגבור ולהשפיע על הגורמים הביולוגיים ועל מינו של האדם (Devor, 1997). התנהגות מגדרית נכונה, הן של האנשים הטרנסקסואלים עצמם והן של בני משפחותיהם וחבריהם, שימשה כמכשיר קליני להערכת המטופלים הטרנסקסואלים. בעצם ככל שהתנהגות המגדרית תאמה את הנורמה החברתית, כך סיכוייהם של טרנסג'נדרים לקבל את הטיפול הרצוי עלה (קריסטה, 2002). באמצעות סולם גילפרויד- צימרמן, שפותח ב-1948, ניסו חוקרים לכמת את מידת ה"גבריות" או ה"נשיות" של המטופלים. למשל התנהגויות גבריות לנקבות היוו: מתן עדיפות לקריירה על פני

נישואין, העדפת לבוש פשוט הנגזר מצורת לבוש גברית על פני בגדים נשיים. כך, סולם זה שימש ככל היותר כאינדיקציה למידה שבה ספג כל אדם את המסרים התרבותיים המרכזיים לגבי מה מהווה גבריות או נשיות וכן לקטגוריזציות המגדריות הסטריאוטיפיות של המטפל עצמו, ולא הערכה אמפירית של תחושת זהות פנימית עמוקה (קריסטה, 2002)

תיאוריות פסיכואנליטיות התמקדו בהתנהגותם המגדרית של בני המשפחה כגורם מסייע לטרנסקסואליות. מחקרים פסיכולוגיים הראו כי אנשים מגיבים באופן שונה אל תינוקות ממין זכר וממין נקבה, מזהים בהם סממנים של מגדר, ומטפלים בהם בהתאם לכך (Devor, 1989). רוברט סטולר (Stoller, 1985) פיתח תיאוריה פסיכולוגית בנושא, אותה מיקד בהתייחסות הורית המעודדת הזדהות עם תפקידי המגדר השני. אחת מטענותיו הייתה, שאם "שתלטנית" ו"תוקפנית", או בעלת "נטיות בייסקסואליות", לצד אב נעדר או "פסיבי", אשר חיו בקשר נישואין אומלל, עשויים, באמצעות תהליך מורכב לתרום לטרנסקסואליות, אולי יותר מכל גורם אחר.

גרין (Green, 1974) טען, כי לציפיות המיניות של ההורים ולסגנונות המשמעת בהם נוקטים ישנה השפעה רבה. בהתאם לכך טען, כי אב בעל חרדה מינית משמעותית נוטה לגדל ילדים(בנים ובנות) נשיים יותר. בדרך דומה, אמהות המקפידות על נימוסי שולחן טובים ועל הרגלי עשיית צרכים נוקשים וענישת תוקפנות כלפי הורים, קושרו לנשיות הן בבנים והן בבנות. במקרה של ילדים FTM (מאישה לגבר), האחריות רובצת על האם, אשר הקונפליקטים הפסיכולוגיים שלה ביחס לנשיותה הותירו אותה חסרת יכולת להזין את ה"אני המגדרי הנשי המתפתח". עקב אי מתן תמיכה של האם בהיבט זה של האני המתפתח וקידומו, הילדה עלולה לפנות למודל גברי קרוב (Milton, 1983).

תיאוריות אחרות מתמקדות במבנה הנפשי. מקנזי (Mckenzie, 2006), מניחה כי קיים בסיס נפשי דו מגדרי, שבמהלך ההתפתחות נדרש האדם לוותר עליו בכדי להשיג את הייעוד של מגדר אחד התואם את מינו הביולוגי, כאשר אי השלמה של שלב זה מייצרת חריגה מגדרית ומינית, כדוגמת הטרנסג'נדרים. זאת ועוד, היא מציעה כי השלמה עם המבנה החד מגדרי, מהווה דרך להמשך חקירה של המבנה הראשוני הרב מגדרי, ללא קשר למין הביולוגי ולהבנה כי מגדר אינו בינארי. ניתן לראות כי קיים חוסר הבחנה בין זהות מגדר ומיניות בתיאוריות אשר הצגנו עד

כה. לחוסר הבחנה זה משמעות רבה על המחקר הנוכחי בנושא טרנסקסואליות ועל האנשים הטרנסקסואלים עצמם (קריסה, 2002).

בניגוד לתיאוריות שהצגנו עד כה, שהתייחסו לטרנסג'נדרים כפתולוגיה, נציג כעת תיאוריה חדשנית ששמה את המוקד על הקשיים הפסיכולוגיים של טרנסג'נדרים בחברה וטוענת שהלחץ החברתי הוא זה שגורם לבעיות הנפשיות שיותר נפוצות בקרב האוכלוסייה הזו.

תיאוריית לחץ המיעוטים

תיאוריה זו גורסת, כי טרנסג'נדרים, כמו האוכלוסייה הכללית, סובלים מלחצי חיים כלליים העלולים להביא למגוון רחב של סיבות שבגללן יפנו לעזרה נפשית. עם זאת, מעבר ללחצים הכלליים, טרנסג'נדרים מועדים לסבול משיעור גבוה מאוד של אפליה, דחייה ואלימות על רקע זהותם המגדרית, ולכן שיעור גבוה של הפרעות נפשיות בקרב טרנסג'נדרים קשור בוודאי לחוויות אלו. תיאוריה זו פותחה ע"י מאייר (Meyer, 2003), אשר תיאר דרכה את המצוקות הייחודיות מהם סובלים הומוסקסואלים ולסביות, וניתן ליישמה בקלות גם על האוכלוסייה הטרנסג'נדרית. תיאוריה זו שונה מהאחרות שהצגנו בפרק זה בכך שהיא מסבירה את הקושי הפסיכולוגי של טרנסג'נדרים ככזה שנובע מהחברה.

ע"פ תיאוריה זו, קיימים שלושה תהליכים דרכם הומוסקסואלים ולסביות מועדים ללחץ מיעוטים. הראשון הוא אירועים סביבתיים וחיצוניים אשר מתרחשים בחיי האדם כתוצאה לסטטוס המיעוט שלו ומהווה גורם מרכזי ללחץ. אירועים אלו הינם אובייקטיביים מכיוון שהם נראים לעין ולעיתים אף מתועדים (Meyer, 1995). מחקרים רבים מראים כי טרנסג'נדרים מדווחים על רמות גבוהות מאוד של אלימות פיזית ומינית, פיטורין ואי קבלה לעבודה על רקע זהות מגדר, וכן גילויי אפליה ממשפחת המוצא (Hendricks and Testa, 2012).

התהליך השני הינו הציפייה שאירועים חיצוניים כאלו יתרחשו לאדם על רקע השתייכותו לקבוצת המיעוט, והדריכות שאדם זה צריך להיות שרוי בתוכה בגלל ציפייה זו. כתוצאה מדריכות זו, טרנסג'נדרים עלולים לצפות לדחייה ולגילויי אפליה חמורים יותר בשל זהותם המגדרית ולהסתיר זהות זו כדי להגן על עצמם מפגיעה נפשית או פיזית. בתהליך זה מה שיוצר את הלחץ הנפשי הוא גם הציפייה עצמה וגם ההסתרה, ובכך הופכים טרנסג'נדרים למועדים לסבול ממנו (Hendricks and Testa, 2012). התהליך השלישי אשר הופך טרנסג'נדרים למועדים לסבול מלחץ

המיעוטים הוא כאשר העמדות השליליות והאפליה כלפיהם הולכת להיות מופנמת (Meyer, 1995). תהליך זה ידוע בשם "טרנסופוביה מופנמת", והוא סובייקטיבי מכיוון שאינו נצפה ישירות, אך הוא בעל הפוטנציאל ההרסני ביותר מכיוון שעלולה להיות לו השפעה שלילית ומזיקה על יכולת האדם להתמודד בצורה יעילה עם אירועי לחץ חיצוניים ובסופו של דבר מפחית מכושר העמידות של האדם כאשר נתקל באירועים שליליים. מצב זה עלול להתפתח כתוצאה מבריונות, פגיעה מצד בן משפחה ואפליה על רקע זהות מגדר, והשפעתו רחבה מכיוון שהוא מונע מהאדם תחושת קהילתיות ממנה יכול היה ליהנות אם היה מתחבר לטרנסג'נדרים אחרים, מה שנמנע ממנו בשל תחושות האשמה והבושה אותן חווה על רקע זהות המגדר שלו ומביא בסופו של דבר בירידה נוספת בתחושת הערך העצמי (Hendricks and Testa, 2012).

לסיכום, תהליכים אלו עלולים לתרום לרמה גבוהה של תופעות פסיכופתולוגיות, כולל התמכרות לסמים, שינויים קיצוניים במצב הרוח וניסיונות אובדניים. עם זאת, לא כל התוצאות של לחץ המיעוטים הינן שליליות. חברי קבוצת המיעוט יכולים לפתח בעקבות תהליכים אלו כישורי עמידות והתמודדות חזקים בתגובה לפגיעה מהחברה (Meyer, 2003). אחת הדרכים היא ע"י התאגדות עם שאר בני קבוצת המיעוט ובכך להפיג תחושות של בדידות ולהגביר לכידות חברתית ונורמליזציה, אך כדי לעשות זאת על האדם להיות מוכן להיחשף כשייך לקבוצת המיעוט בפני אחרים, מה שיכול להיות בעייתי יותר עבור טרנסג'נדרים המעוניינים להיות מזוהים כבעלי המגדר הרצוי (ולא הביולוגי), בהשוואה להומוסקסואלים ולסביות (Hendricks and Testa, 2012).

טרנסג'נדרים בראי הסוציולוגיה

כפי שנעסוק עוד בהרחבה במסגרת עבודה זו, הגדרת העמימות בזהות המגדר כהפרעה פסיכיאטרית מעלה את השאלה האם אכן מדובר בהפרעה פסיכיאטרית או שמדובר בהגדרות החברה הבינאריות של מהו "גבר" ומהי "אישה", אשר אינן מתאימות לכל האנשים, וכי הקושי שחווים אנשים אשר להם עמימות בזהותם המגדרית קשור לתגובות הסביבה כלפיהם ולא להפרעה בעלת גוון פסיכיאטרי (בדומה לטענת תיאוריית לחץ המיעוטים שהצגנו קודם). אלא הטוענים שלא מדובר בהפרעה מסבירים כי זהות מגדר היא חלק ממגוון הזהויות של בני האדם, וכשם שבעבר גם הומוסקסואליות נחשבה להפרעה נפשית וברבות השנים הבינו אנשי הטיפול שמדובר בנטייה שהיא כנראה מולדת ושאינה בעלת השלכות פסיכיאטריות על האדם, והקשיים

שחווים הומואים ולסביות קשורים לעמדות החברה כלפיהם- כך הדבר גם ביחס לעמימות בזהות המגדר (שילה, 2007). ע"פ רייכט (2012), טרנסג'נדרים נוצר בתוך המוסד התפיסתי של חברה זו מגדרית ומסומנת כסטייה בתוכה, ולכן לא ניתן להתייחס לטרנסג'נדרים בלי לקשרו לתמונה החברתית הכללית בה הוא מתקיים. המודלים והתיאוריות הסוציולוגיות אותן נציג בפרק זה קוראות תיגר ברובן על טרנסג'נדרים כהפרעה נפשית ומתמקדות בהקשר החברתי של התופעה.

המודל הביו- רפואי

למרות שהתפיסות כי ישנן יותר משתי אפשרויות מגדריות וכי המעבר בין אפשרויות המגדר אפשרי קיימות בתרבויות שונות ומזמנים קודמים, בחברה המערבית מקובל המודל הביו-רפואי, הגורס כי המין הינו דיכוטומי, הנקבע ע"פ פיזיולוגיית הגוף וממנו נגזר השיוך המגדרי (נורדברג, 2010). למעשה, טרנסג'נדרים מפירים את הקישור המידי בין מין ומגדר ובכך מעלים איום על רעיונות בסיסיים של נורמטיביות בחברה שלנו (Schilt & Westbrook, 2009).

המודל הביו- רפואי מבוסס למעשה על הפרעת זהות מגדרית (GID) ובכך יוצר למעשה מדיקליזציה של הקשת המגדרית בשל החריגה מתפיסת המין הבינארית (רייכט, 2012). הכנסת התופעה לשיח הרפואי למעשה מוציאה אותו מהשיח הקודם (הדתי למשל) כסטייה ובכך הופכת הרפואה לממסד מפקח ברשות החברה, המאפשר שליטה על התנהלות הפרט בהתאם לנורמות המקובלות בה (Zola, 1972). מה שמחזק את המדיקליזציה של הרפואה הוא התפתחות אמצעים טכנולוגיים ורפואיים החל מהמאה ה-20 אשר מאפשרים שינוי גופני, ויצרו פניה לאנשי המקצוע מצד אלו המחפשים לגיטימציה לתחושותיהם מתוך עולם המושגים הרפואי (Conard, 2005).

בשל העובדה כי המודל הביו- רפואי מבוסס על הגדרה פסיכיאטרית, הוא חושף טרנסג'נדרים לתווית של חולי נפש (רייכט, 2012). נמצא כי גורם המפתח להתרחקות ממגע עם טרנסג'נדריות ומניעת זכויותיהם כנשים היא התפישה כי שונות מגדרית נובעת מהפרעה נפשית, מה שיכול ללמד כי הפתולוגיזציה הפסיכיאטרית משפיעה על דעות קדומות (Winter et al., 2009). עם זאת, בעקבות שינוי האבחנה לאחרונה ל gender dysphoria, והמיקוד המחודש במצוקה ולא בהפרעה, צפוי שינוי לטובה בסטיגמה כלפי טרנסג'נדרים (רייכט, 2012).

המודל הביו- רפואי איננו מסוגל לקחת בחשבון את המורכבות שבזהות טרנסג'נדרית (Hines, 2007) ומכיל כאמור יותר סטיגמות כלפי טרנסג'נדרים ובכך משפיע לרעה על מצבם

החברתי. עם זאת, לביטול הדומיננטיות של מודל זה יש מספר השלכות מרחיקות לכת עבור טרנסג'נדרים. כיום, התפישה הזו משמשת פעולות לקידום זכויותיהם של טרנסג'נדרים (כגון השתתפות המדינה בטיפול ובניתוחים לשינוי מין, בסיס לתביעות משפטיות של אפליה על בסיס מגבלה וכו'), במידה שתבצע דה מדיקליזציה של התופעה ייתכן כי טיפולים הורמונליים ייחשבו בטיפולי בחירה ולא ימומנו בכלל. ברור כי דה מדיקליזציה מוחלטת תביא לפגיעה משמעותית באלו אשר המודל הביו-רפואי מהווה עבורם ביטוי נכון למצוקה אותה הם חשים בנוגע למינם ומגדרם, ולא בהכרח ימנע סטריאוטיפים כלפיהם בשל העברה חזרה למונחי סטייה וחטא תחת אחריות האדם (רייכט, 2012). לכן, כדי להביא להטמעה בחברה יש לשלב דה מדיקליזציה בשינויים חברתיים נוספים (Vincent & Camminga, 2009).

התיאוריה הפמיניסטית

אחד המקומות הראשונים בהן התייחסו לטרנסג'נדרים כאל הפרעה חברתית ולא רפואית, בניגוד לתפישה הביו-רפואית, היא התנועה הפמיניסטית. אחד הקולות המרכזיים הוא של Raymond, אשר טוענת כי טרנסקסואליות נובעות מחוסר הבשלות של החברה לקבל את העובדה כי קיימת מערכת מינים ומגדרים שאינה דיכוטומית, תפישה אשר משתמרת בעזרת אמצעים רפואיים, כמו ניתוחים לשינוי מין. תמיכתה של המערכת הרפואית (הנשלטת בעיקר בידי גברים), נובעת לטענתה מרצונם לצמצם את הכוח הנשי ולשמר את מושג הנשיות העדינה ורצון לייצר נשים כרצונם ובדמותם של גברים (באמצעות ניתוחים לשינוי מין לטרנסג'נדריות). היא קוראת לטרנסג'נדרים לחיות את חייהם כפי שהם, ולהימנע מתוך אמירה פוליטית מניתוחים אלה, ובכך ליצור שינוי תפישתי (Devor, 1997).

לעומת זאת, סטון (Stone, 1991) מציעה ליצור שינוי תפיסתי בהגמוניה לגבי מין ומגדר בכך שטרנסקסואלים ייחשפו כטרנסקסואלים גם לאחר השינוי הגופני, ובכך להעלות את האפשרות להפיכת הסיבתיות המקובלת כי מין אנטומי מייצר את המגדר, מכיוון שטרנסקסואלים יצרו למעשה את המין האנטומי באמצעות תפישת המגדר. בנוסף, חשיפה זו תשחרר אותם ממחיקת עברם, אותו נהגו להסתיר. היא טוענת כי חשיפה זו תסתור את המטרה הנתפשת של שינוי המין- מעבר כבן המין השני, ובכך תסתור גם את המערכת הרפואית והקריטריונים שלה לשינוי מיני. מעשה זה תורם למיקוד הפתולוגיה בתפישה החברתית ולא

באדם הטרנסג'נדר, ובכך משחרר אותו מכבלי "האחרות" ומעניק לו ביטוי של עצמיותו (זיו, 2006).

למרות הקולות התומכים הבאים מתוך התנועה הפמיניסטית, טרנסג'נדרים מייצר אתגר עבור התיאוריה הפמיניסטית, מאחר ושימוש בגישה תיאורטית פמיניסטית המחזיקה בתפישה מהותנית לגבי מגדר תהיה בעייתית ביותר (Nagoshi and Brzuzi, 2010). גישה כזו מתייחסת לגוף כאל נציג הזהות המגדרית, ובכך תהפוך טרנסג'נדרים לבוגדים בזהות הנשית המדוכאת שלהם, בעוד שטרנסג'נדריות אשר ויתרו על הפריביליגיות הגבריות, לא ייחשבו אף פעם כנשים "אמיתיות" (Heyes, 2003).

התיאוריה הקווירית

תובנות פילוסופיות ופוליטיות רבות לגבי מיניות וזהות מגדר שאינן הטר- נורמטיביות שאובות מהתיאוריה הקווירית, אשר צמחה מהתיאוריה הפמיניסטית, שטענה כי התנהגויות וזהויות מיניות "סוטות" אל מול "נורמטיביות" הינן תוצר של מבנה חברתי, אך עם זאת גם קוראת עליה תיגר (Nagoshi & Brzuzi, 2010). היינס (Hines, 2007) אף מציעה את התיאוריה הקווירית ככזו שיכולה להתוות את הדרך הנכונה להבנה והבניית השיח הנוגע לטווח הרחב של זהויות טרנסג'נדריות, בכך שמרחיבה את מושג ה"קוויר" גם לשיח על זהויות טרנסג'נדריות כדי ליצור מרחבים גמישים יותר עבור מגדר מעבר לחלוקה הדיכוטומית של גבר- אישה.

התיאוריה הקווירית בוחנת מבחינה אינטרדיסציפלינרית את ההבנייה של מיניות בחברה ואת הקשר בין מין, מגדר ומיניות. למרות שהתיאוריה הומשגה לראשונה רק בשנות ה-90 של המאה ה-20, בסיסה מצוי עוד ברעיונותיו של פוקו, אשר גרס כי החברה מדכאת את ביטויי המיניות של האדם באמתלה של מוסריות, כדי למנוע התפרצות של כוח הגלום במיניות. פוקו טוען כי כפי שהחברה מכוונית את תפישתנו את המין, היא גם מגדירה את ההתנהגות המינית הנורמלית (Spargo, 1999).

בטלר (2001) מרחיבה את המסגרת הרעיונות של פוקו על מיניות גם לגבי מגדר. היא טוענת כי התנהגויות ותפקודים חברתיים מכוננים את המגדר ולא מבטאים אותו, בתהליך שנקרא "פרפורמנס". ההגדרה המגדרית ניתנת לגוף באמצעות מחוות גופניות הנתפשות כתואמות למגדר ע"פ הנורמות החברתיות הקיימות, וגם ע"י שפה המייצרת מציאות מכוח השימוש החוזר

בה והפיכתה לנורמה (למשל ע"י הגדרת ילוד כבן או בת, מה שקובע את מגדרו העתידי). מהלך זה יוצר אשליה שזהות מגדרית נוצרת כביכול ע"י זהות פנימית שמכתיבה אותה, אך למעשה ההתנהגות המגדרית שלנו נקבעת ע"פ נורמות חברתיות (Butler, 1990).

עם זאת, תיאוריה זו סובלת מביקורת בשל חוסר היכולת שלה להבנות ולתאר זהות אינדיבידואלית. בדומה לתיאוריה הפמיניסטית, תיאוריה זו ביססה זהות קולקטיבית על חשבון הבנתה של חווית החיים האינדיבידואלית (Sullivan, 2003). בנוסף, בטלר מתייחסת לטרנסקסואליות כאל חיקוי לא ביקורתי של מערכת המגדר ההגמונית, ולא ישות זהותית משל עצמה. בכך היא מוחקת ומרדדת את מגוון הזהויות הטרנסג'נדריות ומתעלמת מהקשר החברתי וממאבקהם הפוליטיים של טרנסג'נדרים להכרה. מחיקה זו נעשית באמצעות התייחסות מתודולוגית מוטעית, הסתכלות מרוחקת על טרנסג'נדרים שמטרתה בחינה כללית של מגדר, התעלמות מהקונטקסט ההיסטורי והחברתי של הטרנסג'נדריות וממחקרים קודמים בעולם הסוציולוגי (Beemyne & Eliason, 1996). למרות שתיאוריה זו נחשבת למתקדמת בהבנת זהות מינית ומגדרית ובקריאה לשינוי פוליטי, היא גם נשענת על תפיסות מגדריות סטריאוטיפיות: למרות שהיא מקבלת גברים "נשיים" ונשים "גבריות" לצד מגוון זהויות מגדריות, היא עדיין מתבססת על ההנחה הדיכוטומית של גבר מול אישה (Hausman, 2001).

התיאוריה הטרנסג'נדרית

המודל הביו- רפואי שהוצג קודם, הוליד את מושג הטרנסקסואליות המבוסס על תפיסה בינרית של מגדר, ואשר כללה פרוצדורות לזיהוי, תיאור וטיפול באנשים שביקשו לעבור שינוי מגדרי. ע"פ תפיסה זו, קיימים שני מגדרים אשר הגבולות ביניהם חדים וברורים: אדם יכול להיות או גבר או אישה, כאשר הסמן להשתייכות המגדרית הוא איבר המין. על התפיסה הבינרית הזו קראה תיגר התיאוריה הטרנסג'נדרית החל משנות ה-90, המושתתת על תפיסת המגדר כרצף המתקיים בין שתי קצוות אידיאליות של גבריות ונשיות (גרינברג, 2008). תיאוריה זו התפתחה מביקורת על התיאוריה הקווירית ומציעה המשגה חדשה שנותנת אפשרות לקיום של זהויות מגדריות מרובות מחוץ לדיכוטומיה הגברית- נשית (Roey, 2001). עם זאת, תיאוריה זו גם לוקחת בחשבון את חוויותיהם מהשטח של אינדיבידואלים טרנסג'נדרים וגם את המגבלות שמציבה הביולוגיה על הגמישות המגדרית הרצויה (Monro, 2000).

בניגוד למודל הביו- רפואי, השולל כל חפיפה בין המגדרים ומדגיש את השוני ביניהם, בתפיסה של התיאוריה הטרנסג'נדרית רעיונות של חפיפה, נזילות, דו משמעות וחוסר יציבות בין המגדרים הן חלק מן המציאות. תפיסה זו מסבירה את הטרנסקסואליות וכן זהויות מגדריות לא נורמטיביות אחרות כצורות טבעיות של שונות אנושית. היא רואה בכל אדם תמהיל שונה של גבריות ונשיות וכך מערערת על האמונות הבסיסיות הרווחות בנוגע למגדר כמו קביעות, דיכוטומיה, לכידות ואיבר המין כמסמן את המגדר (גרינברג, 2008).

התיאוריה הטרנסג'נדרית גורסת כי אי התאמה למודלים נורמטיביים של הזדהות מגדרית איננה אלא ווריאציה של הזהות האנושית ואין בה פתולוגיה. המצוקה ממנה סובלים אנשים טרנסג'נדרים נעוצה בלחציה של תרבות הכופה עליהם מודל קשיח של שני מגדרים החייבים להלום את צורת איבר המין. ע"פ השקפה זו, שוני וגיוון הם ערכים רצויים ובמקום לדחות אותם יש להתגאות בהם (De Lauretis, 1990). הרעיון המרכזי של התיאוריה הטרנסג'נדרית אשר מדבר על נזילות וגמישות מגדרית וזהות חברתית ע"פ ההגדרה העצמית של האינדיבידואל, יכול לספק הבנה טובה יותר לגבי זהויות מדוכאות צולבות, מאחר וייקח בחשבון חוויות ודיכויים חברתיים שונים הקשורים לבעלות על זהויות חברתיות שונות ובמקביל גם את הנרטיבים האישיים של אנשים בעלי מספר זהויות חברתיות ואיך אותם אינדיבידואלים מבינים ומנהלים מו"מ בין הזהויות השונות (Nagoshi & Brzuzy, 2010).

תפיסה ומדיניות כלפי טרנסג'נדרים לאורך השנים

כפי שתארנו, לאורך השנים התפתחו ורווחו תיאוריות פסיכולוגיות וסוציולוגיות אשר התייחסו לטרנסג'נדרים בצורות שונות, חלקן הגדול באופן פתולוגי וחלקן מיקדו התייחסותם למצוקת הטרנסג'נדרים במצבם החברתי. תיאוריות אלו, לצד התפתחויות חברתיות שונות, תרמו לשינוי התפיסה והמדיניות כלפי טרנסג'נדרים בארץ ובעולם וכאמור גם על תפיסת מוסד הפסיכיאטריה, כפי שנתאר בפרק הבא.

שינויים בתפיסה כלפי מגדר וחצייה מגדרית לאורך השנים

ע"פ סיני (2013), הספרות התיאורטית מחלקת את היחס בנושא חצייה מגדרית ל-2 מודלים: דיכוטומי ודיפוזי. המודל הדיכוטומי מגדיר גבר ונקבה כהפכים אשר מנוגדים זה לזה

(דומיננטי מהמאה ה-18 עד תחילת המאה ה-20), לעומת המודל הדיכוטומי אשר מתייחס למין כאל ספקטרום רחב יותר, אשר נמצא על רצף, וטוען כי לכל אחד מהמינים קיימים מאפיינים של המין השני (החל להתבסס באירופה בשנות ה-30 של המאה ה-20).

התפיסה הדיכוטומית החלה להתבסס בתקופת הנאורות, אז הספרות האקדמית והעיתונות החלו להתייחס לגבר ואישה כשתי קטגוריות נפרדות לחלוטין ואל היחסים ביניהם כהפוכים ומנוגדים, וזאת בניגוד לתפיסה שהייתה מקובלת עד אז והתייחס לגבר ואישה כבעלי איברי מין זהים אשר התפתחו בצורה שונה (Laqueur, 1990). הפרדה זו נעשתה לא רק ע"ב המין אלא התייחסה לגבר ואישה כמנוגדים בכל אספקט אפשרי אחר, ואף יצרה היררכיה ביניהם. הרמפרודיטים, ולעיתים אף הומוסקסואלים, נתפסו כחלק מקטגוריה שלישית אשר מייצגת ערוב לא טבעי בין המינים (Meyerowitz, 2002). עד למחצית המאה ה-20, ייצוגים טרנסג'נדרים נתפסו כפסיכופתולוגיים ותועדו מספר מקרים של בני אדם אשר שאפו לחיות כבני המין האחר או של בני אדם אשר נולדו למין ביולוגי אחד אך חיו את חייהם כבן המין השני (Drescher, Cohen- Kettenis & Winter, 2012).

המודל הדיפוזי החל להתפתח בתחילת המאה ה-20, כאשר מספר רב של מדענים החלו לאתגר את התפיסה הבינארית שהציג המודל הדיכוטומי, על רקע השינויים החברתיים באותה תקופה שערערו את החלוקה המגדרית אשר הייתה נהוגה עד אז, לדוגמא יציאת נשים לשוק העבודה. מודל זה שם דגש על הבסיס המשותף בין גברים לנשים, ומתייחס אליהם כאל קטגוריות אידיאליות ולא אובייקטיביות, כאשר כלל האנשים מתפזרים ביניהם, ואכן מודל זה זכה לתוקף סטטיסטי רב באותה תקופה שהוכיח כי בין שני המינים קיימת חפיפה גדולה מאוד (סיני, 2013). עד אז היה נהוג לקשר טרנסג'נדרים עם הומוסקסואליות, עד שמגנוס הירשפלד בשנת 1923 היה הראשון שעשה הפרדה בין השניים, אך זו קיבלה אישוש רק עשרות שנים לאחר מכן (Drescher et al., 2012).

הירשפלד הקים בברלין בשנות ה-20 את "המכון לחקר המיניות" בו בוצעו מספר רב של ניתוחים לשינוי מין, ואף זכה להכרה ממסדית עד עליית הנאצים לשלטון. הירשפלד היה בנוסף מי שטבע את המונח "טרנסווסטיטי" לציון זכר או נקבה אשר ביקשו לשנות את מינם. תיאורטיקן חשוב נוסף שיש לציון הוא הארי בנג'מין, אנדוקרינולוג אשר ראה מיניות כבעלת שונות טבעית אותה יש לקבל ולסייע לאנשים אשר מבקשים לשנות את מינם בהתאם לזהותם המגדרית. הוא

אימץ את המושג "מין פסיכולוגי" שלמעשה חיזק את התפיסה שלסביבה יש השפעה חזקה בנושא המיניות, שאינה נקבעת אך ורק ע"פ הביולוגיה (Meyerowitz, 2002). המונח "מגדר" חודד, כפי שמתמשים בו היום, בשנת 1964 ע"י הפסיכיאטרים גרינסון וסטולר, אשר השתמשו לראשונה במונח "זהות מגדר" והכילו בתוכו את התודעה הסובייקטיבית הנשית והגברית. בנוסף, כדי להסביר את מקורה של זהות המגדר, הם הפרידו בין המונחים מגדר ומיניות, ובין זהות מינית לזהות מגדרית. קונספט זה אומץ עד היום בצורה רחבה, ומאותה תקופה ואילך המגדר הפך להיות קטגוריה שגורה במדעי החברה תוך החלפת קטגוריית ה"מין" בשיח על אודות ההיבט החברתי של המינים (Haig, 2004).

שינויים בהגדרה הפסיכיאטרית של טרנסג'נדרים לאורך השנים

המיקום וההגדרה של אבחנות פסיכיאטריות הקשורות לזהות מגדר השתנו לאורך השנים גם ב ICD וגם ב DSM (Drescher et al., 2012). בפרק זה נמקד את התייחסותנו בעיקר בשינויי שנערכו בנושא ב DSM בשל השינוי המשמעותי שנעשה במהדורתו החדשה (עליו נרחיב בהמשך), אך יש לציין שכמעט כל השינויים עליהם נרחיב חלים באופן דומה גם על ICD, אשר משמש את מערכת בריאות הנפש בישראל.

הפעם הראשונה בה DSM התייחס לנושא הייתה רק בהוצאתו השנייה ב 1968, אז כונתה ההפרעה כ"טרנסוסטייטיזם" תחת קטגוריה של סטיות מיניות, אך לא הציע תיאור מורחב או קריטריונים לאבחון (Drescher et al., 2012). במהלך שני העשורים שלאחר מכן, אנשי מקצוע רבים מתחום בריאות הנפש החלו להיות מודעים לתופעה ולבצע מחקרים אמפיריים בנושא, וכך נוצר בסיס ידע רחב מספיק אשר אפשר לתאר את התופעה באופן נרחב ולהציע קריטריונים לאבחון עד הוצאתה של המהדורה השלישית של DSM ב 1980. אז, לראשונה, הופיעו שתי אבחנות: דיספוריה מגדרית בילדים (GDIC) וטרנסקסואליזם, תחת הקטגוריה של הפרעות פסיכוסקסואליות (Zucker and Spitzer, 2005). ב-1987 הוספה אבחנה שלישית: הפרעת זהות מגדרית במתבגרים ומבוגרים, וכל האבחנות נרשמו תחת קטגוריה של "הפרעות אשר בד"כ נצפות לראשונה בילדות". במהדורות הבאות, ב 1994 ולאחר מכן גם בשנת 2000, נרשמו שתי אבחנות תחת הקטגוריה של הפרעות מיניות ומגדריות: הפרעת זהות מגדרית בילדים והפרעת זהות מגדרית במתבגרים ומבוגרים (Drescher et al., 2012).

לקראת הוצאתה של המהדורה החמישית של ה-DSM, הוקמה וועדה מיוחדת ששמה לעצמה למטרה לשנות את ההגדרה הקיימת. מספר מחלוקות ואתגרים מרכזיים עמדו בפני הוועדה, שהמרכזית ביניהם הייתה עניין הפחתת הסטיגמה (ע"י הוצאה מוחלטת של ההפרעה מהספר) אל מול הגישה לטיפול, מכיוון שכדי להיות זכאים אליו, חייבת להיות איזושהי אבחנה מוכרת. מחלוקות אחרות סבבו סביב סוגיית האבחון והטיפול בילדים, עליה לא נרחיב בשלב זה (Drescher, 2013). לבסוף, השינויים שנעשו הם כדלקמן: השארתה של אבחנה הקשורה לנושא (כדי לאפשר נגישות לטיפול), שינוי השם ל"דיספוריה מגדרית"- המתארת את המצוקה העולה להיגרם בשל אי ההלימה בין המין למגדר בניגוד לאבחנות אשר תלו את מוקד ההפרעה בטרנסג'נדריות כשלעצמה, השמה של האבחנה בסעיף נפרד (ולא תחת הפרעות מיניות) והוספה של מדריך לטיפול בטרנסג'נדרים לאחר שינוי המין כדי לאפשר גם להם נגישות לטיפול (DSM-5, 2013).

לסיכום, נראה כי ההקשר הפסיכוסוציאלי והחברתי של אבחון והערכת שונות וגיוון מגדרי משתנה במהירות ומשפיעה כאמור על העולם הפסיכיאטרי. ההגדרות האבחנתיות של הפרעות הקשורות לזהות מגדרית הוא נושא שמאופיין בחוסר ידע, תפיסות מוטעות וחילוקי דעות רבים. האבחנות ומיקומם גם ב-DSM וגם ב-ICD השתנו רבות במהלך השנים ובכך נושא זה מביא לידי ביטוי השקפות מתפתחות לגבי שם האבחנות, מיקומם ומשמעותם. השאלה כיצד טרנסג'נדרים מושפעים מנושאים אלו הינה מורכבת, אך נראה כי המגמה העכשווית היא לזנוח את המודל הפסיכופתולוגי הישן המתייחס לטרנסג'נדרים כאל סטייה מינית חמורה, ולאמץ מודל חדש אשר יהיה רגיש יותר לצרכים ולזכויות האדם באוכלוסייה מוחלשת זו, יתמוך באספקת שירותי בריאות נגישים ובאיכות גבוהה עבורם, וישקף בצורה טובה יותר אינפורמציה מדעית עכשווית ואת הפרקטיקה בנושא (Drescher et al., 2013).

מדיניות כלפי טרנסג'נדרים בעולם

עם השנים, התפתחה מדיניות טיפול שונה באנשים טרנסג'נדרים, וקיימות מספר חלוקות בנושא. חלוקה אחת היא בין מודל טרנסקסואלי למודל טרנסג'נדר. טרנסקסואליות רואה את התופעה כמקורה בנפש, ועל כן התיקון הרפואי והנפשי מטרתו לשמור על הדיכוטומיה הקיימת ולהפוך את המטופלים להטרוסקסואלים למופת. המודל הטרנסג'נדר, לעומת זאת, מסיט את

מוקד הפתולוגיה מהסובייקט לחברה, שאותה על פיו יש לתקן (Denny, 2004). חלוקה נוספת אותה מציע גולדברג (Goldberg, 2003), מפרידה בין פרספקטיבה רפואית לפרספקטיבה מוכוונת לקוח. הרפואית נחשבת למחמירה ודורשת מהמטופלים לעמוד באבחון הקליני המקובל כדי לעבור טיפול: תחילה הורמונלי, בהמשכו "תקופת ניסיון" של חיים כבן המגדר הרצוי ובסופו ניתוח גניטאלי. הפרספקטיבה מוכוונת הלקוח מטרתה לסייע לאנשים טרנסג'נדרים בסיוע רפואי, בקבלת החלטות שקולות ובקידום שימושם בשירותי רפואה, ללא קשר לעמידתם באבחנה הקלינית (Goldberg, 2003).

ניתן לראות כי קיימות לאורך השנים 2 גישות עיקריות לטיפול בטרנסג'נדרים: תיקון ותמיכה. גישת התיקון באה לידי ביטוי בתחילה ע"י הוקעה והוצאה מחוץ לחוק של דפוסים מגדריים לא נורמטיביים בניסיון להחזיר את ה"סוטים" למרחב הנורמטיבי. בהמשך, לאחר הכרת טרנסקסואליות כמחלה, גישת התיקון, אשר מייצגה העיקרי הוא מוסד הפסיכיאטריה, באה לידי ביטוי ע"י ניסיון להתאים את הגוף לנפש או ע"י ניסיון להתאים את הנפש לגוף. גם כאן ניתן לראות כי התפיסה הפתולוגית נותרה בעינה וראתה טרנסג'נדרים כלא בריאים בנפשם ולא מסוגלים לקבל החלטות רציונליות. גישת התמיכה החלה להתפתח עם עלייתם של תפיסות ליברליות והומניסטיות בשנות ה-70, ומייצגה העיקרי הוא ארגון ה (World Association of Transgender Health) WPATH. ארגון זה מורכב מטפלים וחוקרים שעובדים עם טרנסג'נדרים, והוא אחראי להוצאתו של הSOC, מסמך אשר מעניק תוקף רשמי לסטנדרטיזציה של הקריטריונים לאבחון וטיפול (סיני, 2013).

כיום, פרוצדורות להתאמה מגדרית מבוצעות בחלקים נרחבים של העולם המערבי, ובמקרים רבים אף בהשתתפות ציבורית חלקית או מלאה. בדו"ח אירופאי נמצא כי כמעט כל המדינות המשתתפות (16 במספר) הציעו סבסוד לטיפול הורמונאלי, מימון לניתוח שינוי גניטאלי ושחזור חזה גברי לטרנסג'נדרים. בכמה מדינות אף קיימות קליניקות מגדר המציעות לטרנסג'נדרים טיפול רב תחומי בהשתתפות ציבורי ע"י פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים ומנתחים (Whittle, Turner, Combs & Rhodes, 2008). עם זאת, קיימת שונות גדולה בין המדינות בכל הנוגע לקריטריונים לקבלת טיפול במימון ציבורי. ישנן מדינות אשר מחמירות את הדרישות מהמטופלים ומעמידות קריטריונים נוקשים ביחד להמלצות הSOC,

לעומת מדינות אחרות אשר מקבלות את המלצות המסמך במלואן ואף מעמידות קריטריונים מקילים יותר (Goldberg, 2003).

מדיניות כלפי טרנסג'נדרים בישראל

הדיון בנושא המדיניות כלפי טרנסג'נדרים בישראל הינו מורכב מאוד, וניתן להתייחס אליו במספר היבטים. ראשית, אחד המוקדים המרכזיים אליו ניתן להתייחס בנושא הוא מערכת הבריאות, אשר נתפסת לרוב ע"י טרנסג'נדרים כמוסד כוללני שבא לשמר את התפיסות ההטרונורמטיביות (רייכט, 2012). עובדה זו ניתן להמחיש בצורה הטובה ביותר ע"י הוועדה לשינוי מין בביה"ח "תל השומר". וועדה זו (היחידה מסוגה בעולם) קמה בעקבות נוהל לשינוי מין משנת 1986 (ולא עודכן עד היום), למרות התמורות החברתיות שחלו בנושא בשלושת העשורים האחרונים), אשר מציבה קריטריונים לטרנסג'נדרים המבקשים להתחיל בהליך לשינוי מין דרך שירותי הבריאות. ועדה זו כוללת פסיכיאטר בכיר, מנתח פלסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג. על המועמד לחיות בשנתיים שלאחר הפנייה במגדר אליו היה רוצה להשתייך (למרות שמסמך ה-SOC ממליץ על שנה) ולעבור הערכה פסיכו-דיאגנוסטית. על המועמדים להיפגש עם פסיכולוגית הוועדה כפעם בחודש, לעבור אבחון פסיכיאטרי, מבחני אישיות ואינטליגנציה. בתום השנתיים מתכנסת הוועדה ומחליטה האם להעניק לאדם את האישור, ולאחר מכן נקבע מועד לסדרת הניתוחים בד"כ כשנה לאחר קבלת האישור, בשל העומס והעובדה כי בארץ קיים מנתח אחד בלבד אשר מבצע ניתוחים מסוג זה (סיני, 2013). כיום קופות החולים מאפשרות החזר כמעט מלא להליך זה (מלבד פסיכותרפיה והסרת שיער), מה שמעמיד כביכול את ישראל בין מדינות הרווחה המתקדמות בנוגע לנושא זה, אך החסמים שמעמידה הוועדה מביאים לכך כי כמעט כל הטרנסג'נדרים אשר מעוניינים בהליך לשינוי מין מעדיפים לפנות לאפיקים פרטיים בחו"ל, מאחר וניתוחים פרטיים בארץ אסורים (גבאי, 1997).

גם משרד הפנים נחשב גורם מרכזי בהתוויית המדיניות כלפי טרנסג'נדרים מאחר והוא נחשב לסמכות בענייני רישום המין והשם. ע"פ נהלי משרד הפנים, שינוי השם הפרטי הינו הליך פשוט וניתן לעשותו ללא קשר למגדר המקובל של השם או של האדם הפונה, ללא צורך למתן הסבר או אישור בדבר בניתוח לשינוי מין. שינוי סעיף המין, לעומת זאת, נחשב למחמיר ונוקשה ונעשה רק על סמך תעודה רפואית מאושרת ע"י משרד הבריאות עבור טרנסג'נדרים שעברו לחלוטין את הליך שינוי המין (שטרן, 2008).

טרנסקסואלים בישראל גם רשאים לפנות לוועדה רפואית מטעם הביטוח הלאומי אשר יכולה לפסוק עבורם נכות בגובה 50% ועל כן להיות זכאים לקצבה. למרות שסיוע זה הינו חשוב, הוא מבוסס על הרציונל כי טרנסג'נדרים סובלים מהפרעה נפשית קשה, ובכך נוהל זה מנציח את הסטיגמה הדבקה באוכלוסייה זו (מולא, 2012).

טרנסג'נדרים בחברה

לאחר שבחנו את נקודת מבטן של דיסציפלינות שונות אודות טרנסג'נדרים ותיארנו את תהליכי המדיניות הפועלים בעולם ובארץ, אנו רואים בחשיבות הצגת מצבם החברתי של טרנסג'נדרים כפי שהוא בא לידי ביטוי במספר תחומים שונים ומרכזיים בחברה המודרנית של ימינו. נורה גרינברג טוענת, כי שום מודל טיפולי באנשים טרנסג'נדרים אינו יכול להצליח כל עוד אינו מביא בחשבון את מציאות חייהם של המטופלים, את תנאי הדחייה העצמית העמוקה ואת הסכנות והמכשולים הנערמים בדרכם. מוספיה ואומרת שאנשים טרנסג'נדרים רבים חיים במצב של הדרה חברתית ודחיקה לשוליים וסובלים מכל המאפיינים השליליים של קבוצה הנתונה תחת סטיגמה וסובלת מעוונות ונידוי (גרינברג, 2008).

בסקר שנערך באוסטרליה ובניו זילנד אודות רווחתם של 253 טרנסג'נדרים הנמצאים בהליך לשינוי גופם כך שיתאים לזהותם המגדרית, עלה כי מרביתם מדווחים כי הם מאושרים מחייהם. ממצאים נוספים הראו כי השיפור הרב ביותר במצב רוחם חל רק לאחר שזהותם הטרנסג'נדרית קיבלה הכרה והם החלו בתהליך הרפואי. אך עם זאת, 84.7% מהעונים על סקר זה דיווחו כי חוו אפליה או סטיגמה בעקבות זהותם המגדרית אם במניעת שירות ואם בצמצום אפשרויות עבודה ו19% חוו התעללות פיזית. זאת ועוד, ידוע שכשני שלישי מן המשיבים חוו דיכאון עכשווי בעקבות הפחדים מן הסטיגמה והאפליות החוזרות שחוו (Couch, Pitts,) (Mulcare, Croy, Mtchell & Patel, 2007).

מחקרים אחרונים מצביעים על כך שאוכלוסיית הטרנסג'נדרים נמצאת באחוז סיכון גבוה לביצוע ניסיונות התאבדות, בייחוד אותם אנשים אשר סבלו מאלימות כלפיהם ומחוויות שליליות אחרות בשל הזהות המגדרית שלהם (Hendricks & Tesa, 2012). גורמים נוספים לנטייה להתאבדות בקרב אוכלוסייה זו הם: היעדר עבודה, אונס או מין כפוי, פגיעות מילוליות הקשורות למגדר וחוסר ביטחון עצמי (Clements, Marx & Kats, 2006). הנדריקס וטסה (Hendricks &)

(Tesa, 2012), טוענים שיש קשר בין תיאוריית לחץ המיעוטים והתהליך אותו עוברים הטרנסג'נדרים לפי מודל לחץ המיעוטים אותו הצגנו, לבין ניסיונות ההתאבדות בקרבם.

המפגש עם בית הספר

יותר ויותר צעירים, בעיקר בגילאי התיכון, חוקרים וחווים את המשמעות של להיות טרנסג'נדר. כמו שכיום "יציאה מהארון" של הומואים, לסביות וביסקסואלים נעשית בגילאים צעירים יותר מבעבר, גם צעירים עם מגדר שונה יכולים לבטא את זהותם המגדרית בגילאים מוקדמים (McCarthy, 2003). כאשר הצורך בסביבה בטוחה בבית הספר לצעירים וצעירות לסביות, הומואים וביסקסואליים הפך להיות יותר ויותר מובן, תשומת הלב עברה אל החוויות הבית ספריות אותן עוברים צעירים טרנסג'נדרים. צעירים אלה מתמודדים עם מצב חמור יותר של דחיקה לשוליים מאשר לה"ב (לסביות, הומואים וביסקסואליים) בני גילם ובנוסף לכך יש להם פחות גישה למענים, מכיוון שמדיניות שונות מעוצבות כך שהן מגנות על פרטים לה"ב ואינן מספקות הגנה המתבססת על זהות מגדרית או ביטוי (Ryan & Rivers, 2003).

צעירים טרנסג'נדרים רבים מדווחים על הטרדה ברמות גבוהות יותר מאשר דיווחם של לה"ב צעירים. מחקרים אשר חקרו את האקלים הבית ספרי בקרב טרנסג'נדרים צעירים, אישרו כי אוכלוסייה זו סובלת מהטרדות חמורות כאשר תוכנן הוא הטלת ספק במיניותם והעלבות מילוליות ופיזיות (Grossman & D'augelli, 2006). צעירים טרנסג'נדרים חווים סביבה לימודית באופן שלילי וייתכן כי הם לא מרוויחים ישירות מהתערבויות תמיכה הניתנות ללסביות, הומוסקסואליים וביסקסואליים, צעירים וצעירות.

מחקר שנערך בקרב 2260 תלמידים, אשר מתוכם 68 תלמידים טרנסג'נדרים, בחן את המפגש של תלמידים טרנסג'נדרים עם סביבת בית הספר תוך התמקדות ב: הטרדות במסגרת בית הספר, צעדים הננקטים על מנת להפחית הטרדות אלה, תפקידם ההגנתי והתמיכה של צוות בית הספר ואת ההשלכות של הטרדות אלה הכוללות החלפת בית ספר ונשירה. ממצאי המחקר גילו כי תופעת הטרדת תלמידים טרנסג'נדרים היא תופעה ההולכת ומתפשטת והטרדה זו מתקשרת ישירות לביטחונם של תלמידים אלה (Mcguire, Anderson, Toomey & Russell, 2010). מחקרים קודמים אודות צעירים טרנסג'נדרים גילו סיכויים גבוהים לבעיות נפשיות, התנהגויות מין מסוכנות ועלייה בסיכון להידבק ב-HIV בקרבם (Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, &)

(Harper, 2006). הספרות המצטברת בנושא טוענת שחלק משמעותי מהצעירים הטרנסג'נדרים מתמודדים עם יותר קשיים נפשיים כגון: דיכאון, חרדה, פגיעות עצמאיות והתנהגות מינית מסוכנת, מאשר צעירים אחרים. עם זאת, הגורמים לכך אינם ברורים ויש האומרים כי סיכונים אלה נגרמים כתוצאה מסטיגמה, דחייה וקורבנות מצד ההורים, קבוצת השווים ואחרים (Fontaine, 2002).

מחקרים אחרונים שנערכו הראו, כי קיים קשר חשוב בין הפעולות בהן בית הספר נוקט לבין רווחתם של צעירים טרנסג'נדרים. כמו כן מתוך הממצאים עלה כי משתתפי המחקר העלו רצון חזק בהתערבות המורים לעצור את ההטרדות ובתמיכתם, למרות העובדה שתמיכה זו הייתה נדירה. הממצאים הראו באופן ברור שבתי ספר ינקטו ביותר פעולות על מנת לעצור הטרדות בקרב צעירים טרנסג'נדרים, כאשר הם יקבלו תמיכה ממקום חיצוני עירוני ואף מדיני (Mcguire et al., 2010).

המפגש עם מסגרות עבודה

הספרות אודות ניסיונותיהם של טרנסג'נדרים במקומות עבודה לוקה בחסר ולרוב ההתמקדות במחקרים שונים היא סביב קהילת הלהט"ב בכלליות (Brewster, Velez, Moradi & DeBlaere, 2011). באופן די ברור, נמצא כי אפליה במקום העבודה על בסיס זהות מינית ומגדרית ואקלים במקום העבודה אשר אינו תומך בלהט"בים המועסקים בו קשור לשביעות רצון נמוכה ממנו, לחץ פסיכולוגי, סימפטומים דיכאוניים ואף בעיות בריאותיות (Smith & Ingram, 2004). בנוסף, מקומות עבודה רגועים ותומכים יעודדו להט"בים המועסקים בהם להרגיש יותר בנוח "לצאת מהארון" ולהזדהות כלהט"בים, וכן נמצא כי חשיפת הזהות המינית והמגדרית במקום העבודה דורשת משאבים נפשיים רבים ומובילה בסופו של דבר לשביעות רצון נמוכה ממקום העבודה ותחושות לחץ גבוהות (Griffith & Helb, 2002). עם זאת, קיימת עדות לכך כי לחשיפת הזהות המינית והמגדרית במקום העבודה עלולה להיות השפעות שליליות יותר מאשר הסתרתה במקרים מסוימים (Huebner & Davis, 2005). מכיוון שאין להסתכל בהכרח על "יציאה מהארון" כחיובית או שלילית בהכרח במקום העבודה, יש לקחת בחשבון את האסטרטגיה בה בוחרים להט"בים לחשוף או להסתיר את זהותם המינית והמגדרית (Brewster et al., 2011).

למרות שהממצאים אודות מצבם של להט"בים במקומות העבודה חשובים ורלוונטיים עבור אוכלוסיית הטרנסג'נדרים כחלק אינטגרלי ממנה, יש לקחת בחשבון שחוויות הנוגעות להטרדה ואפליה במקום העבודה, אקלים מקום העבודה וניהול הזהות מעוצבות אצל טרנסג'נדרים באופן ייחודי דרך זהות מגדרית והצגתה ברבים (Brewster et al., 2011). מחקר שבדק טרנסג'נדרים בלבד מצא כי חצי מהנבדקים דיווחו על איומים פיזיים, התעללות רגשית ואף פיטורים בשל זהותם המגדרית וכי כמעט כל הנבדקים חשו כי עמיתיהם למקום העבודה התייחסו אליהם באופן שונה לאחר שנחשפו כטרנסג'נדרים (Budge, Tebbe & Howard, 2010). בנוסף, עובדים טרנסג'נדרים חשו לחץ להתאים את עצמם במקום העבודה כדי להתאים את עצמם לנורמות המגדריות המקובלות ודיווחו שעשו זאת ע"י שימוש באסטרטגיות שונות כמו הצגת עצמית ע"פ המגדר אליו רוצים להשתייך או שלילת כל קשר עם אוכלוסיית טרנסג'נדרית, בעוד מעטים מהם נחשפו כטרנסג'נדרים במקום העבודה (Schilt, 2006). דבר נוסף שחשוב לציין הוא שממוצע ההכנסה של האוכלוסייה הטרנסג'נדרית נמוך ממוצע ההכנסה של האוכלוסייה הכללית (Whittle, Turner & Al- Alaml, 2007).

לאור הנאמר לעיל, המספק מראה שלילית אודות השתלבותם של טרנסג'נדרים במקומות עבודה, ראינו צורך להציג מידע נוסף המתקשר לתחום התעסוקה של טרנסג'נדרים והוא **העיסוק בזנות**. קיימים מחקרים המראים שעבודה בזנות היא ההכנסה העיקרית של טרנסג'סואלים ואף טוענים כי לחלקם זוהי לא עבודה בלבד והם מפיקים הנאה וניסיון מיני מכך. עיסוק בזנות מאפשר לטרנסג'סואלים לקבל מחמאות ולהרגיש סקסיים, מושכים ובעלי ביטחון עצמי גבוה, תחושות אשר מתקשים להרגיש במקומות אחרים (Kulick, 1998).

ממצאים ממחקרם של דוידסון וליכטנטריט (Leichtentritt & Davidson, 2004), מראים כי הסיבה העיקרית לעיסוק בזנות בקרב טרנסג'נדריות (M to F) נובעת מעזיבתן את הבית בגיל צעיר מאוד. קיימים שני הסברים אפשריים נוספים לעיסוק זה סופקו על ידי משתתפי המחקר. הסבר ראשון הוא חוסר במערכות תמיכה כתוצאה ממערכת יחסים מורכבת עם הוריהן ומחוסר אמונה ויכולת לקבל תמיכה מקבוצת השווים. ההסבר השני הוא האמונה כי אין להן אלטרנטיבות אחרות להכנסה כלכלית ועיסוק בזנות הוא ההזדמנות היחידה שלהם לשמר ולשפר את מראם הנשי. הנרטיב של החברה הישראלית דורש מטרנסג'סואליות צעירות לרכוש מיומנויות ולבסס את המגדר שלהם, שזהו תהליך חיים ארוך ויקר, בכוחות עצמם. כאשר באותו זמן החברה

הישראלית סוגרת בפניהם אפשרויות הכנסה אחרות ומספקת להם שירותים מעטים בחברה (Leichtentritt & Davidson, 2004).

המפגש עם המערכת הרפואית

המפגש עם המערכת הרפואית הוא חלק מאוד משמעותי בתהליך השינוי אותו עובר הטרנסג'נדר. מעבר למעבר החיצוני והפיזי אל מול החברה, המאפשר לטרנסג'נדרים לעבור למגדר הרצוי בישראל ההליך הרפואי מאפשר גם שינוי שם ולבסוף שינוי המין ברישום הרשמי במשרד הפנים (רייכט, 2012). ההיסטוריה של המחקר בנושא טרנסג'נדריות וטרנסקסואליות מצאה כי הגישות הטיפוליות אופיינו בחוסר מודעות להטיות תרבותיות וחברתיות, חוסר הבנה של משחקי הכוחות בין הטרנסג'נדר המטופל למטפל ובפרדיגמות מנותקות מן המציאות, ובמידה מסוימת מאפיינות גם את הגישות קיום (Denny, 2004).

למרות קיומם של צרכים רפואיים מרובים וייחודיים של הקהילה הטרנסג'נדרית, נמצא כי יותר מ-70% התמהמהו בפנייה לקבלת שירות רפואי מחשש מאפליה מצד אנשי המקצוע (Newfield, Hart, Dibble & Kohler, 2006). בנוסף לכך, קיים חוסר נגישות לאנשי מקצוע בעלי ידע ורגישות לתחום דבר הנמצא כגורם המרכזי לאי שמירת קשר בקרב טרנסג'נדרים עם רופא המשפחה שלהם. קשר זה הוא חשוב וחיוני להימנעות מסיכונים בריאותיים (Sanchez, Sanchez & Danoff, 2009).

במחקרה של רייכט (2012) עלו מספר ממצאים אודות נגישות הטיפול לטרנסג'נדרים וניכר כי עליהם להתמודד עם מספר מחסומים במפגש עם המערכת הרפואית. המחסום הראשון בו מטופלים נתקלים הוא הן חשיפה של זהות והן חשיפה גופנית שעלולה להיות פולשנית למדי, בעוד שחשיפה זו לעיתים אינה מלווה בקבלה מצד הרופא המטפל. כמו כן, המשתתפים במחקר זה מספרים על המידע החסר שיש בידי הצוות הרפואי ועל מנת שהטיפול יחוה כנגיש למטופל טרנסג'נדר, על המערכת הרפואית לרכוש ידע בסיסי בתחום והיכרות עם היחס ההולם לטרנסג'נדר. בנוסף למכשולים אלו, עלו הבדלים במידת הנגישות לטיפול רפואי הולם על בסיס אזור גיאוגרפי ומעמד חברתי- כלכלי. מהמחקר נראה כי קיימים הבדלים באופי השירות באזורים כמו תל אביב והמרכז לבין אזורי הצפון והדרום ואנשים המתגוררים בשני, נוטים להגיע למרכז

בכדי שיוכלו לקבל טיפול הולם. המחסור במידע וקשיי גישה לטיפול מתאים הנם גורמים מרכזיים להשגת טיפול רפואי באמצעי אלטרנטיבי וללא השגחה רפואית (Lev, 2009).

דין

עבודת מחקר זו באה לעסוק בסוגיה, לאור השינויים האחרונים שנעשו בנושא ב-DSM, האם ניתן להתייחס לטרנסג'נדרים כפתולוגיה נפשית או האם מדובר בשוני חברתי, אשר נובע מכך שמגדר נמצא על רצף מסוים ואינו דיכוטומי בהכרח. במהלך העבודה תיארנו את היחס כלפי תופעה זו מכמה נקודות מבט פסיכולוגיות וסוציולוגיות. בנוסף עסקנו בהתפתחות התפיסה והמדיניות כלפי התופעה בארץ ובעולם וכן תיארנו בהרחבה את ההשלכות החברתיות של סטריאוטיפים ודעות קדומות הקשורות לתופעה, על אוכלוסיית הטרנסג'נדרים ואורח חייהם במפגש עם המערכות השונות הסובבות אותם.

נוכחנו לראות בעקבות עבודה זו, כי נושא זה שנוי במחלוקת וקיימות התפתחויות ושינויים רבים בכל התחומים ביחס אל טרנסג'נדרים, החל מתפיסות ישנות יותר המתייחסות לתופעה כפתולוגיה תוך נפשית ואף ביולוגית, ועד לתפיסות מתקדמות יותר הרואות בשונות מגדרית כלגיטימית ואף סיבה לגאווה. לאור ההתפתחויות בנושא, עולה השאלה האם עדיין לגיטימי להתייחס לטרנסג'נדרים כאל בעיה נפשית אשר מקומה בספר האבחנות הפסיכיאטריות? דרצ'ר (Drescher, 2013) במאמרו, מציג את מסקנותיה העיקריות של הוועדה המיוחדת שהוקמה כדי לבחון סוגיה זו, ולבסוף החליטה שנחוץ להשאיר אבחנה מסוימת ב-DSM החדש, אך לשנות את שמה ולהוציאה מהקטגוריה של הפרעות המיניות. במאמרו הוא טוען כי הוועדה לא יכלה להגיע למסקנותיה בצורה אמפירית, אלא התייחסה למגוון הדעות האישיות של חבריה.

אם כן, עולה השאלה מדוע נחוץ היה להשאיר את האבחנה אם איננה מבוססת על נתונים אמפיריים כמו שאר האבחנות? ואכן, אחת המחלוקות המרכזיות שעלו בוועדה היא סוגיית "סטיגמה אל מול גישה לטיפול": עצם ההתייחסות לטרנסג'נדרים כהפרעה נפשית מחזקת אומנם את הסטיגמה הקיימת ובכך משפיעה לרעה על יחס החברה כלפי טרנסג'נדרים, אך יחד עם זאת האבחנה גם מעגנת את זכותם של טרנסג'נדרים לקבלת טיפול הולם במימון ציבורי, שפעמים רבות כולל הרבה מעבר לניתוח שינוי המין. ואכן, כפי שהצגנו, נטען כי הוועדה לא הצליחה להגיע למסקנה אופטימלית שתאפשר את הכחדת הסטיגמה מבלי לפגוע בנגישות לטיפול.

אומנם ההקשר הפסיכוסוציאלי של שונות מגדרית משתנה במהירות עם קבלה חברתית גוברת לתופעה, אך עם זאת חברי הוועדה גילו קושי בלהציגה לעולם כתופעת חיים נורמלית הדורשת טיפול תרופתי (Drescher, 2013). כלומר, אנו נוכחים לראות כי הוועדה ביססה את מסקנותיה על שיקולים חברתיים גרידא.

אומנם שינוי שם האבחנה ומיקומה החדש ב-DSM צפוי להפחית את הסטיגמה המקושרת לקבלתה, אך לעצם השארתה יש השלכות חברתיות מרחיקות לכת עבור טרנסג'נדרים. נמצא כי גורם המפתח להתרחקות מנשים טרנסג'נדריות ומניעת זכויותיהן כנשים הוא הצימוד בין טרנסג'נדרים לשיגעון והתפישה כי שונות מגדרית נובעת מפתולוגיה נפשית. אולם, למרות השפעת התווית הנפשית על קיומן של דעות קדומות, קיימת ההשערה כי ביטול ההתייחסות הרפואית תחיה התייחסות של מוסדות דת ומוסר לתופעה כאל חטא וסטייה, מה שיביא לתוצאה דומה של סטיגמות ודעות קדומות (Winter et al.). כלומר גם כאן ניתן לראות כי הדיון המתנהל סביב האבחנה מתבסס על שיח חברתי ולא על בסיס נתונים אמפיריים המעידים על התופעה כנפשית.

ניכר כי גישת התיקון והמודל הביו רפואי הרואים בתופעה כפתולוגיה נפשית, אותה הצגנו בפרק על תפיסות כלפי טרנסג'נדרים, היא זו שמכתיבה באופן מובהק את המדיניות כלפי טרנסג'נדרים בישראל. העובדה כי האדם החש אי הלימה בין זהות המגדר שלו למינו הביולוגי ומבקש לשנות את מינו נאלץ לעמוד בפני וועדה (היחידה מסוגה בעולם) אשר הקריטריונים שלה מיושנים (לא עודכנו כאמור משנת 1986) ומחמירים ביותר ביחס למדינות מערביות אחרות מעידה על היותה של המדיניות בישראל כפטרנליסטית. הוועדה כוללת סוללת אנשי מקצוע אותם נאלץ האדם הטרנסג'נדר לשכנע כי הוא "ראוי" לעבור את הניתוח, ובכך מעניק לחברי הוועדה כוח לא מידתי וסטטוס של מאין שומרי סף (סיני, 2012). בנוסף, הקריטריונים הפנימיים של המוסד לבטל"א קובעים כי הזכאות של טרנסקסואלים לקצבת נכות מבוססת על היותם סובלים מהפרעה נפשית קשה המקשה על תפקודם היומיומי (מולא, 2012).

אנו טוענים כי כפי שגישות פסיכולוגיות וסוציולוגיות, לצד האבחנה הפסיכיאטרית, משפיעות על מדיניות כלפי טרנסג'נדרים בישראל, כך כל אלו ביחד עלולים להשפיע ולהכתיב את אופן הטיפול בהם ע"י אנשי מקצוע מכל התחומים הבאים עימם במגע. לאור זאת, בחלק הבא של הדיון, נעסוק בהצגת דרכים אופטימליות אשר יאפשרו לאנשי מקצוע מתחום הטיפול להעניק את

השירות המיטבי לאוכלוסייה זו. לנושא זה חשיבות יתרה מאחר ובמקרים רבים אנשי טיפול מתחום בריאות הנפש מעניקים אסמכתא וקובעים לגבי יכולתו של אדם לקבלת הטיפול ההורמונלי או הכירורגי אותו הוא מבקש. מטפלים מבריאות הנפש נתפסים במקרים רבים ע"י טרנסג'נדרים כגורמים מאשרים בלבד (ואף מאיימים) ולא כגורמי טיפול, לכן לא מספקים את התמיכה הדרושה לאוכלוסייה זו ובכך נמנעת נגישותם לטיפול (רייכט 2012).

במאמר אשר ניסה לבחון את אסטרטגיות ההתמודדות של טרנסג'נדרים אל מול הדיכוי החברתי אותו הם חווים, עלו מספר נושאים מרכזיים: האפשרות להגדיר את זהותם תוך שימוש בשפה הייחודית להם, הרחבת המודעות העצמית שלהם לגבי דיכוי חברתי כלפי טרנסג'נדרים, חיזוק האמונה העצמית כי הם בני אדם בעלי ערך, חיזוק הקשר עם קהילות תומכות (לא רק להט"ביות), הגברת האקטיביזם החברתי שלהם, חיזוק התקווה לעתיד והיכולת לשמש מודל לחיקוי לאחרים נמצאו כולם כגורמי חוסן אשר מגבירים את רווחתם הנפשית של הנבדקים ומחזקים את יכולתם להתמודד מול חברה מדכאת. על המטפלים והיועצים לקחת בחשבון גורמים אלו בעבודה הטיפולית ולנסות לחזקם אצל המטופל (Singh, Hays & Watson, 2009).

בעבודה מול אוכלוסייה טרנסג'נדרית, על עובדים סוציאליים לזהות ולגשר על המתח שבין מודלים מהותניים ובינאריים לבין מודלים קוויריים ושל הבנייה חברתית. ישנן מספר דרכים פרקטיות באמצעותן עובדים סוציאליים יכולים לעשות זאת. אחת מהן היא שימוש בשפה מתאימה ונזילה מגדרית ע"י פנייה ללקוחות בשם בו הם בוחרים לייצג את עצמם. כמו כן, עליהם להימנע מלהניח הנחות לגבי מוטיבציה, התנהגות וגישה של בני אדם המבוססות על קטגוריות זהות חברתית ועליהם להיות יותר רגישים למקור ולהתניות של קטגוריות אלו (McPhail, 2004). בנוסף, על עובדים סוציאליים לזהות את הקשר שבין הפתולוגיזציה הנפשית של טרנסג'נדרים לבין האפליה והדיכוי החברתי ממנו הם סובלים. עליהם להבהיר למטופליהם הטרנסג'נדרים שאי הנחות בהם חשים בזהותם המגדרית אינה פתולוגית אלא נובעת מהקושי להתאים לנורמות חברתיות, ולכן עליהם לא להמליץ בהכרח על ניתוח לשינוי מין אלא להתמקד ביצירת מרחב בטוח ליצור את זהות המגדר המתאימה להם, ללא קשר לרצונם לעבור את הניתוח או לא. דרך נוספת המומלצת לעבודה מול אוכלוסייה טרנסג'נדרית היא זיהוי מקורות העצמה בסיפורים ובזהויות הצולבות שלהם ע"י ניסיון לבחון זהות מדוכאת אחת דרך פרספקטיבה של זהות אחרת, מה שבסופו של דבר יכול להוביל להבנת היכולת שלהם ליצור ולהגדיר בעצמם את הזהות שלהם (Nagoshi & Brzuzi, 2010).

לסיכום, אנו טוענים כי למרות שהצגנו כי השיקולים להגדרת טרנסג'נדרים כהפרעה נפשית הינם חברתיים ואינם מבוססים מבחינה אמפירית, יש לברך על השינוי האחרון ב-DSM, אשר מוריד מחומרת ההפרעה ובמקביל מבטיח נגישות לטיפול עבור אוכלוסייה מוחלשת זו. יש לבחון בשנים הקרובות האם השינוי אכן משפיע על הורדת הסטיגמה הקיימת כלפי טרנסג'נדרים ובכך מביא לשינוי במצבם החברתי וברוחותם הנפשית של חברי אוכלוסייה זו. עם זאת, ברור כי שינוי זה איננו מספיק וחייב להיות מלווה בשיטות התערבות נוספות ברמת המקרו כגון שינוי הנהל הקיים לניתוח לשינוי מין, לצד פעילויות חינוך והסברה בנושא בקרב הציבור הרחב ובקרב מטפלים בפרט. אנו מקווים, גם אם יהיה זה תמים מצדנו, כי עד הוצאתה לאור של המהדורה השישית של ה-DSM לא יהיה צורך בצימוד המיושן בין טרנסג'נדרים לפתולוגיה, וכי טרנסג'נדרים יוכלו להיות זכאים לטיפול ראוי מתוקף היותם אזרחים שווי זכויות בעלי צרכים ייחודיים, ולא מתוקף היותם סובלים מהפרעה נפשית כביכול.

מקורות

- בטלר, ג'. (2001). צרות של מגדר. מכאן, ב', 19-202. (פורסם לראשונה בשנת 1990).
- גבאי, ד. (1997). קופ"ח הכללית מסכימה לממן ניתוח לשינוי המין. מעריב.
- גרינברג, נ. (2006). מסעו של האדם הטרנסקסואלי- מהפך וחיבור מחדש. כוורת, 13.
- גרינברג, נ. (2008). עקרונות לנוהל ניתוחים לשינוי מין. הוגש לוועדת משרד הבריאות לבחינת נוהל 39/86.
- זיו, א. (2006). מבושה לטראנסג'נדר- נרטיב של התפתחות מגדרית. תל- אביב: חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. אוניברסיטת תל- אביב.
- מולא, ש. (2012). הכללים החשאיים של הביטוח הלאומי. ידיעות אחרונות.
- נורדברג, ג'. (22.09.2010). באפגניסטן, אם אין ילד זכר מסתפקים בבת שמתחזה לבן. הארץ, עמי 7.
- סיני, י. (2013). וועדה תקבע האם אני גבר או אישה? מדיניות כלפי חצייה מגדרית וסובייקטיביות טרנסג'נדרית בוועדה לשינוי מין בתל השומר (עבודת תזה שלא פורסמה). אוניברסיטת תל אביב, ישראל.
- רייכט, י. (2012). חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש עם מערכת הבריאות (עבודת תזה שלא פורסמה). המכללה האקדמית תל אביב יפו, ישראל.
- קריסטה, מ. (2002). פסיכופתיה טרנסקסואליס: תיאוריות פסיכולוגיות מוקדמות על טרנסקסואליות. נדלה מתוך:
http://www.hoshen.org/info/articles/academic/psychopatia_transsexualis.html
- שטרן, א. (2008). המדרך לביקור במשרד הפנים. נדלה מתוך:
<http://www.gogay.co.il/item.php?id=6683>
- שילה, ג. (2007). החיים בוורוד. תל- אביב: רסלינג.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beemyn, B. & Eliason, M. (Eds.). (1996). *Queer studies: A lesbian, gay, bisexual and transgender anthology*. New York and London: New York University Press.
- Brewster, M.E., Velez, B., DeBlaere, C. & Moradi, B. (2011). Transgender Individuals' Workplace Experience: The Applicability of Sexual Minority Measures and Models. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication.

- Budge, S.L., Tebbe, E.N. & Howard, K.A.S. (2010). The work experience of transgender individuals: Negotiating the transition and career decision-making processes. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 377- 393.
- Bullough, B., Bullough, V. L., & Elias, J. (Eds.). (1997). *Gender Blending*. Amherst, New York: Prometheus Books
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.
- Conard, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour, 46*, 3- 14.
- Couch, M., Pitts, M., Mulcare, H., Croy, S., Mitchell, A., & Patel, S. (2007). *A report on the health and wellbeing of transgender people in Australia and New Zealand*. Melbourne: Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). *Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization*. *Journal of Homosexuality, 51*, 53– 69.
doi:10.1300/J082v51n03_04.
- De- Lauretis, T. (1990). Eccentric Subjects: Feminist Theory and Historical Consciousness. *Feminist Studies* ,(16), 115- 150.
- Denny, D. (2004). Changing Models of Transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 8* (1-2), 25- 20.
- Devor, H. (1989). *Gender blending, confronting the limits of duality*. Bloomington, Indiana : Indiana University Press .
- Devor, H. (1997). *Female-to-male transsexuals in society*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.
- Drescher, J. (2013). Controversies in Gender Diagnosis. *LGBT Health, 1*. Doi: 10.1089/lgbt.2013.1500

- Drescher, J., Cohen- Kettenis, P. & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnosis in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24 (6): 568- 577.
- Fontaine, J. H. (2002). Transgender issues in counseling. In L. D.Burlew & D. Capuzzi (Eds.), *Sexuality counseling* (pp. 177–194). New York: Nova Science Publishers Inc.
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W.(2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 38, 230–236.
- Goldberg, J.M. (2003). *Transition and Cross- dressing Service Delivery: A review*. Vancouver: Vancouver Coastal Health Authority.
- Green, R. (1974). *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. New York, Basic.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51, 111–128. Books.
- Griffith, K.H. & Hebl, M.R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "Coming out" at work. *Journal of Applied Psychology*, 87, 1191- 1199.
- Hausman, B.L. (2001). Recent transgender theory. *Feminist Studies*, 27, 465- 490.
- 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.
- Hendricks, M.L. & Testa, R.J. (2012). A Conceptual Framework for Clinical Work With Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaption of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460- 467.
- Heyes, C.J. (2003). Feminist solidarity after queer theory: The case of transgender. *Signs*, 28, 1093-1120.
- Hines, S. (2007). *TransForming Gender: Transgender Practices of Identity, Intimacy and Care*. Bristol, England: The Policy Press.

Huebner, D., & Davis, M. (2005). Gay and bisexual men who disclosure their sexual orientation in the workplace have higher workday levels of salivary cortisol and negative effect. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 260- 267.

Laqueur, T.W. (1990). *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Leichtentritt, L. D. & Davidson, A. B. (2004). Adolescent and Young Adult Male-to-Female Transsexuals: Pathways to Prostitution. *British Journal of Social Work*, 34, 349–374. DOI: 10.1093/bjsw/bch042.

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.

Mcguire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R.B., & Russell, S. T. (2010). School Climate for Transgender Youth: A Mixed Method Investigation of Student Experiences and School Responses. *J Youth Adolescence*, 39:1175–1188. DOI 10.1007/s10964-010-9540-7.

McKenzie, S. (2006). Queering gender: anima/animus and the paradigm of emergence. *Journal of Analytical Psychology* , 51, 401-21.

McPhail, B.A. (2004). Questioning gender and sexuality binaries: What queer theorists, transgendered individuals, and sex researches can teach social work. *Journal of Gay& Lesbian Social Services*, 17, 3-21.

MecCarthy, L. (2003). What About the "T"? Is Multicultural Education Ready to Address Transgender Issues?. *Multicultural Perspectives*, 5(4), 46–48.

Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social behavior*, 36, 38- 56.

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674- 697.

- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed*. Cambridge and London: Harvard University
- Miltom, E.(1983). *Female-to Male Transsexualism: Historical, Clinical and Theoretical Issues*. L. Martin Lothstein, ed. Boston, Routledge.
- Monro, S. (2000). Theorizing transgender diversity: Towards a social model of health. *Sexual and Relationship Therapy, 15*, 33- 45.
- Nagoshi, J.L. & Brzuzy, S. (2010). Transgender Theory: Embodying Research and Practice. *Journal of Women and Social work, 25* (4), 431- 443.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research , 15*, 1447-1457.
- Knorr, N., Wolf, S. & Meyer, E. (1969). "Psychiatric Evaluation of Male Transsexuals for Surgery". In R. Green & J. Money, eds. *Transsexualism and Sex-Reassignment*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Kulick, D. (1998) *Travesty: Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes*. Chicago, University of Chicago Press.
- Roen, K. (2001). "Either/or" and "both/neither": Discourse tensions in transgender politics. *Signs, 27*, 501- 522.
- Ryan, C., & Futterman, D. (1998). *Lesbian & Gay Youth: Care & Counseling*. New York: Columbia University Press. Pp. 49.
- Ryan, C., & Rivers, I. (2003). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Victimization and its correlates in the USA and UK. *Culture, Health and Sexuality, 5*(2), 103–119.
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health , 99* (4), 713-9
- Schilt, K. (2006). Just one of the guys? How transmen make gender visible at work. *Gender and Society, 20*, 465- 490.

Schilt, K. & Westbrook, L. (2009). Doing Gender, Doing Heteronormativity: "Gender Normals", Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society*, 23 (4), 440- 464.

Singh, A.A., Hays, D.G. & Watson, L.S. (2009). Strength in the Face of Adversity: Resilience Strategies of Transgender Individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89, 20- 27.

Smith, N.G. & Ingram, K.M. (2004). Workplace heterosexism and adjustment among lesbian, gay and bisexual individuals: The role of unsupportive social interactions. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 57- 67

Spargo, T. (1999). *Foucault and queer theory*. Cambridge: Icon Books.

Stoller, R. (1985). *Presentations of Gender*. New Haven and London, Yale University Press.

Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In K. Straub, & J. Epstein (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280- 304). New York: Routledge.

Sullivan, N. (2003). *A critical introduction to queer theory*. New York: New York University Press.

Vincent, L. & Camminga, B. (2009). Putting the "T" into South African Human Rights: Transsexuality in the Post- Apartheid Order. *Sexualities*, 12 (6), 678- 700.

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 from:

<http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf>.

Winter, S., Chakungsooth, P., The, Y.K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y.W., et al. (2009). Transpeople. Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analysis Study. *International Journal of Sexual Health* (21), 96-118.

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

Zucker, K. J. & Spitzer, R.L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM- 3 as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 31-42.