

הגיע הזמן להפסיק את "עצירת ההתבגרות המינית" בקרב נוער עם דיספוריה מגדרית

ויליאם מאלון, 17 בספטמבר 2021.

*ד"ר ויליאם מאלון הוא מרצה לאנדוקרינולוגיה בדרום איידהו ויועץ של החברה לרפואה מגדרית מבוססת ראיות.

בני נוער מזדהים כטרנסג'נדרים במספרי שיא. בשנת 2017, 3-4 מתוך 100 בני נוער בארצות הברית דיווחו שהם טרנסג'נדרים או עשויים להיות טרנסג'נדרים. מחקר שנערך לאחרונה בשנת 2021 מצביע על כך ששיעור הזיהוי העצמי כטרנסג'נדרים בקרב בני הנוער באמריקה עשוי להגיע ל-9 מכל 100. כל מרכזי המגדר הגדולים בעולם דיווחו על עלייה של אלפי אחוזים בקרב בני הנוער המתמודדים עם דיספוריה מגדרית.

כיצד ניתן ליישב מספרים ונתונים אלו עם נתוני 2013 המדווחים על שכיחות דיספוריה מגדרית של כ-2-14 מתוך 100,000 מבוגרים? בחינה של הנושא נדרשת מכיוון שארגונים רפואיים בארה"ב תומכים בלספק לנוער שמזדהים כטרנסג'נדרים (מעל מיליון ילדים ובני נוער, לפי ההערכות האחרונות) גישה להתערבויות רפואיות הורמונאליות בעלות השפעות והשלכות מרחיקות לכת.

הורמונים אנלוגים ל-GnRH (או בשמם העממי "בלוקרים" – הורמונים לעצירת גיל ההתבגרות) זמינים כעת בשלב טאנר 2 של ההתבגרות המינית - שלב שאליו יכולות ילדות להגיע בגיל 8-9 שנים. לאחר מכן באים הורמונים של המין השני וניתוחים, וכיום ניתוחי כריתת שד זמינים כעת לילדות מגיל 13. ניתן לבצע ניתוחים לשינוי איברי המין, כמו גם הסרת השחלות, הרחם והאשכים, ברגע שהמטופל/ת בן/ת 18.

מה מניע את הגידול המסיבי הזה בקרב בני נוער המזדהים כטרנס? מהם הסיכונים, היתרונות וחוסר הוודאות הכרוכים בהתערבויות הורמונליות וכירורגיות? האם התערבויות כאלה משפרות את בריאותם הפסיכולוגית ארוכת הטווח של בני נוער-דיספוריים? כמה יתחרטו על השינויים הבלתי הפיכים שנעשו בגופם במהלך מה שאולי היה שלב זמני בהתפתחותם?

איננו יודעים את התשובות לשאלות אלה, אך עלינו לברר אותן לפני שנציע התערבויות כאלה. אנשי המקצוע בשטח-במיוחד אלה שעובדים עם בני נוער - לא יכולים עוד להישאר בצד ולא לנקוט עמדה. כל רופא ששוקל לכתוב מרשם לחוסמי התבגרות או הורמוני המין השני, או מטפל שיתן הפניה לטיפול הורמונלי או לניתוח, יצטרך לענות בעצמו על השאלה: רק בגלל שאני יכול, האם זה אומר שאני צריך?

מה תורם לעלייה המהירה של בני נוער ובעיקר בנות נוער עם דיספוריה מגדרית?

קיים ויכוח ער לגבי הסיבות לעלייה המהירה של הזדהות כטרנסג'נדרים בקרב צעירים ובעיקר צעירות. חסידי התערבויות הורמונליות וכירורגיות לבני נוער טוענים כי הגידול של כמה אלפי אחוזים במספר בני הנוער המבקשים לשנות את המין הוא השתקפות של קבלה חברתית רבה יותר של זהויות טרנסג'נדריות, ומאפשרת ליותר צעירים "לצאת מהארון". אך בחינה מעמיקה יותר של טענה זו מגלה מספר סתירות.

מכיוון שנקבות מתבגרות וצעירות מהוות כיום 6-8 מתוך-10 (כלומר 60-80% מהפונים) מהמקרים של דיספוריה מגדרית (בעבר, פניות זכרים לפני גיל ההתבגרות היו שכיחות יותר במאות אחוזים מפניות של נקבות), ניתן היה לצפות לעלייה בשיעור הזיהוי הטרנסג'נדרים גם בקרב נשים בוגרות. זה לא קרה. בנוסף, יותר משלושה רבעים מהפונים כיום למרפאת המגדר סובלים בנוסף מבעיות נפשיות משמעותיות או ממצבים נזירי-קוגניטיביים כגון הפרעה על הספקטרום האוטיסטי או הפרעת קשב וריכוז. זהו אחוז גבוה הרבה יותר של תחלואה נפשית בהשוואה לאלו שפנו בעבר לטיפול בדיספוריה מגדרית.

קיים חשש לגיטימי שמצבים נלווים אלה של בריאות הנפש (קומורבידיות) כמו גם ההשפעה של קבוצות חברתיות ושקיעה בחומרים אינטרנטיים בנושאים טרנסג'נדרים, עשויים לשחק תפקיד בעלייה המהירה של שיעור ההזדהות הטרנסג'נדרית בקרב בני נוער פגיעים במיוחד.

המחקר הראשוני שהעלה את התיאוריה כי השפעה חברתית ממלאת תפקיד בשכיחות מוגברת של הזדהות "מאוחרת" או בגיל ההתבגרות (לעומת גיל הילדות שאפיין את הפניה לסיוע בדיספוריה מגדרית בעבר – המת') הותקף בחומרה על ידי תומכי המדיקליזציה של בני נוער, למרות העובדה כי המחקר השתמש בשיטות דומות המשמשות בתחומים

אחרים של מחקר בתחום הבריאות. המחקר עבר בחינה מחודשת חסרת תקדים על ידי חוקרים עמיתים שהגיעו למסקנות דומות.

מאז פרסום המחקר, מספר אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש העובדים ישירות עם בני נוער במצוקה מגדרית איששו התחלה מהירה של הזדהות טרנסג'נדרית בקרב בני נוער עם ילדות נורמטיבית בעבר מבחינה מגדרית (כלומר ללא תלונות או סימנים בילדות של דיספוריה מגדרית המת').

החלוצים בטיפול בדיספוריה מגדרית משנים כיוון

מספר מדינות באירופה שהיו חלוצות במדיקליזציה לילדים, הופכות כעת את המהלך לכיוון זהיר בהרבה לאחר שאיסוף הנתונים שביצעו לא הצליח להוכיח שמעבר רפואי (מדיקליזציה) של צעירים עם מצוקה מגדרית משפר את תוצאות בריאות הנפש. בשוודיה, בעקבות הודעת בית החולים קרולינסקה כי לא יערוך יותר מעבר מגדרי רפואי לבני נוער מתחת לגיל 18 מחוץ לניסויים קליניים מבוקרים היטב, מספר מרפאות מגדר ילדים אחרות הלכו בעקבותיהם וקיבלו את אותה החלטה.

מאז פרסום המחקר, מספר רופאי בריאות הנפש העובדים ישירות עם בני נוער במצוקה מגדרית חיזקו או נתנו תמיכה לתיאוריה על התחלה מהירה של הזדהות טרנסג'נדרית בקרב בני נוער עם ילדות נורמטיבית בעבר מבחינה מגדרית.

בבריטניה, קירה בל - אישה צעירה שטופלה בהתערבות הורמונלית וכירורגית "מאששת מגדר" (המודל האפירמטיבי – המת') לפני שהתחרטה והפכה את התהליך, התלוננה נגד המרפאה הלאומית למגדר בה טופלה. המקרה התקדימי שלה ופסק הדין המקורי של בית המשפט הגבוה נגד המרפאה הדגישו את הדחיפות לבחון מחדש את גישות הטיפול במצבים המגוונים יותר ויותר של דיספוריה מגדרית בקרב צעירים. כאשר מאמר זה עלה לעיתונות, מרפאת המגדר הלאומית של בריטניה זכתה בערעור מול קירה בל, כלומר הרופאים שם יוכלו שוב להחליט אם המטופלים שלהם מתחת לגיל 16 יכולים להביע הסכמה מדעת וכך לקבל טיפול בחוסמי התבגרות. קירה בל אמרה כי היא מאוכזבת מהחלטה זו ותבקש רשות לערער לבית המשפט העליון. לדבריה, השירות הרפואי עבר "פוליטיזציה", והוסיפה: "שיה גלובלי החל סביב המקרה הזה (שלי). הוא שפך אור לפינות האפלות של שערורייה רפואית שפוגעת בילדים ופגעה בי. ויש עוד הרבה מה לעשות בנושא".

שירות הבריאות הלאומי בבריטניה (NHS) כבר הזמין סקירה שיטתית עצמאית של הנתונים, שהגיעה למסקנה כי הראיות על מידת התועלת של התערבויות הורמונליות בקרב צעירים דיספוריים מבחינה מגדרית הן בעלות ודאות נמוכה מאוד ויש לשקול אותן בזהירות מול הסיכונים. כונס גם צוות משימה עצמאי שיעריך מחדש את גישת המדינה לטיפול בנוער עם דיספוריה מגדרית.

פינלנד ביצעה את השינוי הגדול מכולם. לאחר שאימצו מוקדם את המעבר הרפואי לילדים, החוקרים שמו לב כי מצבם של מתבגרים שהתמודדו עם בעיות נפשיות בתחילת המחקר לא הצליח להשתפר לאחר ביצוע המעבר/ההתאמה המגדרית. השירות הממשלתי להתפתחות זהות מגדרית בפינלנד פרסם הנחיות טיפול חדשות בשנת 2020 הקובעות כי פסיכותרפיה, במקום שינוי מגדרי, צריכה להיות קו הטיפול הראשון לנוער עם דיספוריה מגדרית.

הנהגת איגודי הרפואה באמריקה הגיבה לאט יותר. בחודש שעבר פנתה החברה לרפואה מגדרית מבוססת ראיות (Society for Evidence-Based Gender Medicine) בבקשה לשיתוף מידע על מעברי מגדר של בני נוער בפגישה השנתית של האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים (AAP). הבקשה נדחתה ללא הסבר, למרות ש-80% מרופאי הילדים שהצביעו על החלטות AAP, אישרו החלטה הקוראת לבחון מחדש את הראיות ותמכו בנקיטת זהירות רבה יותר בנוגע למעברים מגדריים של קטינים.

הנהגת ה-AAP התעלמה ככל הנראה מהתמיכה המהדהדת בהחלטה זו, אך המסר הברור מההצבעה הוא כי רופאי ילדים בחזית אינם מסכימים לגישת "טיפול אחד המתאים לכולם" ("one size fits all") של הגישה המאששת מגדר (affirmative therapy) שדוגלת באישור אוטומטי (ללא בחינה או חקר המת') של צעירים במצוקה מגדרית כטרנסג'נדרים והפניה לשינוי מגדרי.

מה ידוע ומה עדיין לא ידוע.

ישנן יותר ויותר עדויות לכך שהמודל "המאשר מגדר", המבוסס על ההנחה הבלתי מוכחת ששינוי מגדרי הוא הדרך הטובה ביותר לסייע לנוער במצוקה מגדרית, אינו עומד בהבחנתו. זה לא אמור להפתיע. למרות יותר מ-50 שנות ניסיון של מעבר/התאמה מגדרית בקרב בוגרים ובוגרות, חסרות הוכחות משכנעות לכך שמעבר/התאמה מגדרית משרים את התפקוד הפסיכולוגי של אלו הסובלים מדיספוריה מגדרית, ומחקרים בנושא חרטה נגועים בשיעורי נשירה גבוהים המונעים הסקת מסקנות משמעותיות עבור החוקרים והמשתתפים כאחד. מעבר/התאמה מגדרית בילדים זו תופעה עדכנית בהרבה, וישנם מעט נתונים, אם בכלל, המנחים את קבלת ההחלטות.

אנו עדים למספר גדל והולך של הבעת חרטה בקרב בני נוער וצעירים שעברו שינוי מין תחת פרוטוקולי טיפול "מאושש מגדר" בשנים האחרונות. סיפורים שמפורסמים בפורום subreddit r/detrans, (פורום המוקדש לנושא באתר Reddit. הפורום מונה למעלה מ-20,000 משתתפים: חלקם במצב חרטה שלמה/חלקית אחרי תהליכי התאמה מגדרית רפואיים, וכאלה שהזדהו כטרנסג'נדרים במשך תקופה מסוימת בצעירותם ומפקקים במעבר שלהם) עולים בקנה אחד עם דיווחי חרטה ממקור ראשון. זו צריכה להיות קריאה חובה עבור כל קלינאי וקלינאית השוקלים להפוך לכאלו הממליצים על טיפול מאושש מגדר.

להלן סקירה קצרה של מה שאנו יודעים - וחשוב מכך, מה שאיננו יודעים - על הפרקטיקה של מעבר/התאמה רפואית של קטינים.

רוב המקרים של דיספוריה מגדרית שהתחילה בילדות המוקדמת נפתרים מעצמם. 11 מתוך 11 מחקרים שעקבו אחר מסלול של בני נוער בעלי שונות מגדרית מראים כי התוצאה השכיחה ביותר היא שהדיספוריה מגדרית חולפת מאליה באזור גיל ההתבגרות או אחריו. בקרב אלו שאובחנו כבעלי הפרעה בזהות מגדרית, 67% כבר לא עמדו בקריטריונים לאבחון כמבוגרים; בקרב אלה שאובחנו חלקית כבעלי דיספוריה מגדרית, 93% לא היו דיספוריים מגדרית כמבוגרים. דיספוריה מגדרית בילדות היא גורם מנבא חזק בהרבה להומוסקסואליות בעתיד מאשר לזהות טרנסג'נדרית עתידית.

מסלול חייהם של אנשים שזהותם הטרנסג'נדרית צצה במהלך ההתבגרות או לאחריה כלל אינו ידוע באופן ברור. איש לא חקר מסלולים עתידיים של מטופלים שזהותם הטרנסג'נדרית התגלתה לראשונה לאחר תחילת ההתבגרות – תופעה נדירה בעבר אך כיום נפוצה יותר ויותר. מספרם ההולך וגדל של אלו שחוזרים בהם או נושרים מתהליכי ההתאמה המגדרית (detransitioners and desisters) נובע בדיוק מקבוצת האוכלוסייה הזו, דבר המצביע על כך שזהות טרנסג'נדרית הנוצרת בגיל ההתבגרות עשויה להיות לא מתמשכת.

מעבר חברתי (שינוי בשם, כינוי גוף, ביגוד, תספורת, ללא שינויים רפואיים המת') אינו משפר את תוצאות בריאות הנפש. מחקרים שנעשו לאחרונה מראים כי למרות שילדים במעבר חברתי יכולים לשגשג בטווח הקצר, הם אינם מסתדרים טוב יותר מבני גילם הדיספוריים מגדרית שלא ביצעו מעבר חברתי. נראה כי הגורם המנבא את בריאות הנפש בילדים עם דיספוריה מגדרית הוא יחסים חברתיים עם קבוצת העמיתים (peers), ולא הסטטוס של המעבר החברתי. איננו יודעים עדיין מהו מסלול חייהם של קטינים שעברו מעבר חברתי בטווח הארוך, אך עדויות שהתחילו להצטבר מצביעות על כך שיש סיכוי גבוה יותר שהמצוקה הקשורה למגדר תישאר בעינה ולא תחלוף, כפי שנצפה קודם לכן. המשמעות של מצב זה היא עשרות שנים של התערבויות רפואיות פולשניות ומסוכנות. למעשה, החוקרים ההולנדים שהיו חלוצי הפרוטוקול שתמך במעבר רפואי של קטינים כיום מתנגדים כיום באופן מפורש וניכר למעבר החברתי של ילדים ומתבגרים צעירים.

קרוב ל-100% מהילדים שמתחילים בטיפול בהורמונים חוסמי התפתחות מינית (בלוקרים) ימשיכו להורמונים של בני המין השני וניתוחים. שני המחקרים העיקריים שהעריכו את ההשפעות של חוסמי התפתחות מינית על בריאות הנפש לא מצאו שיפורים כלל או שמצאו שיפורים בעלי משמעות קלינית שולית בלבד. בשני המחקרים יש בנוסף סיכון להטיה עקב היעדר קבוצות ביקורת. ארבעה מחקרים נוספים שבחנו את ההשפעות של חוסמי התפתחות מינית על בריאות הנפש לקו במגבלות מבניות בתכנון המחקר וגם כשלו להראות השפעות חיוביות משכנעות על הבריאות הפסיכולוגית. עם זאת, השפעה אחת של חוסמי ההתבגרות חזרה על עצמה במחקרים בעקביות: לפחות ארבעה מחקרים מראים שכמעט כל הילדים שמתחילים חוסמי התבגרות מינית ממשיכים בהורמונים של בני המין השני. זה מצביע על כך שבמקום שיהיו "כפתור עצירה זמני", חוסמי ההתבגרות המינית עשויים להיות דווקא "דוושת הגז" לשינוי מגדרי והמשך המדיקליזציה.

רוב הסיכונים הבריאותיים לטווח הארוך אינם ידועים. לא קיימים מחקרים ארוכי טווח על מטופלים שעברו התאמה מגדרית רפואית – מדיקליזציה בגיל ההתבגרות או בבגרות הצעירה. לכן היכולת שלנו להעריך סיכונים אל מול יתרונות מוגבלת. הוכח שחוסמי התפתחות מינית פוגעים משמעותית בבריאות העצם, ולא ברור אם זה יגרום לאוסטיאופורוזיס בעתיד. הורמונים של בני המין השני קשורים לעלייה של פי 3-5 בסיכון להתקפי לב ושבץ מוחי, אם כי אין מחקרים ארוכי טווח באיכות מספקת להערכות סיכון מדויקות. סיכונים אחרים הכרוכים בהתערבויות האנדוקריניות הללו יתגלו ככל שהטיפולים הללו ימשכו ויתרחבו וככל שצעירים וצעירות יעברו שנים ועשורים על התערבויות אלה. הסיכונים לפוריות אינם ידועים ברובם, אך כמעט ודאי שאם יינתנו חוסמי התבגרות בשלבים המוקדמים של ההתבגרות ואחריהם הורמונים של המין השני תיווצר עקרות.

המסלול הרפואי של "טיפול מאושש מגדר" נשען על מחקר הולנדי אחד שאינו רלוונטי לאוכלוסיות הנוכחיות של בני נוער עם דיספוריה מגדרית. רוב בני הנוער שפונים לטיפול היום היו נפסלים במפורש על פי הפרוטוקול ההולנדי המקורי, שכן לרובם יש תחלואה משמעותית מקבילה בבריאות הנפש והופעה של זהויות טרנס לאחר גיל ההתבגרות. עובדה זו הוכרה על ידי החוקרים העיקריים של הפרוטוקול ההולנדי עצמו, שהחלו לאחרונה לעורר זעקה בנוגע ליישום שגוי של הפרוטוקול שלהם ואשר טוענים כי פסיכותרפיה - במקום שינוי מגדרי - מתאימה יותר לרבים מהמקרים הקיימים כעת.

על התאבדות

הדחיפות להעלות בני נוער עם דיספוריה מגדרית על מסלול מהיר למדיקליזציה מגדרית למרות המחסור הקיים בראיות נובע מן הרעיון שאם לא נתערב רפואית ומהר, בני נוער אלה יתאבדו. עם זאת, מחקרים המשתמשים במידע איכותי חושפים מציאות שונה בתכלית.

בעוד שלצעירים עם דיספוריה מגדרית יש אמנם שיעורי אובדנות גבוהים, שיעור זה לא גבוה באופן חריג בהשוואה לאוכלוסיות פגיעות אחרות. למעשה, ההיקף דומה בערך לשיעור האובדנות שנמצא באוכלוסיות בני נוער שהופנו לטיפול עבור מצבי בריאות נפש אחרים. מחקרים איכותיים ארוכי טווח שבדקו האם מעבר מוביל להפחתת אובדנות לא הצליחו להוכיח צמצום באובדנות.

לרפואה יש דפוס של אימוץ נלהב של התערבויות רפואיות לא מוכחות, רק כדי לגלות שנים או עשורים מאוחר יותר כי הנזקים מהתערבויות אלה עולים על היתרונות. אנו חייבים למטופלים שלנו להביע שקיפות לגבי גבולות הידע שלנו והעובדה שמסלול ה"טיפול המאושש מגדר" הוא בלתי הפיך ברובו.

כאשר לא הוכח כי יתרונות ההתערבות עולים על הסיכונים, האתיקה הרפואית קובעת שאסור לבצע התערבויות כאלה מחוץ למסגרת של ניסויים קליניים. אסור לנו לבלבל בין טיפול רפואי לנוער עם דיספוריה מגדרית לבין התערבויות ניסיוניות ומסוכנות המבוססות על ראיות באיכות נמוכה. הגיע הזמן להשהות את תהליכי המעבר המגדרי לנוער.

היסטוריה קצרה של הפרוטוקול ההולנדי

בתקופה שלפני אמצע שנות התשעים, המעבר הרפואי התבצע בעיקר במבוגרים. עם זאת, תוך שציינו את "המראה הגברי שלעולם לא נעלם" של רבים מהזכרים המבוגרים שעברו את התהליך, שיערו צוות חוקרים הולנדים כי יתכן וראוי לספק התערבות מוקדמת לקבוצה של מתבגרים שנבחרו בקפידה לפני שיחולו השינויים הפיזיים הבלתי הפיכים של גיל ההתבגרות.

כדי להבדיל בין רוב הילדים הדיספוריים שיגדלו והדיספוריה המגדרית שלהם תחלוף בבגרותם לבין המעטים שכנראה הדיספוריה שלהם לא תחלוף והם ירצו לבצע התאמה מגדרית בבגרותם, תכננה מרפאת המגדר ההולנדית פרוטוקול מיון קפדני, עם צוותים רב-תחומיים. הם ערכו מעקב מקרוב אחר מועמדים פוטנציאליים במשך מספר שנים.

כדי להיות מתאימים להתערבות מוקדמת, היה על המתבגרים להיות בעלי רצון והזדהות מתמשכת, עיקבית וחזקה להיות בן המין השני מילדותם המוקדמת (מקרים של זהות טרנס שהתחילה בהתבגרות נפסלו); המצוקה היתה צריכה

להחמיר במהלך ההתבגרות; והמתבגרים היו צריכים להיות ללא כל מצבי בריאות נפש משמעותיים אחרים. עבור מתבגרים מתאימים, חוסמי התבגרות החלו לא לפני גיל 12, הורמונים של המין השני בגיל 16, וניתוחים עם גיל 18. פסיכותרפיה מתמשכת ליוותה את כל תהליך ההערכה ותקופת ההתערבות.

הצוות ההולנדי פרסם את תוצאות המחקר הסופיות שלהם בשנת 2014. המחקרים דיווחו כי בגיל 21 במוצע (כ - 1.5 שנים לאחר הניתוח) הצעירים שהיו חופשיים מדיספוריה מגדרית ומתפקדים היטב. למרות מוות לאחר הניתוח כתוצאה מזיהום של אחד המשתתפים, הופעת מספר אבחנות חדשות של מחלות מטבוליות, ונשירה מרובה של משתתפים, העולם המערבי אימץ בהתלהבות את מודל ההתערבות המוקדמת. באופן מדאיג, הניסיון היחיד לשכפל את הפרוטוקול ההולנדי מחוץ להולנד לא הצליח להציג שיפורים כלשהם בתחום הפסיכולוגי, ועד כה לא קיימים נתוני תוצאות ארוכות טווח עבור קבוצת 55 המתבגרים ההולנדים שטופלו.

ההתערבויות הבלתי הפיכות הללו מהוות בסיס ל"פרוטוקול ההולנדי". נכון לעכשיו, פרוטוקול זה מיושם בדרכים שהוא מעולם לא תוכנן עבורן. לדוגמה, הפרוטוקול מסתייג בנחרצות ממעבר חברתי בילדות, ולא ביצע מעבר של נוער אצלו הזהות הטרגנסג'נדרית הופיעה לאחר גיל ההתבגרות, או נוער עם תחלואה מקבילה משמעותית בבריאות הנפש. עם זאת, כיום הטיפול במקרים כאלה בהתערבויות המתוארות בפרוטוקול ההולנדי שכיח, וגיל הזכאות להתערבויות הורמונליות וכירורגיות ירד בהדרגה, כאשר כיום אפילו ילדים בני 8 זכאים להתחיל חוסמי התבגרות.