

איזה מין גוף? קווי התפר בחייהם של אינטרסקסואלים: המאבק בין הגוף הסובייקטיבי לגוף הביו-חברתי

לימור מעודד דנון

המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

לא ידעתי מה לתפוס מעצמי, היה לי קצת קשה, היה לי קשה לפנות לעצמי, לא יודעת מה השם שלי, כאילו התחלתי לחשוב אוקי מה אני אעשה עכשיו? כאילו מי אני? אני זוכרת שחזרתי הביתה, סגרת את החלונות והתפשטתי והתחלתי ללכת ככה בבית סתם ואז להגיד אוקי אתה שלי ואתה לא שלי בגוף. כאילו הידיים הם שלי אבל הם לא שלי. הרגשתי ועדיין מרגישה שאני אדם בתוך אדם. זה שתי ידיים אבל זה בעצם ארבע ידיים כי זה גוף בתוך גוף (ריאיון עם סמר 24.12.09)

אינטרסקסואלים הם אנשים הנולדים עם גוף בעל סממני מין, גונדרות (בלוטות מין), איברי מין פנימיים וחיצוניים וכרומוזומי מין אשר אינם נקביים או זכריים טיפוסיים: גופניות אינטרסקסואלית כוללת אפוא מגוון רחב של מצבים ביולוגיים שיש בהם כדי להעלות שאלות וספקות באשר לגבול בין המינים הטיפוסיים בגוף (הזכרי והנקבי). הגוף האינטרסקסואלי מערער את ההנחה כי קיים קשר הכרחי בין סממני המין, שלכאורה חוברים יחד ומתפתחים בהתאם לאחד משני המינים הקיימים, ומראה על נזילות וריבוי של מינים אפשריים בגוף. לעומתו, המדע הביו-חברתי¹ כונן את מבטו, חשיבתו ותפיסתו על המין בגוף בתוך מסגרת

1 המדע הביו-חברתי מחבר בין הדיסציפלינות של הביולוגיה והרפואה לבין העולם החברתי-תרבותי. הוא מבקש לערער כל ממד של אובייקטיביות במחקר ובפרקטיקה הביולוגיים-רפואיים, והוא מבוסס על ההנחה שהמומחים הביו-רפואיים אינם מנותקים מערכים תרבותיים, מיחסי כוח חברתיים ופוליטיים ומנורמות חברתיות רווחות כאשר הם מביטים בגוף האנושי, חושבים עליו, תופסים וחוקרים אותו.

דואלית — נקבה או זכר. לכן הגוף האינטרסקסואלי על גווניו נתפס כפתולוגיה הדורשת התערבות רפואית במטרה לסווגו ולכוננו כאחד משני המינים.

מאמר זה מנתח את תהליך הנרמול הגופני הנעשה בקרב אינטרסקסואלים מיד עם לידתם ובמשך חייהם, תהליך ביו-חברתי שקראתי לו "מינגוף" (הֶלְחָם של המילים מין וגוף). בתהליך זה חוברות הפרקטיקות הביולוגיות-רפואיות — הכוללות בדיקות שונות לאבחון הגוף והתערבות כירורגית והורמונלית בהתאם לאותו אבחון — אל התפיסות והנורמות החברתיות כלפי מין, מגדר ומיניות, ובעיקר אל התפיסה בנוגע לקשר בין קטגוריות אלו — הלא היא התפיסה ההטרונורמטיבית. לפי התפיסה ההטרונורמטיבית לכל אדם יש מין אחד וברור בגוף, זהות מגדרית (נשית או גברית) התואמת את סממני המין בגוף ומתפתחת בהשפעתם, ונטייה מינית אחת, רצוי הטרסקסואלית. תפיסה זו מניעה את המומחים המטפלים (אנדוקרינולוגים, כירורגים, גנטיקאים ועוד) לפעול באופן מידי ועקבי למחיקת סממני ה"לא ברורים" הפתולוגיים של הגוף האינטרסקסואלי ולכוננו כגוף חד-מיני ונורמטיבי מבחינה חברתית. תחילה אציג רקע היסטורי קצר לפוליטיקה של המין בגוף, שיבאר מדוע המין אינו מאפיין אובייקטיבי ומטריאלי של הגוף. תחת זאת, אטען כי הגוף הוא תוצר של מאבקי כוח סוציו-פוליטיים השלובים במבט של הממסד הביו-רפואי על הגוף האנושי, ובתפיסתו ואבחונו על ידי ממסד זה. לאחר מכן אתאר את שלביו ואת אמצעיו של תהליך המינגוף ולבסוף אבחן את השלכותיו על חייהם ועל גופניותם של אינטרסקסואלים.

מחקרים אשר בחנו את חוויית החיים של אינטרסקסואלים מניחים כי הגוף האינטרסקסואלי הוא אובייקט שיחני, הממושטר ומנורמל על ידי הסמכות הביו-רפואית.² החוקרים נשענים על תפיסותיהם הפוסט-סטרוקטורליסטיות של מישל פוקו, ג'ודית באטלר ואחרים, הרואים בגוף האנושי מצע או מדיום שעליו מולבשות הקטגוריות החברתיות ועליו פועלים יחסי הכוח החברתיים.³ גם מחקר זה, כמו מחקריהם של הוגים אלה, מתמקד ביחסי הכוח המופעלים על הגוף האינטרסקסואלי, אך שלא כמותם מחקר זה מבקש להראות כיצד הגוף האינטרסקסואלי מתנגד לפרקטיקות הביו-חברתיות של תהליך המינגוף הפועלות עליו, וחותר תחתיהן.

בהשראת הפנומנולוגיה הגופנית של מוריס מרלר-פונטי, מאמר זה מבקש להתמקד בהווייה הגופנית, הבשרית, של בני האדם. באמצעות חושיו, בשרו ומאפייניו הייחודיים המטריאליים, הגוף חווה וחש את עולמו ואת סביבתו ומפתח את תפיסתו ואת חשיבתו על העולם. התודעה, ההבנה והתפיסה שלנו הן גופניות. הידע שרכשנו מתהווה באמצעות הגוף, המחובר אל העולם ואל הסביבה שבה אנו חיים כפי שהלב שלנו מחובר אל האורגניזם שבמרכזו הוא שוכן. דרך חושיו, התנסויותיו ופעולותיו של הגוף אנו מפתחים את התודעה, ההבנה והחשיבה שלנו על העולם, על הסביבה ועל החברה שבה אנו חיים. מרלר-פונטי כתב:

2 Dregger 1998, 1999; Preves 2003; Karkazis 2008; Kerry 2008
3 Foucault 1980; 1995; 2006; Butler 1990; 1993; 2004 ;1996

גופנו שוכן בעולם כפי שהלב שוכן באורגניזם: הוא מקיים ללא הרף את החיזיון הנגלה, הוא נושם את החיים אל תוכו ונושא אותם בקרבו, ועמם יוצר מערכת. [...] הדבר, והעולם, ניתנים לי בנשימה אחת עם חלקים מגופי, לא על ידי "גיאומטריה טבעית" כלשהי, אלא מתוך קשר חי ובר השוואה, או אף זהה, לזה הקיים בין חלקי גופי עצמו (Merleau-Ponty 1978, 203, 205).

מרלו־פונטי השפיע על חוקרים כמו ארתור פרנק וכריס שילינג, שביקשו להכניס את הגוף ללב המחקר הסוציולוגי, ולבנות מסגרת תיאורטית לקשר בין גוף לחברה, מתוך ערעור ההבחנה המסורתית בין טבע לתרבות. בספרו *The Wounded Storyteller* פרנק מתאר את המתח בין הדיבור על הגוף לבין הדיבור מתוך הגוף. הוא מתמקד בדרך שבה אנשים חולים מספרים את סיפוריהם האישיים ומראה כיצד הם מדברים מתוך גופם. הגוף החווה את המחלה הוא בו בזמן הגורם, הנושא והכלי של הסיפורים האישיים. פרנק מוצא שהדיבור על הגוף הוא תמיד דיבור חסר שכן הגוף קשה להמשה, וחומק ממסגור תיאורטי ומהשפה המנסה להופכו למוכר ולא זר (Frank 1995, 2). תרומתו של פרנק היא בהצגת הבעייתיות בניסיון לדבר מתוך הגוף, ובהזמנתו להקשיב לגוף המדבר באמצעות החושים — בכאב, כסימפטומים, בתחושות — מעבר לביטויי השפה. כריס שילינג, בדומה לפרנק, מבקש לתאר ולנתח את הקשר בין הגוף לחברה ולשם כך הוא מציע מסגרת תיאורטית סוציולוגית שהוא מכנה "ריאליזם גופני", Corporeal Realism (Shilling 2005). הריאליזם הגופני מביא בחשבון הן את הכוחות החברתיים, המוסדיים, הביורוקרטיים והמדינתיים המשפיעים על ההווה הגופנית והן את המאפיינים המטריאליים החושיים של הגוף האנושי, הפועלים לידי ביטוי בכל תופעה חברתית שמנתחים. הוא מאפשר ניתוח רב־ממדי של תופעות חברתיות מתוך תפיסה אונטולוגית המייחסת מעמד שווה לגוף ולחברה ולמרכיביהם השונים (שם, 13–15).

אינטרסקסואלים, כמו כל בני האדם, נולדים בגוף פרטיקולרי, חד־פעמי וייחודי, דינמי ומשתנה ללא הרף, המשפיע על סביבתו החברתית והמשפחתית ומושפע ממנה. אך לעומת סובייקטים גופניים אחרים, אינטרסקסואלים הם דוגמה קיצונית למתח המתקיים בין ההווה, כלומר החווה הגופנית הסובייקטיבית והפרטיקולרית, לבין הכוחות החברתיים והמוסדיים הממשמעים את הגוף. לאור זאת אני מבקשת לשאול מהו תהליך המינגוף ומהן השלכותיו על חייהם של אינטרסקסואלים. על שאלות אלה אענה מתוך הישענות על עבודת המחקר שלי, המנתחת את השיח הביורופואי בנושא הגוף האינטרסקסואלי, את מקומם של הורים לילדים אינטרסקסואלים בתהליך המינגוף ואת סיפורי החיים של אינטרסקסואלים בישראל.⁴ מטרת המאמר היא לחשוף את הפרדוקס המאפיין את תהליך המינגוף. תהליך זה נועד להעלים את הגוף האינטרסקסואלי ולכוננו כגוף חד־מיני, נורמטיבי, אך הוא מביא בסופו של דבר דווקא

4 אני מתבססת על עבודת המחקר שלי, שכותרתה "אינטרסקסואליות ותהליך המינגוף: הפרדוקס של המין בגוף" (מעודד דנון 2012). העבודה נעשתה בשנים 2005–2011 בהנחייתה של פרופ' ניצה ינאי. היא כוללת ראיונות חצי מובנים עם 22 אנשי טיפול, ראיונות עומק עם שישה הורים לילדים ובוגרים אינטרסקסואלים וראיונות נרטיביים עם 11 אינטרסקסואלים בוגרים, המגוללים את סיפור חייהם.

לידי כינונה של דואליות גופנית, מעין שני גופים המתקיימים בתוך גוף אחד. האחד הוא גוף ביו־חברתי, המעוצב לפי אידיאל מיני וחברתי באמצעות ניתוחים קוסמטיים וטיפולים הורמונליים. זה גוף מוגבל ביכולתו לחוות עונג מיני או חסר יכולת זו לגמרי; לעתים הוא חסר איברי מין פנימיים (למשל רחם וצינור זרע), חסר גונדות (אשכים ושחלות) ותלוי במסד הרפואי להמשך טיפולים ומעקב. הגוף השני הוא הגוף החווה, הפרטיקולרי, המגיב לפרקטיקות הרפואיות ואף מתנגד להן ולגוף הביו־חברתי התנגדות מתמדת ועיקשת. אינטרסקסואלים רואים, חשים ושומעים את "קולו" של גופם הסובייקטיבי, הפרטיקולרי באמצעות "תופעות הלוואי" של תהליך המינגוף: הגוף סוגר נרתיק ושפתיים שעוצבו בניתוחים שוב ושוב; שובר ומפרק את צינור השתן שהרכיבו בתוך הפין במטרה ליצור פין נורמטיבי (שבו פתח שופכה נמצא בקצהו וכך ניתן להטיל שתן בעמידה, לפי האידיאל המגדרי/מיני הגברי); משאיר צלקות, מפתח דלקות, זוכר את איבריו שהוצאו בניתוחים ומספר עליהם דרך כאבים בגדמיהם שנותרו בגוף, מגיב או לא מגיב להורמונים ועוד. התנגדותו של הגוף גוררת אחריה ניתוחים נוספים, שמטרתם לעצב מחדש את הגוף החברתי. כך נוצר מתח אי־סופי ומעגלי בין שני גופים, לכאורה, המתקיימים בגוף אחד: גופם של האינטרסקסואלים השבויים בתוך מעגל קסמים פרדוקסלי של תנועה תמידית בין טשטוש המין בגוף לבין שימורו.

הביו־פוליטיקה של המין בגוף

ההבחנה בין גוף זכרי לגוף נקבי לא הייתה קיימת מאז ומתמיד. תומס לאקר מסביר כי עד המאה השבע־עשרה נתפס הגוף האנושי כאחד (one-sex model). לנשים וגברים היה כביכול גוף אחד ורק הביטוי של איברי המין היה הפוך: איברי המין של נשים היו פנימיים ושל גברים — חיצוניים. הנרתיק נתפס כפין פנימי, השחלות והאשכים נחשבו זהים, ושק האשכים — זהה לרחם (Laqueur 1990, 25–35). השינוי בתפיסת הגוף האנושי, כלומר הפיכתה לדואלית, הלך והתמסד במאה השמונה־עשרה כתוצאה ממאבקי כוח פוליטיים ודתיים. לחצן ההולך וגובר של תנועות נשים שדרשו זכויות הצבעה וזכויות כלכליות וחברתיות שוות לאלה של הגברים, וכן כניסתן של נשים לספרה הציבורית באמצעות התחזות לגברים — ערערו את שליטתם של גברים והם ביקשו למצוא הצדקה אמפירית גופנית לעליונותם. מדע הרפואה כונן ומיסד את הגבולות הגופניים בין גוף נשי לגוף גברי, ומאז המאה השמונה־עשרה התפיסה היא שלגברים ולנשים יש גופים שונים מהותית: איברי המין שלהם שונים בטבעם ובאופיים והגוף הגברי נתפס כנעלה על הגוף הנשי (שם, 52–62).

עם התפתחותה של הגינקולוגיה במאה התשע־עשרה החלו להתגלות עוד ועוד גופים בעלי איברי מין חיצוניים ופנימיים ובלוטות מין שלא התמינו לפי החלוקה לגוף זכרי וגוף נשי טיפוסיים. תופעות אלה הניעו את המומחים הביו־רפואיים לגלות את מינס ה"אמיתית" של אותם אנשים. מודל הגונדות של הפתולוג אדווין קלבס (Klebs) נחשב למודל הדומיננטי לקביעת המין האמיתי של "הרמפרודיטים", כפי שכוננו בעבר. לפי

קלבס, המין האמיתי נקבע לפי הגונדות (בלוטות המין) – שחלות משמען נקבה/אישה, ואשכים משמען זכר/גבר.⁵ נשים שבגופן היו אשכים, גם אם הן בוגרות ואף נישאו וחיו כל חייהן כנשים, היו אמורות לחיות כגברים, אחרת נאשמו ב"התחזות" שהייתה עברה על החוק בצרפת ובארצות הברית.⁶

את המונח "אינטרסקס" טבע הביולוג ריצ'רד גולדשמידט בשנת 1917, במטרה לאתגר את מודל הגונדות. גולדשמידט הציע טווח רחב של סממנים מיניים המשפיעים על התפתחות המין בגוף: ההורמונים, איברי הרבייה, ההתפתחות הגניטלית וסממנים גופניים כללים הנעים ברצף שבין שני המינים הטיפוסיים. ככל שחקרו המדענים הביו-רפואיים את המין בגוף כך מצאו יותר גופים המערערים את המודל של קלבס, אך במקום לאתגר המשיכו החוקרים לפעול לפי המודל (Dreger 1998, 30–31).

בשנות החמישים של המאה העשרים התמסד הפרוטוקול הטיפולי באינטרסקסואלים שפותח בבית החולים ג'ונס הופקינס שבבולטימור, ומאז ועד שנות התשעים המאוחרות של המאה הקודמת פעלו לפיו כל המומחים המערביים ללא עוררין. הפסיכולוג ג'ון מאני, הפסיכולוג הראשון שעבד במחלקה האנדוקרינולוגית לילדים בג'ונס הופקינס, התבסס על ההבחנה בין מין ביולוגי לבין זהות מגדרית/תפקיד מגדרי וביקש לפתור את המצוקה של אינטרסקסואלים בוגרים אשר חשו ניכור מזהותם המגדרית. בשנות החמישים פיתח מאני תיאוריה פסיכו-סקסואלית שלפיה הזהות המגדרית, ולא סממני המין הפיזיולוגיים, היא המרכיב החשוב ביותר להסתגלותם של בני האדם בחברה. מאני קבע פרוטוקול טיפולי שמטרתו לכונן מגדר יציב על ידי מחיקת העמימות הגופנית המינית של אינטרסקסואלים, שעלולה לדעתו להסב להם נזקים פסיכולוגיים, ולגרום לכידוד חברתי וללעג מצד הסביבה. המומחים ביקשו להתאים את הגוף האינטרסקסואלי לאחד משני המגדרים באמצעות ניתוחים קוסמטיים באיברי המין של התינוקות (לא יאוחר מגיל 18 חודשים), באמצעות ניתוחים להוצאת גונדות שאינן מתאימות למגדר ומתן הורמונים סינטטיים לעיצוב סממני המין המשניים⁷ (אסטרוגן לבנות ואנדרוגן לבנים). למען הצלחת הטיפול היה על ההורים לשתף פעולה עם המומחים מבלי להטיל ספק במגדר שנקבע לילדיהם (Money and Ehrhardt 1972, 152–153).

הפרוטוקול של מאני כונן את הסודיות סביב הטיפול באינטרסקסואלים וסביב הגוף האינטרסקסואלי. הוא הפך את ההורים לשותפים בסוד וביקש מהם להסתיר מילדיהם את

5 בתקופתו של קלבס לא נעשתה הבחנה טרמינולוגית בין מין למגדר ולמעשה גם היום מומחים רבים נוטים לראותם כמקשה אחת.

6 Dreger 1998, Reis 2009. אחד מסיפורי המקרה הידועים בתקופה זו הוא של הרקולין ברבין, מורה צרפתייה בבית ספר קתולי לבנות. בגיל תשע-עשרה הגיעה לרופא בגלל כאבי בטן עזים ולאחר בדיקות גופניות קבע הרופא כי יש בגופה אשכים. היה עליה לשנות את חייה, לעזוב את משפחתה ואת עבודתה ולעבור לחיות במקום אחר, כגבר. בגיל 25 היא התאבדה ויומנה נמצא ליד גופתה. את היומן גילה מישל פוקו ופרסם אותו בשנת 1980, בספר *Herculine Barbin* (Foucault 1980).

7 סממני המין המשניים מופיעים בגיל ההתבגרות וכוללים הופעת שער במקומות מסוימים בגוף ובפנים, התעצבות מבנה הגוף ועוד.

ההיסטוריה הטיפולית והגופנית שלהם. באופן פרדוקסלי, הפרוטוקול של מאני, אשר ביקש לפתור את בעיית הזהות המגדרית בקרב אינטרסקסואלים, יצר בחייהם בעיות פיזיות, רגשיות וחברתיות, שנחשפו בכוא העת במחקרים על אינטרסקסואלים ובסיפוריהם האישיים. סוזן קסלר טענה שצוות המומחים של ג'ונס הופקינס העריך יתר על המידה את גודל הפין, וראה בו תנאי יחיד לגידול הילוד כבן, ולעומת זאת המעיט בחשיבותם של סממני מין אחרים. תינוקות בעלי פין קטן (פחות מ-2.5 ס"מ לפי אמות המידה של המומחים בג'ונס הופקינס), תינוקות עם היפוספאדיאס (מצב שבו פתח השופכה אינו בקצה הפין) או עם אשכים בשק האשכים וכרומוזומי מין 46XY עברו כולם ניתוחים שעיצבו את איברי מינם כנקביים וגודלו כבנות (Kessler 1998, 12–16).⁸

קסלר קבעה כי תפיסתם הפאלוצנטרית של הרופאים כיוונה את התייחסותם כלפי אינטרסקסואלים וכן את אבחוניהם ואת מחקריהם בנושא, שמהם נעדר לחלוטין מעקב אחר השלכות הטיפולים על חייהם של אינטרסקסואלים (Kessler 1998). אליסון רדיק הראתה כיצד תפיסות הומופוביות, ובפרט הפחד מפני נישואים חד-מיניים, הובילו את הצוות הרפואי בג'ונס הופקינס למהר ולקבוע את הניתוחים באינטרסקסואלים בשלבים מוקדמים של חייהם (Redick 2004, 222). אן פאוסטו-סטרלינג, במאמרה "חמשת המינים", מתחה ביקורת על דרכי הטיפול הבעייתיות של צוות ג'ונס הופקינס וטענה שמדע הביו-רפואה מתעלם ביועדן מקיומם של מינים אחרים בגוף (Fausto-Sterling 1993).⁹

מאמרה של פאוסטו-סטרלינג הביא בעקבותיו את היוסדרותה של האגודה האקטיביסטית הראשונה של אינטרסקסואלים בקיץ 1993 – אגודת ISNA (Intersex Society of North America). מטרת האגודה היו להעלות את המודעות הציבורית לאינטרסקסואליות, לשים קץ לכושה ולסודיות סביבה ולהפסיק את הניתוחים הגניטליים בתינוקות.¹⁰ חברי ISNA חשפו את סיפוריהם באמצעי התקשורת, ובעיקר את ההשלכות הפיזיות והרגשיות הקשות של המדיניות הטיפולית. סוד וסודיות הם תמות מרכזיות בסיפוריהם. הניתוחים והטיפולים נעשו בלא הסכמתם ובלא ידיעתם, ואת הסוד שהוסתר מהם הם גילו בדרכים שונות. בעבור רוב האינטרסקסואלים הגילוי היה טראומתי. הם חשו שחיו בשקר כל חייהם, חלקם שקעו

⁸ "It is easier to dig a hole than to build a pole" – קל יותר לחפור חור מלבנות עמוד. זה המשפט המפורסם ומעורר המחלוקת של האורולוג ד"ר ג'ון ג'רהארט מבית החולים ג'ונס הופקינס, המבטא את הרציונל של המדיניות הטיפולית-ניתוחית משנות החמישים עד סוף שנות התשעים. כתשעים אחוזים מסך המטופלים האינטרסקסואלים בבית החולים נותחו ומוגדרו לפי אידיאל נקבי/נשי (Holmes 2008, 148).

⁹ מחקריהן של אן פאוסטו-סטרלינג (Fausto-Sterling 1993; 2000) ושל נלי אודשורן (Oudshoorn 1994) על מחקרי ההורמונים ממחישים כיצד המבט המחקרי-מדעי על ההורמונים בגוף ממוסגר בתוך תפיסה שלפיה הגוף אמור להתפתח לכדי אחד משני מינים בלבד, ובכך מכוון את תוצאות המחקר. מחקרה של ג'ון פוג'ימורה על חקר הגנטיקה המולקולרית מראה כיצד מחקרים גנטיים ממוסגרים בתוך תפיסה דו-מינית של כרומוזומי מין ומתעלמים מתוצאות הסותרות תפיסה זו (Fujimura 2006).

¹⁰ ראו באתר האגודה, www.isna.org.

בדיכאון ומקצתם אף ניסו להתאבד. הפרוטוקול הטיפולי, שמטרתו הייתה כאמור למנוע קשיים חברתיים מאינטרסקסואלים, למעשה יצר אותם בעצמו.¹¹

ISNA ניסתה לשנות את המדיניות הטיפולית בלא הצלחה. המומחים סירבו להקשיב לה או לשתף עמה פעולה ואף התייחסו אל חבריה כאל מיעוט זועם אשר אינו משקף את דעת הרוב. הפעם הראשונה שחברי ISNA הורשו להשתתף בכנס של מומחים בירופואיים ולהשמיע את עמדתם הייתה בכנס שיקגו בשנת 2005, שבו השתתפו רופאים ואנשי טיפול שונים שביקשו לבחון מחדש את מדיניות הטיפול הקיימת. לרוע מזלה של ISNA, השינוי המשמעותי שהושג בכנס היה מחיקת המונח אינטרסקס והחלפתו במונח "הפרעה בהתפתחות המין": Disorder of Sex Development (DSD). האגודה התפרקה שנה לאחר הכנס בעקבות מחלוקת פנימית ערכית. אינטרסקסואלים מרחבי העולם, שראו בה מקור להעצמה וקיוו שיהיה בכוחה להביא לידי שינוי המדיניות הטיפולית, האשימו אותה בשיתוף פעולה עם הרופאים ובהפיכת גופיהם של אינטרסקסואלים לגופים פתולוגיים, התלויים במסד הרפואי.

ליאון יוג' ועמיתיו מסבירים כי החלפת המונח נבעה מההתקדמות המדעית-טכנולוגית המאפשרת לזהות את הגנים ואת האנזימים הגורמים למין "אבנורמלי" ולכן במקום המונחים "אינטרסקס" ו"הרמפורודיטיות", הרומזים על קיומו של מין/מגדר שלישי, המונח החדש מבוסס על אבחון מהיר ומשקף את האטיולוגיה הגנטית של גוף עם "הפרעה בהתפתחות המין" (Hughes et al. 2006).¹² דרכי הטיפול כיום מתבססות על טכנולוגיה כירורגית חדישה ועל דרך מוצלחת יותר לאבחון את המין "הטוב ביותר" עבור אותו המטופל, אך אינן מציעות חשיבה מחודשת על עצם ההתערבות הכירורגית בגופם של אינטרסקסואלים ואינן מציעות לה אלטרנטיבה. בחרתי להשתמש במאמר זה במונח אינטרסקס בגלל עמימותו ומשום שהשימוש בו חותר תחת הניסיון להעלימו, ותחת המשמעות הפתולוגית של המונח Disorder of Sex Development.

תהליך המינגוף

תהליך המינגוף נובע מתוך ההנחה שאינטרסקסואלים אינם יכולים להיות בחברה בגופים שאינם "נקביים" או "זכריים" טיפוסיים, כיון שהם יסבלו מהתעללות ומבידוד חברתי, וכן מתוך התפיסה שהורים לאינטרסקסואלים לא יוכלו להיקשר אליהם, לגדל ולאהוב אותם. התהליך כולל שלושה שלבים, אבחון, עיצוב ומעקב, והוא תהליך דינמי ומתמשך. שלושת השלבים שלובים זה בזה ומכוננים זה את זה. בעמודים הבאים אתאר בהרחבה על כל אחד מהם.

11 Chase 1998; 2003; Kessler 1998; Preves 1998; 2002; 2003; Cote 2000; Ford 2000; Feder 2002; 2006; Holmes 2002; Lev 2006; Harper 2007

12 למשל תסמונת חוסר באנזים 5-אלפא (5-Alpha Reductase Deficiency), המשפיע על קליטת הטסטוסטרון בגוף, או תסמונת חוסר באנזים 17-ביטא (17-Beta Hydroxysteroid Dehydrogenase). במצבים אלה הפנוטיפ נראה כנקבי מהלידה ועד גיל מסוים, ובשלב מאוחר יותר, לרוב בגיל ההתבגרות (10-14 שנים) הגוף עובר תהליך נריליזציה, הפיכה לזכרי, ומתפתחים בו סממני מין משניים זכריים (Hughes et al. 2006).

אבחון – בישראל, שלא כמו במדינות אחרות, אבחון המין בגוף נעשה בשלבים מוקדמים מאוד, אפילו בשלב הטרנס-עוברי. מאחר שישראל היא אחת המדינות המובילות בעולם בפיתוח טכנולוגיות פרוין וטכנולוגיות פרוין נלוות, קיים בה שימוש רווח ומסובסד בטכנולוגיית אבחון גנטי טרום-השרשתי (PGD)¹³ שלכאורה מאפשרת לבחור את העובר בעל המין הרצוי על ידי מיון התאים הטרנס-עובריים לפי כרומוזומי המין. בחירת מין הילוד לפי טכנולוגיה זו נשענת על התצורות של כרומוזומי המין – 46XX או 46XY. כל תצורה אחרת נתפסת כפתולוגית וגורלה הוא השמדה. תפיסה זו מבוססת על ההנחה שכרומוזומי המין משקפים "אמת" מינית, ושהם המקור להיווצרות המין בגוף. ואולם, הנחה זו אינה מביאה בחשבון מרכיבים מטריאליים אחרים כמו קשרים בין תאים, תגובות ביוכימיות בין תאים, מאפייני הסביבה של התאים והדינמיקה של מערכות הגוף המשפיעות על התפתחותו. דוגמה טובה לחולשתה של הנחה זו נמצאת במחקרם של זאייד קילאני ועמיתיו. החוקרים מספרים על הורים שביקשו לבחור בעובר זכר באמצעות טכנולוגיית PGD והפסיקו את ההיריון לאחר שהתגלה שהפנוטיפ (הביטוי הפיזי של התכונה הגנטית) של העובר הוא נקבי אף שכרומוזומי המין הם 46XY.¹⁴ הכותבים טענו במאמרם שטכנולוגיית PGD אינה בהכרח מבטיחה ילדים "בריאים" (Kilani et al. 2009). לריסה רמניק מתארת כיצד מאז שנות התשעים של המאה העשרים, עם כניסתו של מכשיר האולטרסאונד לישראל, הפך ההיריון בישראל לעניין רפואי, המצריך אין-ספור בדיקות מעקב מתחילתו ועד סופו (Remennick 2006, 21–22). אבחון "מין" העובר נעשה לרוב בסקירת המערכות המוקדמת, המבוצעת בידי גינקולוגים. כך מסבירה הגינקולוגית ד"ר ה' את תהליך אבחון מין העובר:

... אנחנו לא רואים נרתיק, אנחנו לא מסתכלים על רחם, אנחנו לא מסתכלים על איברים פנימיים של נקבה, אלא רק לראות שיש שתי שפתיים. את יודעת בגדול שתי שפתיים, אבל לא מסתכלים מעבר לזה. רואים מבנה סונוגרפי [כלומר המשתקף ממכשיר האולטרסאונד; ל"מ] של שפתיים חיצוניות תקינות ומבנה סונוגרפי של פיין ושק אשכים. זה מה שאני אמורה לראות (מתוך ריאיון ב-12.11.09).

¹³ Shalev and Gooldin 2006. טכנולוגיית PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis) התפתחה בעקבות טכנולוגיית ההפריה החוץ-גופית (in vitro fertilization – IVF), שמאפשרת לקחת תאים מהעובר טרם השתלתו ברחם, ולבצע בו בדיקות גנטיות שונות.

¹⁴ בדיקות גנטיות הראו שלעובר יש תסמונת אי-רגישות לאנדרוגן, (Androgene Insensitivity Syndrome) AIS, המופיעה, לפי הספרות הרפואית אחת ל-13,000–20,000 לידות. אנדרוגן הוא ההורמון המפתח את סימני המין הזכריים, והתסמונת יכולה לנוע על קו הרצף שבין תסמונת "מוחלטת" ל"חלקית". במצב מוחלט הגוף כלל אינו מגיב לאנדרוגנים, האשכים נשארים בטרם וההתפתחות הפנוטיפית החיצונית היא "נקבית". במצב של תסמונת חלקית, הגוף מגיב לדרגות שונות של אנדרוגן והמאפיינים הגופניים החיצוניים והפנימיים יכולים להיות מגוונים. האשכים מפרישים הורמונים, ואיברי המין "לא ברורים" (Hughes et al. 2006). המונח הקודם של התסמונת היה Testicular Feminization Syndrome (Harper 2007).

איברי מין החורגים מהצורות "שפתיים"/"פיץ ושק אשכים" מוגדרים כ"לא ברורים" (Ambiguous Genitalia).¹⁵ אף על פי שאין הגדרה רפואית ברורה של איברי מין "לא ברורים", ישנה הסכמה בשאלה מהם איברי מין ברורים. גילוי איברי מין "לא ברורים" בגופו של העובר מעלה ספק לגבי מינו ולכן גורר סדרת בדיקות, בהן בדיקת קריוטיפ (בדיקת מערכת הכרומוזומים של העובר שנעשית במסגרת בדיקת מי השפיר) וייעוץ גנטי. מתוך ראיונות עם מומחים בישראל עולה כי גילוי איברי מין "לא ברורים" מביא ברוב המקרים להפסקת ההיריון. סיבה נוספת להפסקת ההיריון היא גילוי תצורות מסוימות של כרומוזומי מין בגוף העובר. המומחים הגנטיים מכנים תופעה זו (SCA) Sex Chromosome Abnormality.¹⁶ שכיחות התופעה בישראל היא מקרה אחד ל-300, כלומר כ-25% ממקרי האבנורמליות הכרומוזומלית המאובחנת בבדיקת מי השפיר, ורובם מסתיימים בהפסקת ההיריון (Vaknin et al. 2008).

לנוכח המדיקליזציה של ההיריון בישראל נדירים המקרים שהורים מגיעים לחדר הלידה ואינם יודעים את "מין" עוברם (על פי סממני המין הנבדקים במעקב). כמו כן, הולכות ומתמעטות לידות של אינטרסקסואלים, במיוחד אלו שהתגלו במהלך ההיריון. אך למרות הטכנולוגיה ומעקבי ההיריון עדיין נולדים אינטרסקסואלים. אלה מהם שאיברי מינם החיצוניים "לא ברורים" נחשבים "מצב חירום לא רפואי", כלומר מצב שאינו מסכן חיים אך נתפס כמצב חירום עבור המערכת הרפואית, ועל כן היא פועלת נמרצות לאבחן את מין הילוד. כך מתארת פרופ' ו':

להורים אני אומרת כמה דברים, קודם כל זה ייקח זמן לברר. זה לא בן זה לא בת — אל תתנו עוד שם, אל תגידו [...] בינתיים אני עושה אולטרסאונד, [אם אני] רואה רחם אני עושה קריוטיפ. רואה אם זה XX, XY או מוזאיקה כלשהי. עושה אולטרסאונד אשכים, אם הגונדות בתוך הבטן אני לא יכולה בדרך כלל לראות אותן ולקחת למעבדה. בהתאם לתוצאות האלו אני עושה בדיקה גנטית (מתוך ריאיון ב-12.11.05).

הבחירה באחד משני המינים הטיפוסיים על מנת לעצב את הגוף בהתאם נעשית בידי הרופאים לאחר שקלול כלל סממני המין של הילוד. השאיפה היא למחוק את העמימות וליצור הלימה (אשר אינה קיימת מלכתחילה) בין הפנוטיפ (הנראות החיצונית), הגנוטיפ, התפקוד המיני ויכולת הפיריון. במצבים גופניים מסוימים, כאשר בגוף מתגלים רחם ואשכים או גונדות לא

¹⁵ אחת ממבקרות הפרקטיקה הטיפולית בילודים ובבוגרים אינטרסקסואלים היא סוזן קסלר. לטענתה, המושג הרפואי Ambiguous Genitalia (AG) הוא עצמו עמום משום שאינו מסביר מהם המאפיינים של איברי מין "לא ברורים" (Kessler 1998, 33).

¹⁶ למשל, תסמונת טרנר 45X0, תסמונת קליינפנטר 47XXY, מוזאיקה (פסיפס, מבנה כרומוזומלי הכולל שילוב בין תאים, למשל 45X0/46XY, 46XX/46XY), תסמונת 47XYY ותסמונת ה-X המשולש. המאפיינים הפיסיולוגיים של אבנורמליות בכרומוזומי מין: בתסמונת טרנר למשל, הגפיים לעתים קצרות יותר, ולעתים יופיעו בעיות לב, מחסור במאפיינים מיניים משניים ובעיות פוריות. תסמונת קליינפנטר מאופיינת לרוב בגפיים ארוכים, שדיים (בגוף שאמור להיות זכר מבחינה פנוטיפית) ובעיות פוריות. אנשים עם תסמונת 47XYY ותסמונת ה-X המשולש גבוהים מהמוצע, אך אין אצלם מאפיינים קליניים ייחודיים (Christian et al. 2000).

מפותחות או שחלה ואשך, יבקשו הרופאים לשתף את ההורים בהחלטה על קביעת המין של ילדיהם. לאחר שנקבע המין הטיפוסי עוברים לשלב העיצוב.

עיצוב – בשלב זה מעצבים את הגוף כנקבי או זכרי, בהתאם לנורמות ולאדיאל המיני החברתי. חשוב לציין כי אין פיקוח של משרד הבריאות או של גוף אחר על הניתוחים הנעשים בתינוקות אינטרסקסואלים ואין גוף הבוחן את השלכותיהם.¹⁷

תהליך עיצוב הגוף כנקבי כולל בין השאר ניתוחים גניטליים. השיטה הכירורגית הנוכחית, שיושמה בישראל בפעם הראשונה בשנת 1991, נקראת "שלב אחד" וידועה גם בשם "השחזור הגדול" (Farkas et al. 2001; One Stage Feminizing Genitoplasty). בעבר נדרשו כמה שלבים ליצירת איברי מין נקביים. לדעת המומחים הכירורגיים היתרון של הפרוצדורה הניתוחית בשלב אחד הוא סיום תהליך עיצוב איברי המין הנקביים בגיל צעיר מאוד (5–9 חודשים). הכירורגים אינם מביאים בחשבון את המקרים הרבים של ניתוחים הנעשים בפעוטות לאחר הניתוח בשלב אחד, כמו פתיחה מחדש של הנרתיק ושל השפתיים שנסגרו.

נוסף על הניתוחים הגניטליים לעיצוב הגוף כ"נקבי", במקרים מסוימים מבצעים ניתוחים להוצאת גונדות אשר אינן מתאימות למין המכונן בגוף. למשל, במקרים שבהם אובחנה "תסמונת מלאה של אי־רגישות לאנדרוגן" (CAIS) והאשכים נשארים במפשעות או בבטן ולרוב אינם מפרישים אנדרוגנים, המלצת הרופאים היא להסיר את האשכים ולתת טיפול הורמונלי של תחליפי אסטרוגנים כדי לעצב את סממני המין המשניים: להצמיח את השדיים, לעגל את הירכיים ולהרחיב את האגן. הצלחת טיפול זה תלויה כמובן בתגובתו של הגוף להורמונים.

עיצוב הגוף כזכרי מתבצע כאשר בגופם של אינטרסקסואלים יש אשכים המגיבים להורמונים (אנדרוגנים) וכרומוזומי מין 46XY.¹⁸ הפרוצדורה הניתוחית־קוסמטית באיברי מינס נקראת Masculinizing Genitoplasty. גם היא נעשית בישראל בשלב אחד, ומטרתה ליצור "פיץ" בעל פוטנציאל להתפתח ולתפקד באופן מיני. פרוצדורה זו כוללת: תיקון היפוספאדיאס (מצב שבו פתח השופכה אינו בקצה הפיץ אלא קרוב לעצם הבושת או במרכז הפיץ), כלומר יצירת פתח שופכה בקצה הפיץ והרכבת צינור שתן. אם אין פיץ מעצבים אותו בטכניקות כמו שימוש בעור גמיש הנלקח מחלקים שונים בגוף (האמה או המעי) או מותחים את הדגדגן. יוצרים שק אשכים באמצעות איחוי השפתיים ואם אין אשכים משתילים אשכים מסיליקון.

17 חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 39/86, שלא השתנה משנת 1986, מתייחס בנשימה אחת לניתוחים לשינויי מין בקרב טרנסקסואלים ולניתוחים גניטליים ל"הרמפרודיטים" (כלומר אינטרסקסואלים). החוזר אינו מבחין בין שני המצבים, אינו מטיל ספק בנחיצותם של ניתוחים גניטליים בקרב תינוקות, ואינו מחייב מעקב אחר השלכות של אותם ניתוחים. משרד הבריאות מניח כי המומחים האורולוגיים עוזרים לאותם תינוקות ומרכיבים את איברי המין שלהם. לעומת זאת, במצבים של חוסר באנזים 5-אלפא או 17-ביתא (ראו לעיל הערה 12) ינסו הרופאים להתערב בשלב מוקדם ולמנוע תהליך וריליזציה בגיל ההתבגרות בגוף שבו הפנוטיפ נראה כנקבי.

ממחקרים הבוחנים את השלכות הניתוחים האלה על חייהם של אינטרסקסואלים וכן מתוך סיפוריהם האישיים עולים קשיים פיזיים, רגשיים וחברתיים אשר נגרמו בעקבותיהם: קושי בקיום יחסי מין, קושי ביצירת מערכת יחסים אינטימית, חוסר תחושה גניטלית, חוסר סיפוק מיני כתוצאה מפגיעה במערכת העצבית באיברי המין, צלקות, סיבוכים ודלקות בדרכי השתן, חוסר ביטחון עצמי, בדידות, ניכור ועוד.¹⁹

מעקב — שלב זה של תהליך המינגוף אינו מעקב פנים-מוסדי או ביקורתי אחר ההשלכות של הפרקטיקות הטיפוליות על התינוקות, הילדים והמבוגרים, אלא מעקב קליני אחר הסתגלות הגוף למין שעוצב בו. בדיקות המעקב בוחנות התפתחות אנטומית, גובה, משקל, תגובה של הגוף להורמונים ומינון הורמונלי. כמו כן בודקים אם הנרתיק או השפתיים נסגרו, אם צינור השתן התפרק ואם יש דלקות. לעתים ממצאי בדיקות המעקב גוררים אחריהם ניתוחים גניטליים נוספים שמטרתם לתקן את נזקי הניתוחים שנעשו בשלב העיצוב. שלב המעקב הוא אפוא גם שלב של עיצוב ושימור המין-גוף שכוון.

נוסף על המעקב הגופני, שלב זה כולל גם שיחות של האינטרסקסואלים והוריהם עם עובדים סוציאליים או עם פסיכולוגים (הדבר תלוי בתקנים של בית החולים שכן לא בכל בית חולים יש עובדים סוציאליים או פסיכולוגים במחלקות האנדוקריניות לילדים). ממחקרי זה עולה כי מטרתו של הצוות הטיפולי הנלווה היא לבחון את הסתגלותם של הילדים האינטרסקסואלים והוריהם למין/מגדר שכוון על ידי המומחים ולעזור להורים לחנך את ילדיהם לפי נורמות מגדריות סטריאוטיפיות.²⁰ כך מסבירה הפסיכולוגית נ':

חשובה הדרכת ההורים והמשפחה, לדבר על זה שהם יתייחסו אליו כבן ושהם יהיו שלמים עם זה. שהם לא יבכו על הבת שהייתה להם. להכניס את הדברים האלה, גם בשכונה להגיד שהוא בן שהרופאים עשו טעות — ותשליכו את זה על הרופאים — כי באמת בסופו של דבר הרופאים באמת טעו, במיוחד במצבים האלה, מכיוון שצריך את השינוי [...] תבחרו צבעים שהם שייכים לזהות גברית וזה יעזור לו. לאמן אותו במשחקים של בנים. לא להעלים את הבובות, אבל להמעיט. תקנו פליימוביל שהוא מתאים יותר לבנים [...] ההורים אם יש להם שכל — אם היו תמונות שלו עם שמלה וחצאית אז לשים את זה במקום מרוחק יותר שלא יהיה פתוח, לא להשאיר לו קונפליקט ולהסביר לו כשיהיה גדול יותר (מתוך ריאיון ב־18.10.10).

האמון של ההורים במערכת הרפואית ובייחוד בתהליך המינגוף היא תנאי להצלחת תהליך זה. ה"הצלחה" באה לידי ביטוי כאמור בהעלמת סממני המיניים המבלבלים של הגוף האינטרסקסואלי ובכינונו כגוף מיני נורמטיבי.

Holmes 1994; 1997; 2002; 2008; Chase 1998; 2003; Krege et al. 2000; Creighton 2001; 2004; Morland 2001; 2009; 19 Minto et al. 2003; Farkas et al. 2004; Schober 2004; Warne et al. 2005; Liao 2006; Crouch et al. 2008 Hillman 2008; Sircili et al. 2010

20 בשיח הפרופסיונלי קיים טשטוש בין הקטגוריות מין, מגדר ומיניות. מבחינת המומחים הביורופאיים והמטפלים השונים, עיצוב ה"מין" בגוף בתהליך המינגוף קשור לעיצוב הזהות המינית, כלומר הם רואים קשר אימננטי בין איברי המין החיצוניים, המגדר והמיניות.

סוד וסודיות בתהליך המינגוף

סוד הוא מרכיב משמעותי הפועל בכל שלב ושלב של תהליך המינגוף, שכאמור, מטרתו להעלים את הגוף האינטרסקסואלי. סוכני הסוד הראשוניים הם הרופאים והמטפלים המניחים כי פרטיות וסודיות הם דבר אחד. הם מסתירים את הגוף האינטרסקסואלי מהילדים עצמם ואינם מעבירים מידע לציבור על מצבים גופניים של אינטרסקסואליות. אין נתונים סטטיסטיים על המצבים הגופניים השונים, וכל בית חולים שומר מידע זה בין כתליו. המסר העולה מן השמירה על הסודיות הוא שהגוף האינטרסקסואלי מביש, מאיים וחריג כל כך עד שרצוי להעלימו ולמחוק את ההיסטוריה של קיומו. לעתים קרובות הרופאים ממליצים להורים להסתיר מילדיהם את האמת, ואף מציעים להם שקרים מן המוכן. אימא של עומר, ילדה שנולדה עם תסמונת מלאה של אי־רגישות לאנדרוגן, מתארת את פגישתה עם אחד המומחים המובילים בישראל בתחום זה:

הוא [פרופ' ה'] אמר לי תראי, היא תהיה ילדה יפה, היא תהיה גבוהה, הוא דיבר על זה וזה ממש לא עניין אותי מה הוא אומר לי [...] אז אמרתי לו רגע, עכשיו אני רוצה להבין... מה עושים? אז הוא אמר, תראו אם אתם רוצים אתם יכולים להוריד לה עכשיו את האשכים וזה מה שאני ממליץ. אמרתי לו ואם אנחנו לא רוצים עכשיו? הוא ענה לי, את יכולה לעשות את זה בגיל 16, 17. שאלתי אותו ומה אני אומרת לה, אז הוא אמר לי: תגידי לה שהיא חלתה בסרטן. הבן־אדם דיבר איתי בלי רגש [...] הילדה שלי פשוט תשים קץ לחיים שלה, ככה ראיתי את זה (מתוך ריאיון ב־7.6.10).

פרופ' ה' הניח כי לעומר יהיה קל יותר להתמודד עם הידיעה שהיא חולה בסרטן מאשר עם העובדה שיש בגופה אשכים. המסר שיש להסתיר את הגוף האינטרסקסואלי מחלחל אל ההורים והם עצמם הופכים לסוכני סוד, ומתמודדים לבדם מדי יום עם הקושי להסתירו מילדיהם. אינטרסקסואלים גדלים בתחושה כי קיים סוד הקשור לגופם, אך הם אינם יודעים מהו. הם חשים בו בגופם, חשים במתח שהוא יוצר, אך על מנת להעניק לו משמעות בשפה הם צריכים אישור לקיומו וזקוקים להמשגתו ולדיבור עליו.

מעצם מהותו סוד הוא תופעה פרדוקסלית. יותם בנזימן מבחין בין שלושה פרדוקסים מרכזיים של הסוד: הראשון הוא פרדוקס לוגי — כדי שמידע כלשהו יהפוך לסוד עליו להיות מאופיין בתור שכזה, לקבל ביטוי במילים ולהיות משועתק לפחות לאדם נוסף. הוא אינו יכול להישאר אצל אדם אחד בלבד. ואולם, עצם השעתוק הופך את הסוד לגלוי ולא סודי. הפרדוקס השני קשור לטבעו של הסוד: סוד הוא מוחשי ומופשט בו בזמן. אנו חשים בקיומו של הסוד דרך המתח שהוא יוצר באינטראקציה החברתית, אף שאיננו יודעים את תוכנו ואיננו יכולים להשיגו. אנו חשים בקיומו ולכן הוא הופך לגלוי. הפרדוקס השלישי מגולם בניסיון לגלות את הסוד לאדם נוסף אחד בלבד, בלי להפוך אותו לגלוי לחלוטין, כלומר ל"לא־סוד". למעשה גם כאשר המעשה של גילוי הסוד הוא חד־פעמי וגם כאשר המגלה מבקש מהשומע שלא לספר לאף אדם, הוא חורג מכללי הסוד, חושף את מה שאמור

להיות נסתר ומאפשר את הפצתו, שכן לרוב גם השומע יפעל באופן דומה ויגלה את הסוד (בנזימן 2011, 12–19).

חויית הסוד, בין שמסתירים מאתנו סוד ובין שאנו המסתירים, היא חוויה גופנית ורגשית שלילית של מתח, אי-נוחות, עמימות, בלבול, כעס, תסכול וחוסר אמון באחרים. לפי מארק קרפל, סוד גורם לחוסר יציבות פנימית שלוחצת ומביאה לידי גילוי, כלומר — לקצו. בעבור אוחזי הסוד, הסוד הוא מעין פצצת זמן שהדרך היחידה להינצל ממנה ומהשלכותיה היא לגלותו (Karpel 1980, 296). לכן, קיומו של הסוד במרחב החברתי גורם לנו לנסות לגלותו בדרכים שונות על מנת להפסיק את התחושות השליליות שהוא יוצר.²¹

מתוך סיפורי החיים של אינטרסקסואלים עולה כי הם חשו בקיומו של הסוד במשך ילדותם, גם כאשר לא ידעו את תוכנו. הם חשו מתח בסביבתם, בעיקר באינטראקציה עם מגוון המטפלים וצוות בית החולים. הם הוצאו מחדר הטיפולים כשהרופאים ביקשו לדבר עם ההורים, חשו בשתיקתם הרועמת של הרופאים והבחינו בשפת הגוף חסרת המנוחה של הוריהם. כל אלה העצימו את נוכחותו של הסוד ואת התגובות הגופניות השליליות כלפיה. כאשר גילו את תוכנו של הסוד, בין שעל ידי גנבת התיק הרפואי או חיפוש מידע במקורות אחרים ובין שהוריהם סיפרו להם, הפכו האינטרסקסואלים עצמם לסוכני סוד ופעלו בהתאם לכלליו: הסתירו מאחרים את גופם, את ההיסטוריה הגופנית שלהם ואת הניתוחים שעברו. כיצד הגוף מגיב לתהליך המינגוף ולכללי הסוד? מהן ההשלכות של תהליך המינגוף על אינטרסקסואלים? החלק הבא יתמקד בשאלות אלו דרך קולותיהם וחוויותיהם של אינטרסקסואלים.

זיכרון הגוף: המתח בין הגוף הביור-חברתי לגוף הסובייקטיבי הפרטיקולרי

כל אחד מסיפורי החיים של אינטרסקסואלים מסופר דרך גופניותם הייחודית, הפרטיקולרית. הנרטיב של אינטרסקסואלים הוא נרטיב גופני המסופר דרך הגוף, דרך צלקותיו, כאביו ומאפייניו הפיזיים. הגוף הוא שחקן פעיל בתהליך המינגוף, והוא מגיב לניסיון נרמולו בדרכים מטריאליות שונות ואף מתנגד אליו. בחלק זה אבקש לתאר את "קולו" של הגוף כפי שאינטרסקסואלים חווים ומתארים אותו. אין ספק שהדיבור מתוך הגוף הוא חסר וחלקי, כפי שטען פרנק (Frank 1995). לא ניתן לתאר במילים את החוויות הגופניות ואיני מתיימרת לעשות זאת, אלא להציג פרספקטיבה גופנית דרך תופעות גופניות, תחושות גופניות וביטויים גופניים פרטיקולריים וייחודיים המופיעים בחוויותיהם של אינטרסקסואלים. בכך אתן מקום לקול של הגוף האינטרסקסואלי הפרטיקולרי, הנאלם ומושתק בשיח הביור-חברתי.

²¹ הפסיכולוגיה החברתית אבן אימבר-בלאק מבחינה בין סוגים שונים של סודות. סודות מתוקים קשורים להסתרה של מידע חיובי כמו תכנון מסיבת הפתעה ומחווה דומות, והם מחזקים קשרים חברתיים. סודות חיוניים הם סודות שמחזקים קשרים בין אנשים וקשרים בין קבוצות ומטרתם ליצור הפרדה בין "אנחנו" ל"הם" ולהועיל לבעלי הסוד. כאלה הם למשל שפת סתרים של אחים ושל זוגות, וכן קודים שונים. לעומתם, סודות רעילים ומסוכנים, הרלוונטיים להקשר של מאמר זה, הם סודות שיוצרים לחץ, מפריעים לקשרים חברתיים ומשפחתיים וגורמים לנזקים רגשיים וחברתיים ארוכי טווח. הם אף יכולים לסכן את חייהם של אוחזי הסוד (Imber-Black 1998, 13–18).

הגוף הסובייקטיבי הוא מעין ארכיון מטריאלי המגלם במאפייניו הפיזיים את אירועי החיים. הגוף נושא בתוכו את סיפור חייו ואת החוויות שחוויו וזוכר אותם, שומר אותם בקרבו. הזיכרון הגופני בא לידי ביטוי בצלקות, בתחושות גופניות ובתגובות רגשיות וגופניות לגירויים חושיים שונים כמו ריחות, מראות וקולות. אינטרסקסואלים מתארים בדרכים שונות את הזיכרון הגופני של תהליך המינגוף, ובעיקר את תגובות הגוף אליו. למשל, כך מתארת שאקר (לדבריה בחרה לעצמה שם זה כיוון שמשמעותו בערבית אינטרסקס) את חוויית הניתוח בילדותה:

בגיל 11 בערך אני פתאום נשלחתי לבית חולים. ההורים שלי היו מאוד מבוהלים אבל אני ידעתי שאני עוברת איזה ניתוח כלשהו ושמו אותי במחלקת פלסטיקה של מבוגרים כדי שאף אחד מהמשפחה לא יידע איפה אני. [...] אני זוכרת שחדר הניתוח היה מאוד מאוד קר, הייתי כמעט עירומה [...] אני זוכרת שכאשר חווייתי איזושהי דחייה אני הייתי מרגישה מאוד קר, לא משנה כמה חם היה הייתי מרגישה קור פיזי וזה התחבר לי בטיפול (הפסיכולוגי) לחדר הניתוח כי הרגשתי מאוד דחוייה מההורים שלי. הם הכריחו אותי לעבור ניתוח ולוקחים אותי לרופאים כאילו הם מנסים לתקן משהו אצלי, וברגע שעליתי על זה בטיפול חווייתי פחות התקרריות כאלו וזה הפסיק (מתוך ריאיון ב-29.5.05).

שאקר (39) נולדה עם חוסר באנזים 5-אלפא. כרומוזומי המין שלה הם 46XY, והיא נולדה עם איבר מין חיצוני שנראה כנקבי ועם אשכים שהיו עתידים להגיב לאנדרוגנים בגיל ההתבגרות. היא גודלה כילדה, ולקראת גיל ההתבגרות עברה ניתוח להוצאת אשכיה על מנת למנוע תהליך וריליזציה, כפי שקורה בתסמונת זו. לאחר שהוציאו את אשכיה היה עליה ליטול אסטרוגן לכינון סממני המין המשניים כנקביים.

גלי (44) מספרת על הניתוחים הרבים שעברה במהלך ילדותה. היא נולדה עם רחם, אשך ושחלה, איבר מינה החיצוני היה "לא ברור" וכרומוזומי המין משולבים (XX/XY). בניתוח הראשון, בגיל 8 חודשים, הוציאו את האשך, בגיל חמש הקטינו את הדגדגן ובנו שפתיים חיצוניות, בגיל 12 בנו נרתיק ויצרו חיבור בין הרחם לצוואר הרחם, ובגיל 27 עברה גלי ניתוח קוסמטי נוסף באיבר מינה החיצוני. היא מתארת מה חוותה כשסיפרה לחברה טובה על הניתוח האחרון שעברה:

סיפרתי ופתאום הרגשתי בחילה שעמדתי להתעלף. קראתי במקום מסוים ואני יודעת שטראומות של הגוף, שאירוע שעולה גם אחרי שנים, הגוף חווה את זה מחדש. זה פסיכוסומטי במידה מסוימת. פעם ראשונה שאמרתי את הכול והרגשתי שהכול מסתובב וראיתי שחור. הייתי חייבת לשכב. לדבר על דברים שהם כל כך מבכפנים קשים — הגוף נהיה בשוק (מתוך ריאיון ב-21.8.09).

ההלם וטראומה של הניתוח לא נעלמו ונשמרו בזיכרונו של הגוף. כאשר דיברה גלי על החוויה וביטאה אותה במילים, היא חוותה אותה שוב מחדש בגופה — הגוף הגיב ושחזר את האירוע על ידי זעזוע, בחילה, טשטוש חושי ואיבוד שיווי המשקל. שנים אחדות לפני הריאיון עמה חשה גלי כאבים חדים ופתאומיים בבטנה התחתונה. הבדיקות הראו על גידול כלשהו שיש להוציא בניתוח. לאחר שהוצא הגידול ועבר ביופסיה, הזמין אותה האונקולוג לפגישה אישית משום שלא רצה לספר דרך הטלפון על תוצאות הבדיקה. גלי חששה כי התוצאות מאשרות

גידול סרטני, לכן חששה מאוד לקראת הפגישה, אך לשמחתה האונקולוג אמר לה כי לא מדובר בגידול סרטני אלא בחלק מצינור הזרע שהיה מחובר אל האשך שהוסר בניתוח. אירוע זה מגלם את ההיסטוריה המטריאלית והחברתית של גופה של גלי ואת דרכו לסמן ולספר דרך כאבים על אירועי העבר ועל איבריו הפנימיים. קשה להתעלם מן הכאב ולהסתירו, ובכך הגוף הסובייקטיבי הפרטיקולרי פועל למעשה בניגוד לגוף הביו-חברתי ה"נקבי" – הוא זוכר את איבריו המנוגדים לגוף הנקבי ומצביע עליהם.

שי (57) נולד בשנות החמישים בישראל, בלידתו איבר מינו נראה כזכרי (פין עם פתח שופכה בקצהו ושק אשכים ללא אשכים בפנים) וגידלו אותו כבן. בגיל שנתיים וחצי איבד את ההכרה והובהל לבית החולים, והבדיקות גילו שבגופו יש שחלות, חצוצרות ורחם, וכרומוזומי המין הם 46XX. מצבו הגופני מאובחן כיום כשגשוג בלוטת האדרנל.²² מתוך סיפורו הטרגי של שי ומתוך תיאורו של הרופא שטיפל בו עולה שהרופאים דגלו בגישה פאלוצנטרית (בדומה לעמיתיהם בג'ונס הופקינס באותה תקופה) והחליטו למנגף את גופו כזכרי משום שאיבר מינו החיצוני נראה כזכרי. כדי למנוע את הווסת ואת התפתחותם של סממני המין המשניים הנקביים הוציאו את רחמו ואת שחלותיו והשתילו בתוך שק אשכיו אשכים מסיליקון. הרופאים גם בחרו שלא ליידע את ההורים. בימינו קשה לדמיין שילד יעבור ניתוחים מבלי ליידע את הוריו, אך את ההסבר לכך מצא שי במסמכים שהתגלגלו לידיו בשנות העשרים לחייו, החושפים את ההיסטוריה הגופנית והניתוחית שלו. באחד המסמכים נכתב בכתב ידו של אחד הרופאים שהוא משאיר את שי כבן ואינו משתף בכך את הוריו כי "מדובר בהורים מרוקאים פרימיטיביים". שי היה מזועזע, ולא רק מההיסטוריה הגופנית שלו ומהניתוחים שבוצעו בגופו אלא בעיקר מהיחס הגזעני של הרופאים כלפי הוריו. הוא לא היה מסוגל לקרוא את שאר המסמכים והחזירם לבית החולים. כיום, בגיל 57, הוא עדיין מנסה להשיג את תיקו הרפואי ללא הצלחה. בית החולים אינו מעוניין שמסמכיו ייחשפו ומגן על הרופאים ועל עצמו מפני תביעות ופרסום שלילי. שי הפך במובן מסוים ל"ילד בית חולים" – נושא למחקריהם וניסוייהם של הרופאים וכפוף לסמכותם. למרות זיכרונו המצויין, שנות האשפוז הארוכות בבית החולים נמחקו מזיכרונו והחלו לצוף רק בשנים האחרונות. ככל שסיפר את אשר קרה לו ליותר אנשים כך החלו לעלות בו תמונות הטראומה הגופנית שחוה:

אני זוכר כשהייתי בתור ילד בבית חולים, אתה ילד קטן וכל היום מפשיטים אותך ומלבישים אותך ובודקים אותך, ככה כל היום, אני מבין שזה מקרה נדיר, מקרה מיוחד אז כולם רוצים לראות, כולם רוצים לגעת, ככה כל היום [...] ממש כמו ניצב במוזיאון, ככה הרגשתי [...] אני זוכר אחרי הניתוח שכבתי על המיטה, אני זוכר כאבי תופת, כנראה שהתעוררתי מהניתוח ואני זוכר שבכיתי והוא [הרופא]

22 על פי המומחים, במצב ה"קלאסי" של התופעה בלוטת האדרנל מייצרת אנדרוגנים בכמות רבה הגורמת לחוסר איזון הורמונלי ולעתים גם לאיבוד מלחים, דבר המסכן את בריאותם ואת חייהם של תינוקות ופעוטות במצב זה (כפי שקרה לשי כשאיבד את הכרתו). הטיפול כולל איזון של ההורמונים והמלחים בגוף. לעתים הפרישה המוגברת של האנדרוגנים מתבטאת באיברי מין חיצוניים שנראים "לא ברויים" או זכריים (אצל בנות).

בא ונתן לי סטירה [ואמר] למה אתה מתבכיי? ופעם הייתי אצלו בחדר לבד והוא נתן לי שתי סטירות ואני לא זוכר אפילו למה, אני לא זוכר למה. ופעם אחת הוא משך אותי באוזן, אבל משך אותי באוזן ואני מדבר על זה ואני ממש חש היום את המשיכה באוזן ואני לא מבין — למה? אבל ממה שקראתי אני מבין כנראה למה ואני אפילו מתבייש להגיד את זה, שהגזענות הייתה אצלו עד כדי כך שזה גבל בשנאה כנראה. אני לא יכול להסביר את זה אחרת, אין לי תשובה אחרת (מתוך ריאיון ב-22.8.08).

שנים רבות הדחיק שי את הטרואמה שחווה בילדותו. רופאיו חומקים מתביעה בגלל חוק ההתיישנות ועל ידי הסתרה מכוונת של מסמכי הרפואיים. בילדותו הייתה התקשורת בינו לבין הוריו מעטה מאוד. עם אביו הוא לא דיבר כלל וכעס עליו מאוד כי הניח שהוא משתף פעולה עם הרופאים משום שהוא היה זה שלקח אותו לבית החולים. רק שנים לאחר מכן גילה שי שהוריו לא ידעו כלל על מצבו הגופני ועל הניתוחים שבוצעו בגופו. היה זה, כאמור, לאחר שהתגלגל לידיו מסמך רפואי משנת 1957 ובו תיארו הרופאים את מאפייני גופו של שי ואת הטיפולים והניתוחים שהם מתכוונים לבצע. עוד נכתב בו: "לא ראינו הצדקה וטעם לזעזע ההורים ולהודיעם העובדות שמצאנו". למרבה הצער, לא הספיק שי ליישר את ההרורים עם אביו משום שהוא נפטר כמה שנים לפני גילוי המסמך.

לפני כמה שנים סבל שי מכאבים חדים בבטנו ומדלקות חוזרות בדרכי השתן. הוא עבר בדיקות רבות לגילוי סיבת הכאבים והדלקות, והוחלט להרחיב את פתח השופכה של שי אך הכאבים בבטנו לא פסקו. הם סימנו על גידול כלשהו בבטנו, ולאחר שהוצא הגידול נמצא שמדובר בגרם של רחם. כמו בסיפורה של גלי, שארית גופנית זו מגלמת את ההיסטוריה הגופנית הטרואומטית, המסופרת ובאה לידי ביטוי דרך הכאב.

חוויה גופנית של סוד

סוד וסודיות הם חלק אימננטי בחייהם של אינטרסקסואלים. סוכני הסוד בתהליך המינגוף הם הרופאים וההורים, ואילו הילדים האינטרסקסואלים עצמם, גם אם אינם יודעים מה תוכן הסוד הקשור לגופם — חשים בו בגופם כנטל כבד הגורם למתח, עמימות וחוסר נוחות, כעול המכביד על החושים. תחושות אלו עלו ביתר שאת במפגשים עם הממסד הרפואי ולכן הבינו אינטרסקסואלים שיש משהו בגופם, סוד גופני. כך מתארת שאקר:

אני זוכרת שמאז שנולדתי אני ידעתי שיש לי משהו אבל לא ידעתי מה, לא דיברו עליו. אני רק ידעתי שפעם בחודש, פעם בחודשיים, אני נוסעת לבית החולים והייתי צריכה להתיישב, היו בודקים אותי, גובה, משקל, היו גם בודקים לי את הידיים ולמדתי מאוחר יותר שזו בדיקה למדידת גובה על פי כפות הידיים [...] כל פעם שישבנו בבית החולים ההורים שלי היו מאוד מתוחים [...] הם חששו שמישהו שהם מכירים יעבור שם. הם מדברים ביניהם ואני מרגישה את רמת המתח [...] הרבה פעמים בדקו אותי והוציאו אותי מהחדר החוצה וההורים נשאו לדבר עם הרופא, או רק אבא נשאר ואימא יצאה איתי (מתוך ריאיון ב-21.8.09).

באופן פרדוקסלי, עצם הניסיון להסתיר סוד מאחרים על ידי פעולות שונות בונה מעין חומה של סודיות אשר לעולם אינה שלמה ואטומה, אלא משאירה מחוץ לה רמזים המעוררים את חשדם של אלו שהסוד מוסתר מהם. קיומו של הסוד מגביר את אוירת המתח בעיקר בהקשרים של בית החולים: הטיפולים, הבדיקות והניתוחים שנעשים בגופם של אינטרסקסואלים מבלי לשתפם ומבלי לדבר עמם על מצבם הגופני. המתח גורם להם להרגיש שמהו נורא קשור לגופם, אך הם אינם יודעים מהו. זו חוויה של עמימות גופנית ומעין ערפול חושי, משום שמצד אחד הגוף קיים: אינטרסקסואלים, כמו כל אדם, חווים את גופם כל הזמן דרך חושי ותחושותיו; אך מצד שני הסוד המתקיים סביב הגוף בתהליך המינגוף גורם לתחושה שהוא לא קיים אלא כמעין אובייקט של המטפלים. הסוד מעמעם את חושי של הגוף. כך מתארת גלי: "לא רציתי לדעת מה עושים, אז לא שאלתי כלום. אני זוכרת, כל הדרך לבית החולים עצמתי את העיניים, פיזית ונפשית. באתי, עשיתי ושמחתי לחזור הביתה". וכפי ששי מסביר: "תביני שלא רציתי לדבר על זה, התביישתי, דחקתי את זה, לקחתי את זה, קברתי את זה באיזה פינה בגוף וכיסיתי באבנים ולא רציתי לדבר על זה". במבט לאחור, שי מסביר כיצד רופאיו פעלו בדרכים שונות לשמור את הסוד מפניו, למשל לא נתנו לו הורמונים תחליפיים לאחר שהסירו מגופו את הרחם והשחלות, ובכך עצרו את גדילת עצמותיו ואת התפתחותם של סממני מין משניים כזכריים: כדי שהאמת לא תצא לאור אז הוא [הרופא] נמנע לתת לי הורמונים כדי שלא אשאל שאלות. [...] אם החלטת להפוך אותי לבן, אז תן לי להיראות בן. ריבוננו של עולם, תן לי את ההורמונים בזמן. אצלנו כמשפחה כולם גבוהים, אז אתה רואה שבאיזשהו שלב נעצרת. תן לי, תעזור לי לגדול. אני מרגיש שגם איבר המין היה גודל לי, עד גיל 13 איבר המין שלי נראה כמו של כולם... שמת לי פרוטזות בגיל שלוש, ארבע, חמש, שש, סביר להניח שבגיל מבוגר יותר תחליף לי אותם, זה לא אותו גודל! אז את רואה שכל הסימנים מראים שהוא פשוט לא רצה שהסוד הזה יתגלה, כי אם היו עושים לי פרוטזות אז היו שאלות, מה, אין לי? אז כל מה שהיו צריכים לעשות הוא לא עשה כדי לשמור את זה בסוד.

רופאיו של שי השאירו אותו תחת חסותם במחלקה האנדוקרינית לילדים עד גיל 22, במקום להעבירו למחלקת בוגרים. באופן פרדוקסלי, תהליך המינגוף בגופו של שי, שכלל את הוצאת הגונדות בלא מתן תחליף הורמונלי, גרם לשי להיראות כנער ולא כגבר. הוא נמוך, עורו חלק וקולו גבוה, ומאפיינים אלה אפשרו לו "לעבור" (to pass) כילד במחלקת הילדים. כאשר אחד מרופאיו פרש והוחלף ברופא אחר, ד"ר ה', ביקש ממנו שי מרשם לטסטוסטרון. הוא היה בן 24 והרגיש לא בנוח כשטעו בו וחשבו שהוא ילדה.²³ ד"ר ה' הסכים לרשום לשי טסטוסטרון וזמן קצר לאחר שהחל לייטול את ההורמון התפתחו סממני המין המשניים בגופו: שער הפנים שלו צמח וגם השערות בגפיו, וקולו נעשה נמוך יותר. במשך שנים גידל שי זקן שאפשר לו לעבור כגבר, אך גם להסתיר את פניו ואת תחושותיו.

23 ההתנהגות המגדרית של שי דואלית. הוא מסבר שתמיד היה שחקן, כלפי חוץ הראה שהוא גברי יותר (לדברי שי הוא אסרטיבי, ונתפס כ"גבר עם ביצים") ולבדו, בביתו, הוא נתן מקום לעדינות ולרגישות שבו, ואהב, למשל, לשחק בבובות בהיחבא.

אור (30) נולדה עם שגשוג בלוטת האדרנל ועברה כמה ניתוחים לעיצוב איבר מינה החיצוני כנקבי. אור גדלה בידיעה שהגוף שלה נשמר בסוד. אמנם הוריה שיתפו אותה כבר מגיל צעיר במידע על גופה ועל הניתוחים והטיפולים שהיא עוברת, אך על פי הוראת רופאיה, ביקשו ממנה שלא תספר לאיש. אור מתארת כיצד הסתרת הסוד הגבירה את תחושת חריגותה והפכה אותה לבודדה ומנוכרת. כך היא מסבירה:

יש לי סוד, יש לי סוד, (בוכה) לא מספרים על זה, זה לא סוכרת, זה לא סוכרת שאת צריכה טיפול קבוע, זה לא תסמונת רט או כל תסמונת אחרת שקיימת. זה שלא מספרים על זה, זאת אומרת יש לי סוד. סוד שאני מודעת לו כי לא תיקנו את זה בגיל אפס ורק הייתי צריכה לחיות על כדורים. אני אומרת שבגיל אפס חיברו אותי למכונת הנשמה שאפשר להתנתק ממנה בגיל שמונה-עשרה (מתוך ריאיון ב-6.11.09).

אור מספרת כיצד יצר הסוד בחייה מסרים סותרים ומתסכלים: מחד גיסא, מטרתו של תהליך המינגוף היא להעלים את הגוף האינטרסקסואלי ולהגן עליו מפני לעג ובידוד חברתי. מאידך גיסא, עצם קיומו של הסוד סביב הגוף האינטרסקסואלי וסביב תהליך המינגוף הופכו למביש, חריג ופתולוגי, משום שהסודיות יוצרת מסר שהגוף המוסתר מאיים ומפחיד כל כך עד שהחברה מעדיפה להעלימו. אור, כמו אינטרסקסואלים אחרים החיים בסוד, חווה את עולמה דרך גופה באופן עמוק ומודע יותר. אמנם מטרת הסוד היא לערער את המודעות הגופנית, אך למעשה הוא מגביר אותה ואת תחושת החריגות, השונות והניכור מהגוף. הסוד המתקיים ונחווה בגוף מהווה עול כבד בחייה של אור ומקשה עליה ביצירת קשרים חברתיים בכלל וקשרים אינטימיים בפרט:

איך אני יכולה לספר למישהו, שמע אני נולדתי שונה, כאילו מה שאתה רואה עכשיו זה תוצר של מנתח פלסטי מוצלח פחות או יותר. אין לי מושג איך אני נראית יחסית למישהי נורמלית. אני טוענת שהם לא עשו עבודה מאה אחוז, שזה ממש שונה. לא יודעת, אני אומרת שהם שכחו לקעקע מפת התמצאות (צוחקת) (25.12.09).

פרגמנטציה ודואליות גופנית

תהליך המינגוף, יחד עם מדיניות הסודיות בנוגע לגופם, גרמו לתחושות של חריגות, שונות ועמימות גופנית בחייהם של אינטרסקסואלים. עם גילוי תוכנו של הסוד, התעצמו תחושות אלו וגרמו לפרגמנטציה ולדואליות גופניות. הפרגמנטציה הגופנית היא חלוקה של הגוף למקטעים נבדלים, והבחנה בין איברים השייכים לאדם לבין איברים הזרים לו, בין איברים "טבעיים" לבין איברים "מלאכותיים". הפרגמנטציה הגופנית מכוננת דואליות גופנית – חוויה של שני גופים בגוף אחד. האינטרסקסואל חש בתוכו מתח בין שני גופים: גוף חברתי, ציבורי, נוכח וגלוי, לעומת גוף פרטי, נפקד, מושקף, סמוי, נושא סוד. הגוף הסובייקטיבי, הפרטיקולרי הוא זה שהמומחים מבקשים להסתיר, ללא הצלחה. הוא כולל את חושיו, איבריו והתפתחותו של הגוף ואת תגובותיו המטריאליות לגירויים בסביבתו. לעומתו, הגוף הציבורי,

הביו־חברתי, הוא הגוף החיצוני, המעטה המצפה הנראה ועובר כגוף "נקבי/נשי" או "זכרי/גברי". זהו הגוף שאליו חוברתו סובייקטים אינטרסקסואלים בתהליך המינגוף, והוא תוצר של נורמות ואידיאלים מיניים ומגדריים. כך מספרת שאקר:

בגיל אחת־עשרה הייתי מאוד רזה, היו סופרים לי את הצלעות בגב. אבל משהו התערער לגמרי מגיל שלוש־עשרה והמשקל שלי התחיל לעלות, הגעתי למשקלים מאוד גבוהים, כמו עכשיו — אני מעל מאה קילו. זה משהו שאני מאוד נלחמת אתו [...] נדמה לי שתמיד הייתה לי אי־נוחות עם השדיים שלי. לאחרונה יש לי מחשבות לא סגורות עדיין, אבל אני חושבת להוריד אותם. הם לא שלי, זה משהו מזויף שהגוף שלי הצמיח ואני לא צריכה אותם. אני תמיד מחביאה אותם, סוגרת אותם בתוך הזקט שלי. [...] בחוף הים המון נשים מתכסות מלמטה כדי להסתיר את השיער שיש להן במפשעה, אבל אני מלמטה אף פעם לא הרגשתי רע, אלא רק עם השדיים [...] כשהם התפתחו הייתי משתיחה אותם כלפי מטה, זה משהו שלמדתי עם השנים.

כאמור, עיצוב גופה של שאקר בתהליך המינגוף כלל הוצאה של האשכים, הקטנת הדגדגן ובניית שפתיים חיצוניות, ולאחר מכן נטילת הורמונים על מנת לפתח את סממני המין המשניים כנקביים — כל זאת מבלי לשתף אותה במידע. מינון ההורמונים שרשם לה האנדוקרינולוג היה גבוה במיוחד וגרם לזעזוע גופני, עלייה גדולה במשקל, התעגלות הירכיים והתפתחות השדיים. בחלוף השנים בגרה שאקר וביקשה לגלות את הסוד הגופני שהוסתר ממנה כל חייה. כך היא מתארת את גילוי:

גיליתי שאני XY וזאת הייתה הטראומה הכי קשה בחיים שלי. אני חשבתי שאני XX ושרצה האל ורצו התנאים שחלקים בגוף שלי יהיו פגומים, אבל לדעת שאני XY כמו גברים זו הייתה מכה [...] זה מין גול עצמי כזה, פגיעה עצמית. מה שעובר לי בראש זה אין לי וגינה, אין לי שחלות אין לי רחם ואני XY אז איזה מין אישה אני?! זה היה רגע של שקר אחד גדול. זה כמו שמישהו יושב מולך וככה משום מקום נותן לך כאפה חזקה, ככה הרגשתי, קיבלתי חבטה גדולה. הייתי במשבר ולא היה לי עם מי לדבר, בטח שלא עם המשפחה שלי.

כפי שעולה מסיפורה של שאקר ומסיפוריהם של אינטרסקסואלים אחרים, גילוי הסוד מגביר את תחושת הניכור הגופני. הגילוי מעניק אישור, שם ומילים לתחושות, לרגשות ולאיתותים של הגוף, אשר לפני כן היו בלתי ניתנים להסבר.

רוני (32) נולדה עם תסמונת אי־רגישות לאנדרוגן. אחותה הגדולה נולדה גם היא עם אותה תסמונת. תחילה עברה אחותה את תהליך המינגוף ואחריה גם רוני, אך האחיות לא שיתפו זו את זו בחוויותיהן. כל אחת מהן עברה בדיקות וניתוח להסרת האשכים, ושמרה על כללי הסודיות. כשהייתה בת 12 סיפרו לה הוריה על התסמונת:

סיפרו לי שיש לי איזושהי תסמונת, הם לא אמרו לי את שמה. הם אמרו לי שנולדתי ללא רחם ולא אוכל ללדת ילדים ולא אקבל מחזור. הם גם טרחו להגיד לי שמחקרים מוכיחים שהבנות שיש להן את התסמונת הן בנות גבוהות, יפות ולא שעירות. אני זוכרת שלא האמנתי להם. אני זוכרת שחשבתי שזה

נחמד מצדם לומר לי את זה אבל היה לי ברור שהם המציאו את זה כדי לרכך את זה. לגרום לי להרגיש טוב אחרי המכה שהם הנחיתו עליי (מתוך ריאיון ב־7.10.05).

בגיל 14 עברה רוני ניתוח להוצאת האשכים מבטנה, והוריה אמרו לה שמטרת הניתוח היא להוציא את שחלותיה הפגומות. רק בגיל מבוגר גילתה רוני את הסוד, כאשר סיפרה לחברה טובה שאין לה רחם ושחלות. החברה, רופאה במקצועה, שאלה: "אז מתי הוציאו לך את האשכים?". רוני מתארת את רגע הגילוי כ"אגרוף בבטן". התחושה בבטן מחוברת לניתוח שנעשה שם — הגוף זוכר באמצעות תחושה ובאמצעות הסימן, צלקת בתחתית הבטן. כך מתארת רוני את הדואליות הגופנית:

מה שהכי מפריע לי זה... שהדבר היחיד שמזוהה עם גבריות, האיבר האבסולוטי שמזוהה עם גבריות היה לי אותו. למרות התסמונת שלי זה ברור לי שאני אישה, למעשה המין שלי הוא מבלבל, אבל המגדר שלי לא [...] אני לא יכולה לדמיין את חיי בתור גבר [...] שעשיתי אולטרסאונד יש משהו נוח בזה שהרופא רק כותב "לא מאותרים רחם ושחלות", והוא לא כותב "אך כן מאותרים אשכים". זה נוח כי עדיין יש דיסוננס בין תפיסת העצמי, המגדר שבחרתי בו, לבין העובדה שיש לי אשכים. זה דיסוננס שצריך להתמודד אתו. אז זה פותר את הצורך להתמודד עם זה, זה לא לגמרי פותר כי היו לי זה דומה ליש לי בסך הכול, אבל עדיין זה מאפשר לי להתמודד עם זה ביני לבין עצמי ולא להסביר את זה לטכנאי האולטרסאונד נגיד (מתוך ריאיון ב־21.11.08).

הדואליות הגופנית שרוני חווה מתבטאת במתח בין גופניותה הפנימית לבין גופניותה החיצונית: בין ה"זכריות" הפנימית (אשכים, כרומוזומי מין 46XY) לבין ה"נקביות" הפנוטיפית והמגדר הנשי. האשכים אמנם הוצאו מגופה, אך רוני עדיין חשה בקיומם "כי היו לי זה דומה ליש לי בסך הכול". הסוד הגופני שרוני מתאמצת להתעלם מקיומו או להעלימו מאחרים (כמו טכנאי האולטרסאונד) מוסיף להתקיים בקרבה ומזין את הדואליות הגופנית שהיא חשה.

סמר (38) נולדה עם שגשוג של בלוטת האדרנל. היא גילתה את הסוד בהיותה בת 36, כאשר ביקשה לבצע בדיקות פוריות. בדיקת אולטרסאונד הראתה שהרחם והשחלות הצטמקו בגופה. היא ביקשה לראות את תיקה הרפואי, ושם היא קראה שבילדותה עברה ניתוח לבניית איברי מין כנקביים, ושהיה עליה ליטול כדורים. לא נכתב מתי בדיוק נעשה הניתוח. סמר גדלה בידיעה שיש לה בעיות בכליות ושעליה ליטול תרופות לאיזון ההורמונים והמלחים בדם. כמו כן נאמר לה כי ה"בעיות בכליות" גורמות לבעיות במחזור החודשי, ולכן עליה להקפיד לקחת תרופות (אסטרוגן). הווסת הופיעה לעתים רחוקות, כפעם בשנה. סמר החליטה להפסיק ליטול אסטרוגן כיוון שלטענתה הוא גרם לה להשמנה. בגיל ההתבגרות, כך היא מספרת, הייתה חלשה מאוד, לעתים איבדה את הכרתה וסבלה מסחרחורות והקאות. האנדוקרינולוגית שטיפלה בה בילדותה הפנתה אותה לכימותרפיה מחשש לגידול בראש, אף על פי שלא נמצאו ממצאים המעידים על כך, ולא התגלו גושים סרטניים בגופה. הכימותרפיה החלישה את גופה של סמר עוד יותר ולאחר חמישה טיפולים החליטה להפסיק את הכימותרפיה וגם להפסיק

ליטול קורטיזון. במשך כ-15 שנים לא נטלה סמר קורטיזון וחשה טוב הרבה יותר. היא הפסיקה להתעלף, הפסיקה לעלות במשקל וחשה חזקה יותר. לפני כמה שנים גילתה סמר כי יש לה רגישות גבוהה לגלוטן (צליאק). היא סברה שזוהי הסיבה לחולשה ולהתעלפויות שסבלה מהן בגיל ההתבגרות ותהתה כיצד רופאה לא גילו זאת. במהלך התקופה שבה לא נטלה כדורים לאיזון ההורמונים, גופה הלך והשתנה: שער החל לצמוח במקומות חדשים כמו החזה והגב וגם הדגדגן החל לגדול. סמר סיפרה לרופא שלה על השינויים הגופניים: "עד לאיפה הוא יכול להגיע? הוא [הרופא] התחיל כזה לצחוק, אבל זה בעצם מה שקורה. בגלל שאני לא מאוזנת הגוף הולך לדרך הטבעית שלו. גם צמחו לי שערות על כל הגוף באופן יותר חזק. הגוף משתנה, החזה מתחיל להיות קטן, הדגדגן מתחיל להיות גדול, הגוף משתנה". דרכה של סמר להסביר כיצד הגוף חוזר "לדרך הטבעית שלו" מגלמת את השפה הפרטיקולרית של גופה, ואת הדרך שבה הוא פועל ומתפתח לפי מהלכיו המטריאליים הייחודיים. גילוי הסוד הגופני גרם לסמר לחוות את הגוף שלה כ"גוף בתוך גוף", שני גופים החיים בו-זמנית, אך שונים זה מזה. קשה לסמר להסביר זאת במילים אך היא מנסה:

זה אותו ראש, אותן מחשבות, אבל זה שני גופים שכל אחד כזה, הם לא משלימים אחד את השני, הם שונים אחד מהשני [...] התחלתי כזה לצייר ואז ציירתי קו קודם כול, ואחרי זה ציירתי ריבועים והתחלתי לתת שמות לחלקי הגוף שלי, אז לשדיים נתתי סמר, ולרגליים נתתי אחמד כאילו הכול כזה דברים, איפה שהרגשתי מה שהרגשתי סתם שיחקתי כזה, אז בסוף פרצתי בבכי כי לא ידעתי... אני עכשיו רוצה להפוך לגבר ואני רוצה להיות גבר? אז החיים שלי יהיו יותר קלים, אני אוכל סוף סוף לעשות מה שאני רוצה. אבל אני לא גבר ואני לא רוצה להיות גבר, אבל כנראה שהגוף שלי לוקח אותי לשם.

סיכום

אינטרסקסואלים הם דוגמה קיצונית לסובייקטים החווים את חייהם ואת גופם באזור הלימינלי המתעתע שבין האופן שבו הם חושבים על גופם, רואים ותופסים אותו לבין האופן שבו הם חשים, מרגישים וחווים אותו. תהליך המינגוף מבקש להפריד בין גופם לתודעתם, לתקן את הגוף בגיל צעיר ככל האפשר, לשמור את סודותיו ולהעלים את איבריו העמומים. תהליך המינגוף מבוסס על הנחה שניתן לנתק את הסובייקט, כלומר את הנפש, מן הגוף. אך כמו כל בני האדם, אינטרסקסואלים הם סובייקטים גופניים. הם חווים, זוכרים, לומדים וחשים את העולם דרך הגוף — בוודאי לפני רכישת השפה, הנותנת פרשנות ומשמעות לחוויות הגופניות, וגם לאחריה, שכן השפה לעולם אינה יכולה לבטא במדויק את תחושותינו ואת חושינו. תהליך המינגוף, שמטרתו למשמע את הגוף האינטרסקסואלי ולתת לו משמעות בשפה ומשמעות מגדרית, מתעלם מהתנגדותו המתמדת של הגוף. הגוף האינטרסקסואלי חש בכוח המופעל עליו ובמתח שהסוד מחולל כל הזמן, והוא מתנגד לניסיון להסתירו ולשומרו בסוד. מה שמתפרש כתופעות לוואי של הניתוחים אינו אלא תגובתו של הגוף לניסיון לעצב את איבריו לפי אידיאל חברתי — כך הגוף חותר תחת ניסיון זה ומסכל אותו. דרך ההתנגדות המתמדת

של הגוף לתהליך המינגוף אינטרסקסואלים חווים ריאליזם גופני דואלי, כלומר חווים שני גופים המתקיימים במקביל בגוף אחד ונאבקים זה בזה. מצד אחד ישנו הגוף הביו-חברתי, המכונן באמצעות תהליך המינגוף. גוף זה מגלם את הנורמות הממשטרות אותו כחד-מיני, קוהרנטי, בעל סממני מין העוברים כנקביים או כזכריים, לפחות כלפי חוץ. מצד שני ישנו הגוף האינטרסקסואלי הסובייקטיבי הפרטיקולרי. כאמור, גוף זה מגיב לפרקטיקות הטיפוליות וחותר תחתיהן. הוא סוגר נרתיק ושפתיים, יוצר דלקות, משאיר צלקות, באמצעות כאבים הוא זוכר את איבריו שהוצאו, מגיב או לא מגיב להורמונים ועוד. כל אלה הן דרכים מטריאליות שניתן לפרשן כשפה גופנית שבה הגוף מספר וזוכר את סיפורו, כאביו ומאפייניו הייחודיים. השפה המטריאלית של הגוף מפורשת על ידי המדע כ"סיבוכים" ו"תופעות לוואי". הפרוטוקול הטיפולי מורה להתמודד עמן על ידי המשך נרמול הגוף באמצעות ניתוחים וטיפולים נוספים, "מתקנים". זהו מעגל הקסמים הפרדוקסלי שבו חיים אינטרסקסואלים. תהליך המינגוף מכונן גוף ביו-חברתי ובכך הוא עצמו גורם להתנגדות של הגוף, הגוררת אחריה טיפולים נוספים והמשך של תהליך המינגוף וכן הלאה.

האם ניתן לשחרר אינטרסקסואלים ממעגל הקסמים שנוצר בחייהם? תחילה עלינו להטיל ספק במטרות של תהליך המינגוף הנעשה בישראל ובמקומות רבים בעולם המערבי במטרה לנרמל אינטרסקסואלים ולהעמיד לבחינה מחודשת שאלות כמו מהו המין הנורמלי, הטיפוסי? איזה "מין" גוף נוצר בתהליך המינגוף? באופן פרדוקסלי, הגוף הביו-חברתי, אשר כלפי חוץ "עובר" כזכרי או כנקבי הוא למעשה גוף אינטרסקסואלי נוסף — גוף אינטרסקסואלי שהוא תוצר של תהליך המינגוף עצמו. לעתים הוא חסר איברי מין פנימיים וחסר גונדות, תלוי בהורמונים סינטטיים, בעל איברי מין חיצונים מצולקים ולעתים חסרי תחושה ארוגנית. הוא גוף התלוי בממסד הביו-רפואי. לכן, עלינו לשאול האם הפיכתם של אינטרסקסואלים לילדי בתי חולים החווים ניכור גופני, דואליות גופנית ובידוד חברתי היא הפתרון הטוב ביותר עבורם? אם התשובה היא שלילית עלינו להעלות את המודעות הציבורית כלפי הגוף האינטרסקסואלי וכלפי המדיניות הטיפולית הבעייתית הקיימת.

ביבליוגרפיה

- בנזימן, יותם, 2011. יצא סוד: היבטים מוסריים של גילוי והסתרה, ירושלים: מאגנס.
 מעודד דנון, לימור, 2012. "אינטרסקסואליות ותהליך המינגוף: הפרדוקס של המין בגוף", עבודת דוקטור, המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
 פוקו, מישל, 1996. תולדות המיניות I: הרצון לדעת, בתרגום גבריאל אש, תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

- Butler, Judith, 1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York and London: Routledge.
- _____, 1993. *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of "Sex,"* New York and London: Routledge.
- _____, 2004. *Undoing Gender*, New York and London: Routledge.
- Chase, Cheryl, 1998. "Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism," *GLQ* 4(2), pp. 189–211.
- _____, 2003. "What Is the Agenda of the Intersex Patient Advocacy Movement?" *The Endocrinologist* 13(3), pp. 240–242.
- Christian, S.M., D. Koehn, R. Pillay, A. McDougall and R.D. Wilson, 2000. "Parental Decisions Following Prenatal Diagnosis of Sex Chromosome Aneuploidy: A Trend Over Time," *Prenatal Diagnosis* 20(1), pp. 37–40.
- Cote, Anne, 2000. "Telling the Truth? Disclosure, Therapeutic Privilege and Intersexuality in Children," *Health Law Journal* 8, pp. 199–216.
- Creighton, Sarah M., 2001. "Surgery for Intersex," *Journal of the Royal Society of Medicine* 94(5), pp. 218–220.
- _____, 2004. "Long-Term Outcome of Feminization Surgery: The London Experience," *BJU International* 93(3), pp. 44–46.
- Crouch, Naomi S., Lih, Mei Liao, Christopher R.J. Woodhouse, Gerard S. Conway and Sarah M. Creighton, 2008. "Sexual Function and Genital Sensitivity Following Feminizing Genitoplasty for Congenital Adrenal Hyperplasia," *Journal of Urology* 179, pp. 634–638.
- Dreger, Alice D., 1998. *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge: Harvard University Press.
- _____ (ed.), 1999. *Intersex in the Age of Ethics*, Hagerstown, Md.: University Publishing Group.
- Farkas, Amicur, Boris Chertin and Irit Hadas-Halpern, 2001. "1-Stage Feminizing Genitoplasty: 8 Years of Experience with 49 Cases," *Journal of Urology* 165(6), pp. 2341–2346.
- Farkas, Amicur, Dimitry Koulikov and Boris Chertin, 2004. "Masculinizing Genitoplasty in Male Pseudohermaphroditism," *Pediatric Endocrinology Reviews* 2(1), pp. 15–20.
- Fausto-Sterling, Anne, 1993. "The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough," *Sciences* 33(2), pp. 20–25.
- _____, 2000. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Human Sexuality*, New York: Basic Books.

- Feder, Ellen K., 2002. "Doctor's Orders: Parents and Intersexed Children," in Eva F. Kittay and Ellen K. Feder (eds.), *Subject of Care: Feminist Perspectives on Dependency*, Boston: Rowman and Littlefield, pp. 294–320.
- _____, 2006. "In Their Best Interest: Parents' Experience of Atypical Genitalia," in Erik Parens (ed.), *Surgically Shaping Children: Technology, Ethics and the Pursuit of Normality*, Baltimore, Md.: The Johns Hopkins University Press, pp. 189–210.
- Ford, Kishka-Kamari, 2000. "First Do No Harm: The Fiction of Legal Parental Consent to Genital-Normalizing Surgery of Intersexed Infants," *Yale Law and Policy Review* 19, pp. 469–488.
- Foucault, Michel, 1980. *Herculine Barbin*, New York: Pantheon Books.
- _____, 1995. *Discipline and Punishment: The Birth of the Prison*, New York: Vintage.
- _____, 2006. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, London: Routledge.
- Frank, Arthur W., 1995. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*, Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Fujimura, Joan H., 2006. "Sex Genes: A Critical Sociomaterial Approach to the Politics and Molecular Genetics of Sex Determination," *Signs* 32(1), pp. 49–82.
- Harper, Catherine, 2007. *Intersex*, Oxford and New York: Berg.
- Hillman, Thea, 2008. *Intersex: For Lack of a Better Word*, San Francisco: Manic D. Press.
- Holmes, Morgan, 1994. "I'm Still Intersexual," *Hermaphrodites With Attitudes* 1(1), pp. 5–6.
- _____, 1997. "Is Growing up in Silence Better than Growing up Different?" *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities* 2(5), pp. 7–9.
- _____, 2002. "Rethinking the Meaning and Management of Intersexuality," *Sexualities* 5(2), pp. 159–180.
- _____, 2008. *Intersex: A Perilous Difference*, Selinsgrove: Susquehanna University Press.
- Hughes, Leuan A., Christopher P. Houk, Faisal S. Ahmed, Peter A. Lee and Lawson Wilkins, 2006. "Consensus Statement on Management of Intersex Disorders," *Pediatrics* 118(2), pp. 488–500.
- Imber-Black, Evan, 1998. *The Secret Life of Families*, New York: Bantam Books.
- Karkazis, Kathrina A., 2008. *Fixing Sex: Intersex, Medical Authority and Lived Experience*, Durham and London: Duke University Press.
- Karpel, Mark A., 1980. "Family Secrets," *Family Process* 19(3), pp. 295–306.
- Kerry, Stephen, 2008. *Are You a Boy or a Girl? Intersex and Genders: Contesting the Uncontested: A Comparative Analysis between the Status of Intersex in Australia and the United States of America*, Saarbrücken: VDM Verlag.

- Kessler, Suzanne J., 1998. *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Kilani, Zaid, Yahia Dajani, Eva Quaddomi and Lamia Haj Hassan, 2009. "Androgen Insensitivity Syndrome after Preimplantation Genetic Diagnosis for Sex Selection: A Case Study," *Fertility and Sterility* 92(3), pp. 1169e5–1169e7.
- Krege, S., K. H. Walz, B. P. Hauffa, I. Körner and H. Rubben, 2000. "Long-Term Follow-Up of Female Patients with Congenital Adrenal Hyperplasia from 21-Hydroxylase Deficiency, with Special Emphasis on the Results of Vaginoplasty," *BJU International* 86, pp. 253–259.
- Laqueur, Thomas, 1990. *Making Sex: Body and Gender from Greeks to Freud*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Lev, Arlene Istat, 2006. "Intersexuality in the Family: An Unacknowledged Trauma," *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy* 10(2), pp. 27–56.
- Liao, Lih-Mei, 2006. "Psychology and Clinical Management of Vaginal Hypoplasia," in Sharon Sytsma (ed.), *Ethics and Intersex*, Dordrecht, The Netherlands: Springer, pp. 225–240.
- Merleau-Ponty, Maurice, 1978. *Phenomenology of Perception*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Minto, Catherine L., Lih-Mei Liao, Christopher R. J. Woodhouse, Phillip G. Ransley and Sarah M. Creighton, 2003. "The Effect of Clitoral Surgery on Sexual Outcome in Individuals Who Have Intersex Conditions With Ambiguous Genitalia: A Cross-Sectional Study," *Lancet* 361, pp. 1252–1257.
- Money, John, and Anke Ehrhardt, 1972. *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Morland, Iain, 2001. "Management of Intersex," *Lancet* 358, pp. 2085–2086.
- _____, 2009. "What Can Queer Theory Do for Intersex?" *GLQ* 15(2), pp. 285–312.
- Oudshoorn, Nelly, 1994. *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*, London: Routledge.
- Preves, Sharon E., 1998. "For the Sake of the Children: Destigmatizing Intersexuality," *Journal of Clinical Ethics* 9(4), pp. 411–420.
- _____, 2002. "Sexing the Intersexed: An Analysis of Sociocultural Responses to Intersexuality," *Signs* 27(2), pp. 523–556.
- _____, 2003. *Intersex and Identity: The Contested Self*, New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

- Redick, Allison, 2004. "American History XY: The Medical Treatment of Intersex, 1916–1955," Ph.D dissertation, New York University.
- Reis, Elizabeth, 2009. *Bodies in Doubt: An American History of Intersex*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Remennick, Larissa, 2006. "The Quest for the Perfect Baby: Why Do Israeli Women Seek Prenatal Genetic Testing?" *Sociology of Health and Illness* 28(1), pp. 21–53.
- Schober, Justine M., 2004. "Feminizing Genitoplasty: A Synopsis of Issues Relating to Genital Surgery in Intersex Individuals," *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 17(5), pp. 697–703.
- Shalev, Carmel, and Sigal Gooldin, 2006. "The Uses and Misuses of In Vitro Fertilization in Israel: Some Sociological and Ethical Considerations," *Nashim: A Journal of Women's Studies and Gender Issues* 12, pp. 151–176.
- Shilling, Chris, 2005. *The Body in Culture, Technology and Society*, London and Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Sircili, Maria H. P., Frederico Q. S. Arnaldo, Elaine M. F. Costa, Vinicius N. Brito, Ivo J. P. Arnhold, Francisco T. Denes, Marlene Inacio and Berenice B. D. Mendonca, 2010. "Long-Term Surgical Outcome of Masculinizing Genitoplasty in Large Cohort of Patients with Disorders of Sex Development," *Journal of Urology* 184(3), pp. 1122–1127.
- Vaknin, Zvi, Orit Reish, Ido Ben-Ami, Eli Heyman, Arie Herman and Ron Maymon, 2008. "Prenatal Diagnosis of Sex Chromosome Abnormalities: The 8-Year Experience of a Single Medical Center," *Fetal Diagnosis Therapy* 23(1), pp. 76–81.
- Warne, Garry, Sonia Grover, Huston John, Andrew Sinclair, Sylvia Metcalfe, Elisabeth Northam and Justin Freeman, 2005. "A Long-Term Outcome Study of Intersex Conditions," *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 18(6), pp. 555–567.