

## פרק 6 – מתבגרים. <sup>1</sup>

### תורגם מתוך:

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., et al. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259.

### הקשר היסטורי ושינויים מאז המהדורה הקודמת של הסטנדרטים לטיפול.

טיפולים רפואיים ייעודיים למתבגרים. וט טרנסג'נדריות. ים התחילו בשנות השמונים של המאה העשרים, כאשר פותחו מספר מרפאות מגדריות ייעודיות לנוער ברחבי העולם, שהעניקו שירותים למספר קטן יחסית של ילדים. ומתבגרות. ים. בשנים האחרונות התרחשה עליה חדה במספר המתבגרים. ומתבגרות. ים. המבקשים טיפול מגדרי (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). מאז עליה זו, הוקמו מרפאות חדשות, אך השירותים הקליניים במקומות רבים אינם עומדים במספר ההולך וגדל של בני ובנות נוער שפונים לטיפול. לכן, לעיתים קרובות קיימות רשימות המתנה ארוכות לשירותים, ובני ובנות נוער טרנסג'נדרים. ומתבגרות. ים. ברחבי העולם נתקלים בחסמים בבואם לקבל טיפול (Tollit et al., 2018).

עד לאחרונה, היה קיים מידע מוגבל בלבד לגבי שכיחותו של גיוון מגדרי בקרב מתבגרות. ים. מחקרים ממדגמים בבתי ספר תיכוניים מצביעים על שיעורים גבוהים יותר מההשערות הקודמות, עם דיווחים המעידים כי עד 1.2% מהמשתתפים והמשתתפות הזדהו כטרנסג'נדרים. ומתבגרות. ים. (Clark et al., 2014) ועד 2.7% או יותר (למשל: 7-9%) שדיווחו על חוויה מגוונת מגדרית כלשהי (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). מחקרים אלה מציעים כי אין להמשיך לחשוב על גיוון מגדרי בקרב הנוער כתופעה נדירה. בנוסף, מרפאות מגדריות מדווחות על שיעורים בלתי אחידים על פי המין שהוגדר בלידה, כאשר מתבגרים. ומתבגרות. ים. שהוגדרו כנקבות בלידה פנו לטיפול לעיתים תכופות פי 2.5-7.1 בהשוואה למתבגרות. ים. שהוגדרו כזכרים בלידה (Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020).

פרק ספציפי של הסטנדרטים לטיפול של האגודה המקצועית העולמית לבריאות טרנסג'נדרים (WPATH) המוקדש לצורכיהם של ילדים. ומתבגרות. ים. נכלל לראשונה בגרסה החמישית של הסטנדרטים לטיפול של (WPATH (Levine et al., 1998). נקבע כי בני ובנות נוער בגיל 16 או יותר מתאימים פוטנציאלית לטיפול רפואי להתאמה מגדרית, אך רק במקרים נבחרים. הגרסאות השישית (Meyer et al., 2005) והשביעית (Coleman et al., 2012) חילקו את הטיפול הרפואי להתאמה עבור מתבגרים. ומתבגרות. ים. לשלוש קטגוריות והציגו קריטריונים להתאמה על פי הגיל/שלב ההתבגרות המינית – מעכבי התבגרות ("בלוקרים") בעלי השפעה הפיכה לחלוטין, מרגע תחילת ההתבגרות המינית; טיפול הורמונלי בעל השפעה הפיכה באופן חלקי (טסטוסטרון, אסטרוגן) למתבגרים שהגיעו לגיל הבגרות החוקי, שהיה 16 במדינות אירופיות מסוימות; וניתוחים בלתי הפיכים בגיל 18 ומעלה, למעט הסרת חזה ליצירת מראה "גברי", כאשר במקרה זה גיל המינימום היה 16. קריטריונים נוספים להתאמה לטיפול רפואי מגדרי כללו עבר עקבי וארוך (בילדות) של "שונות" מגדרית/דיספוריה, שהתחילה או החמירה עם תחילת ההתבגרות המינית; היעדר או ניהול בעיות פסיכולוגיות, רפואיות או חברתיות שעלולות להפריע

<sup>1</sup> לרשימת הביבליוגרפיה יש לפנות למסמך המקורי

לטיפול; תמיכה מצד ההורים/האדם המטפל סביב תחילת ההתערבות; והבעת הסכמה מדעת. במהדורה השמינית (הנוכחית) של הסטנדרטים לטיפול, נוסף פרק המוקדש למתבגרים. וטרנסג'נדריות. ומגוונים מגדרית, בנפרד מהפרק על ילדים. וזאת עקב (1) העליה המשמעותית בשיעור הפניות של מתבגרים. וזאת; (2) המספר ההולך וגדל של מחקרים ספציפיים על טיפול מגדרי במתבגרות. ו-3) הנושאים הייחודיים לקבוצת הגיל הזאת בנוגע להתפתחות ולטיפול מאשש מגדר.

מסמך זה נמנע משימוש במונחים שאינם ספציפיים ביחס לטיפול מגדרי (למשל: מודל מאשש מגדר, מודל חקירה מגדרית) מפני שמונחים אלה אינם מייצגים שיטות עבודה אחידות, אלא שיטות טיפול הטרוגניות אשר מוגדרות בצורות שונות בהקשרים שונים.

### גיל ההתבגרות – סקירה

גיל ההתבגרות הוא תקופה התפתחותית המאופיינת בהתבגרות פיזית ופסיכולוגית מהירה יחסית, שיוצרת גשר בין הילדות לבין הבגרות (Sanders, 2013). מספר תהליכים התפתחותיים מתרחשים בזמנית, כולל שינויים הקשורים להתבגרות מינית. המערכות הקוגניטיביות, הרגשיות והחברתיות מתבגרות וכן ישנם שינויים פיזיים הקשורים להתפתחות ההתבגרות המינית. תהליכים אלה לא מתחילים ולא נגמרים כולם באותו הזמן עבור כולם, וכן לא מתרחשים באותו גיל אצל כל האנשים. לכן הגבולות העליונים והתחתונים של גיל ההתבגרות אינם מדויקים ולא ניתן להגדיר אותם אך ורק על סמך הגיל. לדוגמה, שינויים פיזיים הקשורים להתבגרות מינית עשויים להופיע בילדות המאוחרת, ומערכות נוירולוגיות לשליטה ביצועית (Executive control) ממשיכות להתפתח עד אמצע גילאי העשרים (Ferguson et al., 2021). לא קיימת אחידות בין מדינות וממשלות בהגדרת גיל הבגרות (כלומר, הגיל החוקי לקבלת החלטות; Dick et al., 2014). למרות שמדינות רבות קובעות את גיל 18 כגיל הבגרות, במדינות מסוימות גיל זה יכול להגיע ל-15 בגבול התחתון (למשל: באינדונזיה ובמיאנמר), או במדינות אחרות ל-21 בגבול העליון (למשל: מדינת מיסיסיפי בארה"ב וסינגפור).

**לשם הבהירות, פרק זה מתייחס למתבגרות. מתחילת ההתבגרות המינית ועד לגיל הבגרות החוקי (ברוב המקרים, 18 שנים); עם זאת, ישנם מרכיבים התפתחותיים בפרק זה, כולל חשיבות המעורבות של ההורים/האדם המטפל, שלעיתים קרובות רלוונטיים לטיפול במבוגרים-צעירים בגילאי מעבר, ויש לשקול אותם בהתאם.**

ההתפתחות הקוגניטיבית של מתבגרות. בדרך כלל מתאפיינת בהתפתחות המחשבה המופשטת, חשיבה מורכבת ומטא-קוגניציה (כלומר, היכולת של צעירים. וזאת לחשוב על הרגשות של עצמם ביחס לצורה שבה אחרים תופסים אותם; Sanders, 2013). היכולת לחשוב על מצבים היפותטיים מאפשרת לצעירים. וזאת להמשיג את ההשלכות של החלטה מסוימת. עם זאת, גיל ההתבגרות כמו כן מקושר לסבירות גבוהה יותר של התנהגויות סיכוניות. לצד השינויים המשמעותיים האלה, גיל ההתבגרות בדרך כלל מאופיין בהיפרדות מההורים (אינדיבידואציה) ובהתפתחות אוטונומיה אישית גבוהה יותר. בדרך כלל קיימת התמקדות רבה יותר במערכות יחסים עם בני נוער אחרים, אשר יכולות להוות הן גורם חיובי והן גורם שלילי (Gardner & Steinberg, 2005). מתבגרות. בדרך כלל חווים תחושת דחיפות שנובעת מרגישות יתר לתגמול. בנוסף, המחקר מראה כי תחושת הזמן שלהם שונה מזו של אנשים מבוגרים יותר (Van Leijenhorst et al., 2010). ההתפתחות החברתית-רגשית בדרך כלל מתקדמת במהלך גיל ההתבגרות, אם כי קיים טווח רחב בין צעירים ביחס לרמת הבגרות שמושמת בתקשורת ובתובנות בין-אישיות ותוך-אישיות (Grootens-Wiegers et al., 2017). עבור צעירים טרנסג'נדריות. ומגוונים מגדרית בגיל ההתבגרות שמקבלים החלטות לגבי טיפולים להתאמה מגדרית – החלטות שלעיתים הן

בעלות השפעה לכל החיים – חיוני להבין כיצד כל ההיבטים הקשורים להתפתחות עשויים להשפיע על קבלת ההחלטות של כל אדם צעיר בהקשר התרבותי הספציפי שלו.

### התפתחות זהות המגדר בגיל ההתבגרות

ההבנה שלנו בנושא התפתחות זהות המגדר בגיל ההתבגרות הולכת ומתפתחת. בעת הענקת טיפול קליני לצעירותים מגוונות מגדרית ולמשפחותיהן, חשוב לדעת מה ידוע ומה לא ידוע על זהות המגדר במהלך ההתפתחות (Berenbaum, 2018). כאשר הן שוקלות התחלת טיפולים, יתכן שהמשפחות יעלו שאלות לגבי התפתחות זהות המגדר של המתבגרת שלהן, והאם המגדר שמביעה המתבגרת יישאר ללא שינוי לאורך זמן. אצל חלק מהמתבגרות, ההורים/האדם המטפל אינם מופתעים כאשר הן מביעות זהות מגדר שונה מהמין שהוגדר בלידה, עקב עבר של הבעה מגוונת מגדרית שהתחילה כבר בילדות (Leibowitz & de Vries, 2016). במקרים אחרים, ההכרזה קורית רק עם תחילתם של שינויים הקשורים להתבגרות המינית, או אפילו בשלבים מאוחרים יותר של גיל ההתבגרות (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

בעבר, מחקרים בתחום הלמידה החברתית וההתפתחות הקוגניטיבית בנושא התפתחות המגדר עסקו בעיקר בנוער שלא היה בעל זהות או הבעה מגוונת מגדרית, והם בוצעו במסגרת ההנחה שהמין תואם למגדר ספציפי; לכן הוקדשה תשומת לב מועטה בלבד להתפתחות של זהות המגדר. בנוסף למרכיבים ביולוגיים המשפיעים על התפתחות המגדר, מחקר זה הראה כי מרכיבים פסיכולוגיים וחברתיים משחקים גם הם תפקיד (Perry & Pauletti, 2011). למרות שהמחקר התמקד פחות בהתפתחות זהות המגדר אצל נוער טרנסג'נדר ומגוון מגדרית, קיים בסיס נרחב להניח כי בנוסף למרכיבים ביולוגיים, מרכיבים פסיכולוגיים משחקים תפקיד גם הם (Steensma, Kreukels et al., 2013). עבור חלק מהנוער, התפתחות זהות המגדר נראית יציבה ופעמים רבות באה לידי ביטוי מגיל צעיר, בעוד שעבור אחרים, יתכן תהליך התפתחותי שתורם להתפתחות הזהות המגדרית לאורך זמן.

מחקרי דימות מוחי, מחקרים גנטיים ומחקרים הורמונליים אחרים באנשים אינטרסקס הראו כי המרכיב הביולוגי תורם להתפתחות זהות מגדר עבור אנשים מסוימים שזהות המגדר שלהם אינה תואמת למין שהוגדר עבורם בלידה (Steensma, Kreukels et al., 2013). כיוון שלעיתים קרובות למשפחות יש שאלות בנושא זה, חשוב לציין שלא ניתן להבדיל בין מי שזהות המגדר שלהן נראית יציבה מהלידה לבין מי שהתפתחות זהות המגדר שלהן נראית כחלק מתהליך התפתחותי. מפני שלא ניתן לזהות באופן מוחלט מהי תרומתם של גורמים שונים התורמים להתפתחות הזהות המגדרית עבור כל אדם צעיר, חשוב והכרחי להשתמש בגישה קלינית מקיפה (ר' ההמלצה השלישית). בעתיד, המחקר יוכל לשפוך אור על התפתחות הזהות המגדרית, אם הוא יתבצע לאורך תקופות זמן ארוכות בשילוב קבוצות עוקבה מגוונות. בנוסף, יהיה צורך להמשיג זהות מגדר תוך מעבר מקטגוריות דיכוטומיות (למשל, בינאריות) של זכר ונקבה לקשת מגדרית רב-מימדית שנעה על פני רצף (APA, 2013).

גיל ההתבגרות עשוי להיות תקופה מכוונת להתפתחות של זהות המגדר אצל צעירותים מגוונות מגדרית (Steensma, Kreukels et al., 2013). מחקרי אורך ומעקב קליניים בהולנד על מתבגרות. ות עם דיספוריה מגדרית בילדות, שמקבלות טיפול מעכב התבגרות, הורמונים להתאמה מגדרית, או גם וגם, מצאו כי בבגרותן, אף אחת מבני ובנות הנוער לא התחרטה על ההחלטות שקיבלה בגיל ההתבגרות (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). ממצאים אלה מציעים כי מתבגרותים שעברו הערכה מקיפה ונקבע כי הן בוגרות רגשית מספיק כדי לקבל החלטות לגבי טיפול רפואי להתאמה מגדרית הציגו יציבות בזהות המגדר שלהן לאורך תקופת הזמן שבה בוצעו המחקרים.

כאשר אומדים ממצאים ממחקרי העוקבה שבוצעו במסגרת זמן ארוכה יותר ביחס למתבגרים. ות מגוונות מגדרית הפונות לטיפול, יש לקחת בחשבון את השינויים החברתיים שהתרחשו לאורך זמן ביחס לאנשים טרנסג'נדריות.ים ומגוונים מגדרית. לאור העליה בנראות של זהויות טרנסג'נדריות ומגוונות מגדרית, חשוב להבין כיצד העליה במודעות עשויה להשפיע על התפתחות המגדר בדרכים שונות (Kornienko et al., 2016). אחת המגמות שזוהו הינה פניה מוגברת למרפאות מגדריות מצד צעירות.ים עם זהויות א-בינאריות (Twist & de Graaf, 2019). תופעה נוספת שמתרחשת בתחום הקליני היא עלייה במספר המתבגרים.ות שפונות לטיפול, לכאורה מבלי שחוו, הביעו (או מבלי שחוו והביעו) גיוון מגדרי בשנות ילדותן. חוקרת אחת ניסתה לחקור ולתאר צורה מסוימת של חוויית גיוון מגדרי שמופיעה בשלב מאוחר יותר (Littman, 2018). עם זאת, יש לשקול את ממצאי המחקר לאור אתגרים מתודולוגיים משמעותיים, כולל הדברים הבאים:

1) המחקר סקר את נקודות המבט של ההורים ולא של הנוער; ו-2) גיוס המשתתפים כלל הורים מקהילות שמטילות ספק ושמעבירות ביקורת על טיפולים בדיספוריה מגדרית. עם זאת, ממצאים אלה לא שוחזרו. עבור קבוצה קטנה של צעירות.ים מסוימות, יתכן שניתן לשקול את מרכיב הרגישות להשפעה חברתית על המגדר (Kornienko et al., 2016). עם זאת, יש לנקוט במשנה זהירות על מנת להימנע מההנחה שתופעות אלה מתרחשות טרם זמן אצל מתבגרות. מסוימת על סמך מידע ממערכי נתונים שיתכן שנגועים בהטיה בקרב המדגם (Bauer et al., 2022; WPATH, 2018). חשוב לקחת בחשבון את היתרונות הטמונים בחיבור חברתי עבור בני ובנות נוער שמקיימות קשר עם אנשים תומכים (Tuzun et al., 2022) (ר' ההמלצה הרביעית).

לאור העובדה כי הידע לגבי התפתחות הזהות המגדרית בגיל ההתבגרות הינו חדש יחסית, אימוץ גישה מותאמת אישית לטיפול קליני נחשב הן אתי והן הכרחי. בדומה לכל תחומי הרפואה, לכל מחקר יש מגבלות מתודולוגיות, ולא ניתן, ואף לא מומלץ ליישם מסקנות ממחקרים באופן גורף מול כל המתבגרים.ות. דבר זה נכון בעת התמודדות עם שאלות נפוצות של הורים לגבי היציבות או אי היציבות של התפתחות הזהות המגדרית של כל צעיר.ה. למרות שהמחקר בעתיד יעזור בקידום ההבנה המדעית של התפתחות הזהות המגדרית, תמיד יתכן שיהיו פערים. יתר על כן, בהינתן האתיקה של הכוונה עצמית בטיפול, פערים אלה אינם יכולים לשלול טיפולים חשובים וחיוניים ממתבגרות.ים וטרנסג'נדריות.ים ומגוונים מגדרית.

### **ראיות במחקר בנושא טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית בקרב מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים**

אחד האתגרים העיקריים בנושא טיפול למתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים הינו איכות הראיות המעריכות את יעילותם של טיפולים רפואיים וכירורגיים להתאמה מגדרית שיש להם נחיצות רפואית (ר' ההמלצה בנושא טיפול רפואי חיוני בפרק על ישימות עולמית, הצהרה 2.1), לאורך זמן. לאור ההשלכות הבלתי הפיכות של טיפול רפואי והגיל הצעיר שבו ניתן להתחיל בטיפולים, על מתבגרים.ות, הוריהם והאנשים המטפלים בהם לרכוש ידע לגבי אופיו של בסיס הראיות. הגיוני כי החלטות להתחיל בטיפולים רפואיים וכירורגיים צריכות להתקבל בזהירות. למרות גוף הראיות ההולך וגדל, התומך ביעילותה של התערבות רפואית מוקדמת, מספר המחקרים הוא עדיין נמוך, וישנו רק מספר קטן של מחקרים שעוקבים אחרי הנערים.ות עד לבגרותם. לכן לא ניתן לבצע סקירה מערכתית של תוצאות הטיפול במתבגרים.ות. במקום זאת, להלן סקירה נרטיבית קצרה.

בעת כתיבתנו של פרק זה, מספר מחקרי עוקבה שבוצעו בטווח זמן ארוך יותר וכללו מעקב, דיווחו על תוצאות חיוביות במקרים של טיפול רפואי מוקדם (כלומר, בגיל ההתבגרות); למשך תקופת זמן

משמעותית, רבים ממחקרים אלה בוצעו דרך מרפאה אחת בהולנד (למשל: Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). הממצאים הדגימו כי מציאת פתרון לדיספוריה מגדרית מקושרת לשיפור בתפקוד הפסיכולוגי ולדימוי גוף חיובי. רוב המחקרים האלה בוצעו על פי מערך מתודולוגי של פרה-פוסט והשוו את התפקוד הפסיכולוגי שלפני הטיפול מול התוצאות לאחר קבלת טיפולים מאששי מגדר. מחקרים שונים ביצעו הערכה למרכיבים אישיים או לשילובים של התערבויות טיפוליות וכללו (1) הורמונים וניתוחים להתאמה מגדרית (2) (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); (3) טיפול מעכב התבגרות (de Vries, Steensma et al., 2011); ו- (4) טיפול מעכב התבגרות, הורמונים להתאמה מגדרית וניתוחים (de Vries et al., 2014). מחקר המעקב מ-2014 הוא המחקר היחיד שעקב אחר בני הנוער החל מגיל ההתבגרות המוקדם (טרם הטיפול, גיל ממוצע 13.6) ועד לבגרות המוקדמת (לאחר הטיפול, גיל ממוצע 20.7). מחקר זה היה הראשון שהראה כי טיפולים מאששי מגדר מאפשרים למתבגרותים טרנסג'נדרים לבצע שינויים התפתחותיים שמתאימים לגילם, בזמן שהם חיים במגדר שאיתו הם מזדהים, עם תוצאות אובייקטיביות וסובייקטיביות של שביעות רצון בבגרות (de Vries et al., 2014). למרות שהמחקר כלל מדגם קטן (n = 55), נבחר ובעל תמיכה חברתית, התוצאות היו משכנעות. יש לציין כי המשתתפות.ים היו מטופלים במרפאה הולנדית הידועה בשימוש בגישה רב-תחומית, כולל הערכה מקיפה ומתמשכת וניהול דיספוריה מגדרית, וכן הענקת תמיכה לחיזוק הרווחה הנפשית.

מספר מחקרי אורך שפורסמו לאחרונה עקבו אחרי המשתתפות.ים וביצעו להם הערכות בשלבים שונים של הטיפולים להתאמה מגדרית. במחקרים אלה, חלק מהמשתתפים.ות לא התחילו בטיפולים רפואיים להתאמה מגדרית, חלק קיבלו טיפול מעכב התבגרות ואחרים התחילו טיפול בהורמונים להתאמה מגדרית או אף עברו ניתוחים להתאמה מגדרית (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2022; Tordoff et al., 2020). לאור השונות בין הטיפולים והשיטות, מערך זה מקשה על פירוש התוצאות. עם זאת, בהשוואה להערכות שלפני הטיפול, הנתונים מדגימים בעקביות שיפור או יציבות בתפקוד הפסיכולוגי ובדימוי הגוף, ושביעות רצון מהטיפול החל משלושה חודשים ועד לשנתיים לאחר תחילת הטיפול.

מחקרי חתך מספקים מערך נוסף להערכת ההשפעות של טיפולים מאששי מגדר. אחד המחקרים מסוג זה השווה בין התפקוד הפסיכולוגי אצל מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים לפני ובזמן קבלת טיפול מעכב התבגרות, לבין התפקוד הפסיכולוגי אצל נערים ונערות טרנסג'נדרים בגיל התיכון בשתי נקודות זמן שונות. לפני הטיפול, הנוער הטרנסג'נדרים הציג תפקוד פסיכולוגי נמוך יותר בהשוואה לנוער טרנסג'נדרים, אך הדגים תפקוד טוב יותר מנוער טרנסג'נדרים בזמן קבלת טיפול מעכב התבגרות (van der Miesen et al., 2020). גראניס ואח' (2021) הדגימו כי גברים טרנסג'נדרים שהתחילו טיפול בטסטוסטרון סבלו מסימפטומים נפשיים מופנמים נמוכים יותר (דיכאון וחרדה) בהשוואה למי שלא התחילו טיפול בטסטוסטרון.

ארבעה מחקרים נוספים בוצעו על פי מערכי תוצאות שונים. במחקר רטרוספקטיבי, קלטיאלה, היינו ואח' (2020) דיווחו כי מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים שסבלו ממעט בעיות בבריאות הנפש טרם תחילת הטיפול בהורמונים להתאמה מגדרית, או שלא סבלו כלל מבעיות כאלה, בדרך כלל תפקדו בצורה טובה במהלך הטיפול. עם זאת, מתבגרים.ות שסבלו מבעיות בבריאות הנפש לפני הטיפול המשיכו לחוות ביטויים של אותן בעיות נפשיות לאורך הטיפול הרפואי להתאמה מגדרית. נידר ואח' (2021) חקרו את מידת שביעות הרצון מהטיפול כמדד תוצאתי והדגימו כי מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים הביעו שביעות רצון רבה יותר ככל שהתקדמו עם הטיפול שהתחילו. היסלה-גורמן ואח' (2021) השוו את ניצול שירותי

הבריאות לפני ואחרי תחילת טיפול תרופתי להתאמה מגדרית, כמדדים לחומרת מצב בריאות הנפש, בקרב 3,754 מתבגרות.ים טרנסג'נדריות.ים ומגוונים מגדרית במסגרת מערך נתונים גדול בנושא בריאות. בניגוד מסוים להשערות החוקרים, שציפו לשיפור בבריאות הנפשית, מידת הניצול של טיפולים פסיכולוגיים לא השתנתה באופן משמעותי, וחלה גדילה בכמות המרשמים לתרופות פסיכותרפיות. במדגם לא הסתברותי גדול שערך טורבן ואח' (2022) בקרב בוגרים.ות המזדהים כטרנסג'נדרים, נמצא כי מי שדיווחו על גישה להורמונים להתאמה מגדרית בגיל ההתבגרות היו בסיכון נמוך יותר לאובדנות בשנה האחרונה בהשוואה לטרנסג'נדרים.ות שניגשו לטיפול בהורמונים להתאמה מגדרית בבגרותם.

על נותני שירות לשקול את האפשרות כי מתבגרים.ות מסוימים עלולים להתחרט על החלטות לגבי טיפול להתאמה מגדרית שקיבלו בזמן גיל ההתבגרות וכי אנשים צעירים עשויים לרצות להפסיק את הטיפול ולחזור לחיות בעתיד על פי תפקיד המגדר שהוגדר עבורם בלידה. שני מחקרים מהולנד דיווחו על שיעורים נמוכים של מתבגרים.ות (1.9%-ו-3.5%) שבחרו להפסיק את הטיפול מעב ההתבגרות (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). שוב, מחקרים אלה בוצעו בקליניקות שפועלות על פי פרוטוקול הכולל הערכה מקיפה לפני תחילת הטיפול הרפואי להתאמה מגדרית. נכון לרגע זה, אף מחקר עוקבה קליני לא דיווח על הפרופיל של מתבגרים.ות שהתחרטו על החלטתם המקורית או שחזרו למגדר הקודם לאחר שקיבלו טיפול בלתי הפיך להתאמה מגדרית. מחקרים מהשנים האחרונות מציעים כי ישנם מתבגרים.ות שחוזרים למגדר הקודם אך שלא מתחרטים על התחלת הטיפול, מפני שחוו את תחילת הטיפול כחלק מהבנת צרכי הטיפול המגדרי שלהם (Turban, 2018). עם זאת, יתכן שזו אינה נקודת המבט השלטת בקרב אנשים שחוזרים למגדר הקודם (Littman, 2021; Vandebussche, 2021). חלק מהמתבגרות.ים עלולים להתחרט על הצעדים שביצעו (Dyer, 2020). לכן בעת סיוע למתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים, חשוב להציג בפניהם את הטווח המלא של התוצאות האפשריות. נותני שירות יכולים לדון בנושא זה באופן משותף ובוטח (כלומר, בתור "שיקול וחוויה עתידית אפשרית") עם המתבגרת.ת ועם הוריה/האדם המטפל לפני תחילת טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית. בנוסף, על נותני שירות להיות מוכנים לתמוך במתבגרות.ים שחוזרים למגדר הקודם. בסקר מדגם נוחות באינטרנט, בקרב 237 אנשים שהזדהו כמי שחזרו למגדר הקודם, בגיל ממוצע של 25.02 שנים, שמתוכם 90% היו אנשים שהוגדרו כנקבות בלידה, 25% עברו שינוי מגדרי רפואי לפני גיל 18 ו-14% חזרו למגדר הקודם לפני גיל 18 (Vandebussche, 2021). למרות שמדגם נוחות באינטרנט נתון לבחירת המשתתפים, מחקר זה מציע כי חזרה למגדר הקודם עשויה להתרחש אצל מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים צעירים, ועל אנשי מקצוע בתחום הבריאות להיות מודעים לכך. רבים מהם העידו על קשיים במציאת עזרה בתהליך החזרה למגדר הקודם ודיווחו כי תהליך החזרה למגדר הקודם היה חוויה מבודדת, שבמהלכה הם לא קיבלו מספיק תמיכה או תמיכה מתאימה (Vandebussche, 2021).

לסיכום, למרות שהמדגמים הקיימים דיווחו על קבוצות קטנות יחסית של בני נוער (למשל, n = 22-101 בכל מחקר) ותקופות המעקב השתנו לאורך המחקרים (6 חודשים עד 7 שנים), בסיס הראיות שעולה מעיד על שיפור כללי בחייהם של מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים אשר מקבלים טיפולים רפואיים חיוניים להתאמה מגדרית לאחר הערכה קפדנית. יתר על כן, דווח על שיעורי חרטה נמוכים במהלך תקופות המעקב של המחקרים. באופן כללי, הנתונים מראים כי התערבות רפואית מוקדמת – כחלק מגישות רחבות ומשולבות להערכה ולטיפול הממוקדות בדיספוריה מגדרית וברווחה כללית – עשויה להיות יעיל עבור מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים רבים הפונים לטיפולים אלה.

- 6.1 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים.ות מגוונות מגדרית:
- 6.1 א – יקבלו רישוי מהגוף הסטטוטורי האמון עליהם ויחזיקו בתואר מתקדם או שווה ערך בתחום קליני הרלוונטי לתפקידם מטעם מוסד סטטוטורי המוכר על ידי המדינה.
- 6.1 ב – יקבלו הכשרה תיאורטית ומבוססת-ראיות ויפתחו מומחיות בבריאות הנפשית הכללית אצל ילדים, מתבגרים ומשפחות לאורך הקשת ההתפתחותית.
- 6.1 ג – יקבלו הכשרה ויפתחו מומחיות בהתפתחות הזהות המגדרית ובגיוון מגדרי בקרב ילדים.ות ומתבגרות.ים, יפתחו יכולת להעריך את המסוגלות לתת הסכמה, ויפתחו ידע כללי בנושא גיוון מגדרי לאורך מהלך החיים.
- 6.1 ד – יקבלו הכשרה ויפתחו מומחיות בנושא הפרעות על הספקטרום האוטיסטי ומצגים נירו-התפתחותיים אחרים, או ישתפו פעולה עם מומחים למוגבלות התפתחותית בזמן עבודה מול מתבגרים.ות מגוונות מגדרית שהן גם אוטיסטיות/בעלות שונות נירולוגית.
- 6.1 ה – יעקבו אחרי התפתחויות מקצועיות בכל התחומים הרלוונטיים לילדים.ות ולמתבגרות.ים מגוונים מגדרית ולמשפחותיהם.
- 6.2 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים.ות מגוונות מגדרית לסייע בחקירת המגדר ובביטוי שלו באופן פתוח ומכבד, מבלי לתעדף אף זהות מגדר מסוימת.
- 6.3 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים.ות מגוונים מגדרית לבצע הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית מקיפה למתבגרים.ות שמביעים חששות בנושא זהות המגדר ושפונים לטיפול לשינוי מגדרי רפואי/ניתוחי, והכל באופן משתף ותומך.
- 6.4 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול משפחות, בתי ספר וסביבות רלוונטיות אחרות לקדם קבלה של ביטויי התנהגות וזהויות מגוונות מגדרית בקרב מתבגרים.ות.
- 6.5 – אנו ממליצים וממליצות להימנע מלהציע טיפולי המרה או טיפולים מתקנים, שמטרתם לנסות לשנות את זהות המגדר ואת חוויית ההבעה המגדרית של אדם וליצור תאימות בין הזהות וההבעה לבין המין שהוגדר בלידה.
- 6.6 – אנו מציעים ומציעות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות להעניק למתבגרים.ות טרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית חינוך בריאותי בנושא השטחת החזה (ביינדינג) וקיפול איברי המין (טאקינג), כולל סקירה של היתרונות והסיכונים.
- 6.7 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשקול לרשום חומרים לעיכוב הוסת למתבגרים.ות החווים חוסר התאמה מגדרי אך אינם מעוניינים בטיפול בטסטוסטרון, שמעוניינים אך לא התחילו לקבל טיפול בטסטוסטרון, או לצד טיפול בטסטוסטרון עבור דימום בין וסתות.
- 6.8 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשמור על מערכת יחסים מתמשכת עם מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים ומגוונות מגדרית ועם האנשים המטפלים בהן לשם תמיכה במתבגרת.ת בעת קבלת החלטות לאורך הטיפול מעכב ההתבגרות, הטיפול ההורמונלי והניתוחים הקשורים למגדר, עד שיעברו לטיפול המיועד לבוגרים.ות.
- 6.9 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשלב תחומים רלוונטיים, כולל אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ובתחום הרפואה, על מנת להחליט האם יש מקום לטיפול מעכב התבגרות, לתחילת טיפול הורמונלי או לניתוח הקשור למגדר אצל מתבגרים.ות טרנסג'נדריות.ים ומגוונות מגדרית ולוודא שעדיין יש בהם צורך לכל אורך הטיפול, עד שיעברו לטיפול המיועד לבוגרים.ות.
- 6.10 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים.ות טרנסג'נדרים.ות ומגוונים מגדרית, המבקשים טיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית, לעדכן את המטופלים לפני תחילת הטיפול לגבי השפעות על הפוריות, כולל אפשרות לאובדן הפוריות, והאפשרויות הזמינות לשימור פוריות בהקשר של שלב ההתפתחות המינית של אותו נערה.

- 6.11 – אנו ממליצים וממליצות כי, כאשר קיימת התוויה לטיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית עבור מתבגרות, על אנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים. ות טרנסג'נדרים. ות ומגוונים מגדרית לערב את ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) בתהליך ההערכה והטיפול, אלא אם נקבע כי מעורבותם תזיק למתבגרת. או כי היא אינה אפשרית. ההמלצות הבאות ניתנות לגבי הדרישות עבור טיפולים רפואיים וכירורגיים להתאמה מגדרית (אשר בכלן יש לעמוד):
- 6.12 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות המבצעים הערכות עבור מתבגרים. ות טרנסג'נדרים. ות ומגוונים מגדרית להמליץ על טיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית שביקשו המטופלות רק כאשר:
- 6.12 א. – המתבגרת. ת עומד בקריטריונים לאבחון של חוסר התאמה מגדרי על פי סיווג ICD-11 במצבים שבהם יש צורך באבחנה כדי לגשת לטיפול רפואי. במדינות אשר לא יישמו את סיווג ה-ICD העדכני ביותר, ניתן להשתמש בטקסונומיות אחרות, אם כי יש לנקוט במאמצים על מנת ליישם את סיווג ה-ICD העדכני ביותר מוקדם ככל הניתן.
- 6.12 ב. – חוויית הגיוון המגדרי/חוסר ההתאמה המגדרי קיימת ומתמשכת לאורך זמן.
- 6.12 ג. – המתבגרת. ת מפגינה בגרות רגשית וקוגניטיבית ברמה הדרושה כדי לתת הסכמה מודעת לטיפול.
- 6.12 ד. – הטיפול התייחס לחששות של המתבגרת. ת בנושא בריאות הנפש (ככל שיהיו), שעלולות להפריע לבהירות האבחונית, ליכולת לתת הסכמה, ולטיפולים רפואיים להתאמה מגדרית.
- 6.12 ה. – המתבגרת. ת קיבלה עדכון לגבי ההשפעות על הפוריות, כולל האפשרות לאובדן הפוריות, והאפשרויות הזמינות לשימור פוריות, והתקיים דיון על כל האפשרויות האלה בהקשר של שלב ההתפתחות המינית של המתבגרת.
- 6.12 ו. – המתבגרת. ת הגיע לשלב טאנר השני של גיל ההתבגרות לפני התחלת טיפול מעכב התבגרות.
- 6.12 ז. – המתבגרת. ת קיבלה לפחות 12 חודשים של טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית, או יותר אם יש צורך, לפני שהיא פונה להליכים כירורגיים להתאמה מגדרית, כולל הגדלת חזה, כריתת אשכים, ניתוח וגינופלסטי, כריתת רחם, ניתוח פאלופלסטי, ניתוח מטודיפלסטי וניתוח פנים כחלק מטיפול להתאמה מגדרית, אלא אם אין רצון בטיפול הורמונלי או שהוא נשלל מסיבות רפואיות.

### אתיקה וזכויות אדם

נקודות מבט של אתיקה רפואית ושל זכויות אדם נשקלו גם הן בעת עריכת המלצות הסטנדרטים לטיפול במתבגרות. ים. לדוגמה, כאשר נותנים לתהליך ההתבגרות הבלתי-הפיך להתקדם אצל מתבגרים. ות שחווים חוסר התאמה מגדרי, זהו אינו מעשה ניטרלי, לאור העובדה שעלולות להיות לכך השלכות מיידיות ובלתי הפיכות עבור צעירים. ות טרנסג'נדריות. ים. (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2011; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2020). מנקודת מבט של זכויות אדם, מתוך הבנה כי גיוון מגדרי הינו שונות נורמלית וצפויה במסגרת הגיוון הרחב בחוויה האנושית, זכותה של המתבגרת. ת להשתתף בתהליך קבלת ההחלטות על עצמה, לגבי בריאותה וחייה, כולל גישה לשירותי בריאות מגדרית (Amnesty International, 2020).

**סיכום קצר של ההמלצות ושל נושאים ייחודיים לגיל ההתבגרות**



מטרתם של כללים אלה היא לסקור את הידע הקיים ואת הידע החסר בנושא התפתחות הזהות המגדרית בגיל ההתבגרות, את הראיות בנושא טיפול להתאמה מגדרית בגיל ההתבגרות ואת היבטים הייחודיים שמבדילים בין גיל ההתבגרות לבין שלבי התפתחות אחרים.

**חקירת הזהות:** אחת התכונות המגדירות את גיל ההתבגרות הינה התגבשות היבטי הזהות, כולל זהות המגדר. המלצה 6.2 מתייחסת לחקירת הזהות בהקשר של התפתחות הזהות המגדרית. המלצה 6.12 ב. מתייחסת לאורך הזמן הדרוש עבור צעירים. על מנת לחוות זהות מגוונת מגדרית, להביע זהות מגוונת מגדרית, או שניהם, על מנת לקבל החלטה משמעותית בנושא טיפול להתאמה מגדרית.

**הסכמה וקבלת החלטות:** בגיל ההתבגרות, הסכמה וקבלת החלטות דורשות הערכה של ההתפתחות הרגשית, הקוגניטיבית והפסיכולוגית של המטופל. המלצה 6.12 ג. מתייחסת ישירות לבגרות רגשית וקוגניטיבית ומתארת את הרכיבים החיוניים בתהליך ההערכה המשמש להערכת יכולת קבלת החלטות.

**מעורבות האדם המטפל/ההורים:** מתבגרים. ו. בדרך כלל נסמכים על האדם המטפל בהם/על הוריהם לשם הכוונה במספר דרכים. דבר זה נשאר נכון גם כאשר הצעיר. נמצא בתהליך קבלת החלטה בנושא אפשרויות לטיפול. המלצה 6.11 מתייחסת לחשיבות של מעורבות האדם המטפל/ההורים ולתפקיד שהם ממלאים במסגרת ההערכה והטיפול. שום אוסף הנחיות לא יכול להתייחס לכל מסגרת נסיבות אישית בקנה מידה עולמי.

## המלצה 6.1

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים. ו. מגוונות מגדרית:**

1. יקבלו רישוי מהגוף הסטטוטורי האמון עליהם ויחזיקו בתואר מתקדם או שווה ערך בתחום קליני הרלוונטי לתפקידים מטעם מוסד סטטוטורי המוכר על ידי המדינה.
2. יקבלו הכשרה תיאורטית ומבוססת-ראיות ויפתחו מומחיות בבריאות הנפשית הכללית אצל ילדים, מתבגרים ומשפחות לאורך הקשת ההתפתחותית.
3. יקבלו הכשרה ויפתחו מומחיות בהתפתחות הזהות המגדרית ובגיוון מגדרי בקרב ילדים. ו. ומתבגרות. ים, יפתחו יכולת להעריך את המסוגלות לתת הסכמה, ויפתחו ידע כללי בנושא גיוון מגדרי לאורך מהלך החיים.
4. יקבלו הכשרה ויפתחו מומחיות בנושא הפרעות על הספקטרום האוטיסטי ומצגים נוירו-התפתחותיים אחרים, או ישתפו פעולה עם מומחים למוגבלות התפתחותית בזמן עבודה מול מתבגרים. ו. מגוונות מגדרית שהן גם אוטיסטיות/מגוונות נוירולוגית.
5. יעקבו אחרי התפתחויות מקצועיות בכל התחומים הרלוונטיים לילדים. ו. ולמתבגרות. ים מגוונים מגדרית ולמשפחותיהם.

בעת הערכה של מתבגרות. ים טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית ומשפחותיהן, ובעת תמיכה בהן, דרושים לאנשי מקצוע בתחום הבריאות ידע והכשרה כלליים וספציפיים בנושא מגדר. נותני שירות שהוכשרו לעבוד עם מתבגרות. ים ועם משפחותיהן ממלאים תפקיד חשוב בהתמודדות עם היבטים של התפתחות בגיל ההתבגרות ועם דינמיקה משפחתית בעת עבודה מול נוער ומשפחות (Adelson et al., 2017; American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2012). פרקים אחרים של הסטנדרטים לטיפול מתארים באופן מפורט יותר את אותם קריטריונים עבור אנשי מקצוע שמעניקים טיפול מגדרי (ר' פרק 5 – הערכות לבוגרים. ו. פרק 7 – ילדים. ו. או פרק 13 – ניתוחים וטיפול לאחר

הניתוח). על אנשי מקצוע שעובדים מול מתבגרים. ות להבין מהו הידע הקיים ומהו הידע החסר לגבי התפתחות הזהות המגדרית בגיל ההתבגרות, ומהם ההבדלים בין בסיס הידע הזה לבין הידע הנוגע לבוגרים. ות ולילדות. ים לפני גיל ההתבגרות. בקרב אנשי מקצוע בתחום הבריאות, למטפלים בתחום בריאות הנפש יש את ההכשרה המתאימה ביותר וכן זמן קליני המוקדש לביצוע הערכה ולבירור עדיפויות לגבי הטיפול ומטרותיו בעת עבודה מול נוער טרנסג'נדר, כולל מי שפונות לקבלת טיפול רפואי/כירורגי להתאמה מגדרית. היכולת להבין ולהתמודד עם הדינמיקה שבין חברי המשפחה, כאשר יתכן שיש להם נקודות מבט שונות לגבי העבר והצרכים של הצעירה, היא יכולת חשובה שבדרך כלל קיימת אצל מטפלים בתחום בריאות הנפש.

כאשר אין אפשרות לגשת לאנשי מקצוע בעלי הכשרה בהתפתחות ילדים. ות ומתבגרות. ים, על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להתחייב לקבל הכשרה בתחומי הדינמיקה המשפחתית וההתפתחות בגיל ההתבגרות, כולל התפתחות הזהות המגדרית. בדומה לכך, לאור העובדה כי נוער טרנסג'נדר אוטיסטי/בעל שונות נוירולוגית מהווה תת-אוכלוסיה ומיעוט משמעותיים בקרב הנוער שניגש למרפאות מגדריות בעולם, חשוב כי אנשי מקצוע בתחום הבריאות יקבלו הכשרה נוספת בתחום האוטיזם ויבינו את הרכיבים הייחודיים שעשויים להידרש בעת טיפול בנוער אוטיסטי (Strang, Meagher et al., 2018). אם אין אפשרות לקבל את הכשרות אלה, מומלץ להתייעץ ולשתף פעולה עם מטפל או מטפלת שמתמחה באוטיזם ובשונות נוירולוגית.

## 6.2 המלצה

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים. ות מגוונות מגדרית לסייע בחקירת המגדר ובביטוי שלו באופן פתוח ומכבד, מבלי לתעדף אף זהות מגדר מסוימת.**

גיל ההתבגרות הינו תקופה התפתחותית הכרוכה בשינויים פיזיים ופסיכולוגיים המאופיינים בהפרדות מההורים (אינדידואציה) ובמעבר לעצמאות ביחס לאדם המטפל (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). זוהי תקופה שבה צעירות יכולות לחקור היבטים שונים של זהותן, כולל זהות המגדר.

המידה שבה מתבגרות. ים חוקרות את היבטי הזהות שלהן ומתחייבות להם משתנה מאחת לשניה (Meeus et al., 2012). חלק מהמתבגרות. ים מגבשות את זהותן בקצב מהיר, ואילו עבור אחרות הקצב הוא איטי יותר. עבור חלק מהמתבגרים. ות, ההתפתחות הפיזית, הרגשית והפסיכולוגית מתרחשת באותה תקופה כללית, בעוד שעבור אחרות קיימים פערים בין היבטי ההתפתחות האלה. בדומה לכך, ישנם הבדלים בתקופת התפתחות הזהות המגדרית (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). עבור חלק מהצעירות. ים, התפתחות הזהות המגדרית היא תהליך ברור שמתחיל בילדות המוקדמת, בעוד שאצל אחרות, השינויים הכרוכים בגיל ההתבגרות תורמים לחוויה שלהן את עצמן במגדר מסוים (Steensma, Kreukels et al., 2013), ועבור רבות אחרות, התהליך עשוי להתחיל זמן רב לאחר סיום תהליכי גיל ההתבגרות. לאור ההבדלים האלה, לא קיים קצב, תהליך או תוצאה אחידים שניתן לצפות עבור כל מתבגרת. שפונה לטיפול להתאמה מגדרית.

לכן על אנשי מקצוע בתחום הבריאות, העובדים עם מתבגרים. ות, לקדם סביבה תומכת שמכבדת את זהות המגדר שמביעה המתבגרת, אך בה בעת גם מאפשרת למתבגרת. ת לחקור בפתיחות את הצרכים המגדריים שלה, כולל התערבויות חברתיות, רפואיות ופיזיות להתאמה מגדרית, במקרה שצרכים אלה ישתנו או יתפתחו לאורך זמן.

## 6.3 המלצה

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים.ות מגוונים מגדרית לבצע הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית מקיפה למתבגרים.ות שמביעים חששות בנושא זהות המגדר ושפונים לטיפול לשינוי מגדרי רפואי/ניתוחי, והכל באופן משתף ותומך.**

לאור הדרכים הרבות שבהן זהות עשויה להתפתח בגיל ההתבגרות, אנו ממליצים וממליצות לבצע הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית מקיפה שתנחה את ההחלטות לגבי הטיפול ותשפר את התוצאות. מטרתה של הערכה זו צריכה להיות הבנת החוזקות של המתבגרת, נקודות הפגיעות, הפרופיל האבחוני והצרכים הייחודיים שלו כדי להתאים את הטיפול באופן אישי. כפי שהוזכר בהמלצה 6.1, למטפלים בתחום בריאות הנפש יש את ההכשרה והניסיון המתאימים ביותר, וכן את הזמן הקליני הדרוש כדי לקבל את המידע המוזכר במסמך זה. יש לגשת לתהליך ההערכה באופן משתף עם המתבגרת. ועם האנשים המטפלים בו, הן ביחד והן בנפרד, כפי שמתואר בפירוט בהמלצה 6.11. יש לבצע את ההערכה לפני תחילת כל התערבות רפואית או כירורגית הנחוצה מבחינה רפואית שהנערה שוקל לבצע (למשל, תרופות מעכבות התבגרות, הורמונים להתאמה מגדרית, ניתוחים). ר' ההמלצות בנושא נחיצות רפואית בפרק 2 – ישימות עולמית, המלצה 2.1; ר' בנוסף פרק 12 – טיפול הורמונלי, ופרק 13 – ניתוחים וטיפול לאחר הניתוח.

נערו.ים עשויים לחוות את זהות המגדר שלהם בדרכים שונות. הגדרות וחוויות חברתיות-תרבותיות של מגדר ממשיכות להתפתח עם הזמן, ונערים.ות מציגים טווח זהויות נרחב יותר ויותר, כמו גם דרכים לתאר את חוויותיהם ואת צרכיהם בנושא מגדר (Twist & de Graaf, 2019). לדוגמה, נערו.ים מסוימים יבינו שהם טרנסג'נדרים.ות, או מגוונים מגדרית באופן כללי ויבקשו לבצע שינויים בהתאם לכך. לנערים.ות מסוימים חשוב לגשת לטיפול רפואי להתאמה מגדרית, בעוד שלאחרים, צעדים אלה לא דווקא יהיו הכרחיים. לדוגמה, תהליך מתמשך של חקירה לאורך זמן לא בהכרח יוביל לכך שהצעיר.ה יאשש או יחיה במגדר שונה ביחס למין שהוגדר בלידה, ולא בהכרח יכלול שימוש בהתערבויות רפואיות (Arnoldussen et al., 2019).

הראיות החזקות ביותר ממחקרי אורך, התומכות ביתרונות של טיפולים רפואיים וכירורגיים להתאמה מגדרית בגיל ההתבגרות, התקבלו בסביבה קלינית ששילבה תהליך הערכה אבחונית מקיפה ומפורטת לאורך זמן במסגרת הפרוטוקול הטיפולי (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). לאור המחקר וההתפתחות המתמשכת של חוויות גיוון מגדרי בחברה, ביצוע הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית אבחונית מקיפה בגיל ההתבגרות היא גם מבוססת ראיות וגם משמרת את היושרה בתהליך קבלת ההחלטות. בהיעדר פרופיל אבחוני מלא, יתכן שלא יאובחנו גורמים אחרים בתחום בריאות הנפש שיש לתעדף ולטפל בהם. לא קיימים מחקרים לגבי התוצאות לטווח הארוך של טיפולים רפואיים מגדריים בקרב בני נוער שלא עברו הערכה מקיפה. לא קיימת תמיכה אמפירית בטיפולים מסוג זה (למשל, עם הערכה מוגבלת או ללא כל הערכה) ולכן הם מסתכנים בכך שההחלטה להתחיל בהתערבויות רפואיות להתאמה מגדרית לא תתרום לטובתה של הצעיר.ה בטווח הארוך.

לאור העובדה כי רמת סיפוק שירותי הבריאות והגישה למומחים משתנה ברחבי העולם, פעמים רבות חיוני לתכנן תהליך הערכה ספציפי המותאם למשאבים הקיימים. במקרים מסוימים, יתכן שיש מקום לתהליך הערכה רחב יותר, למשל במקרים של נערו.ים במצבים מורכבים (למשל, עבר של בריאות נפשית מורכבת (Leibowitz & de Vries, 2016), תכונות נלוות על הספקטרום האוטיסטי (Strang, Powers et al., 2018) או/ו היעדר חוויות של חוסר התאמה מגדרית בילדות (Ristori & Steensma, 2016). לאור הגורמים התרבותיים, הכלכליים והגאוגרפיים הייחודיים הקיימים ביחס לאוכלוסיות מסוימות, על נותני שירות לתכנן מודלים גמישים להערכה, שמאפשרים טיפול בזמן מתאים לצעירות.ים רבים ככל הניתן, כל עוד ההערכה מאפשרת קבלת מידע יעילה לגבי החוזקות של המתבגרת, נקודות

הפגיעות, הפרופיל האבחוני והצרכים הייחודיים שלו. ניתן גם להשתמש במדדים פסיכו-סוציאליים ומגדריים מתוקפים על מנת לקבל מידע נוסף.

הערכה רב-תחומית לנוער הניגש להתערבויות רפואיות וכירורגיות להתאמה מגדרית כוללת תחומים הקשורים להמלצות הרלוונטיות:

- **התפתחות הזהות המגדרית:** המלצות 6.12 א ו-6.12 ב מפרטות את הגורמים המקושרים עם התפתחות הזהות המגדרית במסגרת ההקשרים התרבותיים הספציפיים בעת הערכת מתבגרים טרנסג'נדריות. ים ומגוונים מגדרית.
- **התפתחות חברתית ותמיכה;** הצטלבותיות: המלצות 6.4 ו-6.11 מסבירות את החשיבות של הערכת לחץ מיעוטים מגדרי, דינמיקה משפחתית והיבטים אחרים התורמים להתפתחות חברתית ולהצטלבות דיכויים.
- **הערכה אבחונית של בעיות נלוות אפשריות בבריאות הנפש ו/או בהתפתחות:** המלצה 6.12 ד מסבירה את חשיבות ההבנה של היחסים בין בעיות נלוות בבריאות הנפש או בהתפתחות, במידה וישנן, לבין הזהות המגדרית/ההבעה המגדרית המגוונת של הצעירה.
- **יכולת קבלת החלטות:** המלצה 6.12 ג מספקת פירוט לגבי הערכת הבגרות הנפשית של הצעירה ומידת הרלוונטיות כאשר הנער.ה שוקלת להתחיל טיפולים רפואיים/כירורגיים להתאמה מגדרית.

#### המלצה 6.4

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול משפחות, בתי ספר וסביבות רלוונטיות אחרות לקדם קבלה של ביטויי התנהגות וזהויות מגוונות מגדרית בקרב מתבגרים.ות.**

מספר מחקרים, וכן הקונצנזוס בקרב מומחים ומומחיות, תומכים ביישום גישות המקדמות קבלה ואשרור של נוער מגוון מגדרית בסביבות שונות, כולל המשפחה, בית הספר, מרכזי בריאות וכל הארגונים והקהילות האחרים שאיתם הנער.ה נמצאת בקשר (למשל, Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2012; Travers et al., 2012; Toomey et al., 2010; Simons et al., 2013; 2018). ניתן ליצור קבלה ואשרור באמצעות מגוון גישות, פעולות וכללי מדיניות שאנו ממליצים וממליצות שיבוצעו בכל מערכות היחסים והסביבות שבהן הצעירות.ים חיות ומתפקדות. חשוב שבני ובנות המשפחה והקהילה יהיו מעורבים בחייה של המתבגרת.ת ויעבדו ביחד לקידום דברים אלה, אלא אם נראה כי מעורבותם תזיק לאותה מתבגרת.ת. להלן דוגמאות מאת פריסו ואח' (2019) בנושא קבלה ואשרור של גיוון מגדרי ומחשבה על ביטויים של זהות, שמתאימות ליישום על ידי משפחות, צוותים וארגונים:

1. פעולות התומכות בנוער שמתעניין בפעילויות ובתחומי עניין נרחבים מבחינה מגדרית (למשל, עם שונות מגדרית);
2. הצהרות תומכות כאשר נער.ה מדברת על החוויה שלה לגבי המגדר והחקירה המגדרית;
3. שימוש בשם ובלשון הפניה שבחרה הנער.ה;
4. תמיכה בנערים.ות שלובשות בגדים/מדים ובחורות בתספורות ובפריטים (למשל, תכשיטים, איפור) שלתחושתן מאשררים את המגדר שלהן;
5. תקשורת חיובית ותומכת עם נערות.ים לגבי המגדר שלהן והחששות שלהן בנושא מגדר;
6. חינוך בנושאי גיוון מגדרי עבור האנשים בחייה של הצעירה.ה (למשל, בני ובנות המשפחה, נותני שירותי בריאות, רשתות תמיכה חברתיות) ככל הנחוץ, כולל מידע שמסביר כיצד לקדם קבלה של נוער מגוון מגדרית בקהילה, בבית הספר, בשירותי הבריאות ובסביבות אחרות;

7. תמיכה בנוער מגוון מגדרית בעת פניה לקהילות תומכות (למשל, קבוצות להטבא"קיות, אירועים, חברים);
8. סיפוק הזדמנויות לדון, לשקול ולחקור אפשרויות לטיפול רפואי, כאשר יש בכך צורך;
9. אכיפת כללי מדיניות נגד בריונות;
10. הכללת חוויות א-בינאריות בחיי היומיום, בחומרי הקריאה ובחומרי הלימוד (למשל, ספרים, בריאות, שיעורי חינוך מיני, נושאים לכתיבה שאינם מוגבלים לבינארית, קבוצות להטבא"קיות וקבוצות של בני ברית);
11. מתקנים מכלילים-מגדרית, שהנעה תוכל לגשת אליהם בקלות ללא הפרדה מנערים.ות אחרים שאינם מגוונים מגדרית (למשל, שירותים, מלתחות).

אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לעבוד מול ההורים, מול בית הספר ומול ארגונים/קבוצות אחרים על מנת לקדם קבלה ואשרור של זהויות וביטויים טרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית, בין אם מיושמות התערבויות חברתיות או רפואיות ובין אם לא, היות וקבלה ואשרור מקושרים לסימפטומים שליליים נמוכים יותר בקשר לבריאות הנפש ולהתנהגות, ולתפקוד נפשי והתנהגותי חיובי יותר (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). ראסל ואח' (2018) מצאו כי השיפור בבריאות הנפש מתגבר לאור השיפור בקבלה ובאשרור בסביבות נוספות (למשל, בבית, בבית הספר, בעבודה ומול חברים). יחס של דחייה מהמשפחה, מנערו.ים אחרים ומצוות בית הספר (למשל, שימוש מכוון בשם ובלשון הפניה שהנעה לא מזדהה איתם, סירוב להכיר בזהות המגדר שמבטאת הנעה, בריונות, הטרדה, אלימות מילולית ופיזית, מערכות יחסים בלתי מיטיבות, דחייה על רקע הזהות הטרנסג'נדרית או המגוונת מגדרית, הרחקה) מקושר באופן חזק לתוצאות שליליות, כמו למשל חרדה, דיכאון, מחשבות אובדנות, ניסיונות אובדניים ושימוש בסמים (Grossman et al., 2005; Klein & Golub, 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). חשוב לדעת שהסימפטומים השליליים מתגברים כאשר רמת הדחייה מתגברת וממשיכה בבגרות (Roberts et al., 2013).

בנוסף, נמצא כי תגובות ניטרליות או אדישות לגיוון המגדרי ולחקירה המגדרית של הנעה (למשל, לאפשר לילדה לומר לאחרים מה השם הנבחר שלה אך מבלי להשתמש בו, הימנעות מגילוי למשפחה או לחברים כאשר הנעה רוצה לספר להם, הימנעות מקידום טובתה של הילדה לאור גילויי דחייה מצד צוות בית הספר או הילדים האחרים, הימנעות מהשתתפות במערכות תמיכה אחרות (למשל, במסגרת טיפול פסיכולוגי או קבוצות תמיכה) מקושרות גם הן לתוצאות שליליות, כמו למשל סימפטומים דיכאוניים מוגברים (Pariseau et al., 2019). עקב סיבות אלה, חשוב לא להתעלם מההתלבטויות המגדריות של הנעה או לעכב את ההתייחסות לצרכי הטיפול המגדרי שלה. קיים ערך רב בהכרה של אנשי מקצוע בגישות מותאמות אישית לצרכי הנעה, בתמיכה ובהתייחסות לצרכיה בנושא ביטוי מגדרי, זהות וגופניות לאורך זמן, בסביבות ובמערכות יחסים שונות. יתכן שנערים.ות יהיו זקוקות לעזרה בהתמודדות עם המתחים בזמן שאחרים מעבדים/מסתגלים לחקירה ולשינויים בזהותן (למשל, Kuper, Lindley et al., 2019). חשוב שאנשי מקצוע ישתפו פעולה עם הורים ועם אחרים כאשר הם מעבדים את חששותיהם ואת רגשותיהם ולומדים מידע חדש על גיוון מגדרי, מפני שתהליכים אלה לא בהכרח משקפים דחייה או ניטרליות, אלא ייתכן שהם מייצגים מאמצים לפיתוח גישותיהם ולאיסוף מידע, שמקדמים קבלה (למשל, Katz-Wise et al., 2017).

## המלצה 6.5

## אנו ממליצים וממליצות להימנע מלהציע טיפולי המרה או טיפולים מתקנים, שמטרתם לנסות לשנות את זהות המגדר ואת חוויית ההבעה המגדרית של אדם וליצור תאימות בין הזהות וההבעה לבין המין שהוגדר בלידה.

נותני שירותי בריאות מסוימים, ארגונים דתיים או חילוניים ומשפחות שדוחות את הנערה עלולים להשקיע מאמצים בניסיון לעצור את הבעת הגיוון המגדרי או זהות המגדר של הנערה, למעט ביטוי והתנהגות שתואמים למין שהוגדר בלידה. מאמצים כאלה לחסום את הביטוי או את השינוי החברתי ההפוכים עשויים לכלול את הבחירה לא להשתמש בשם ובלשון הפניה הנבחרים של הנערה, או הגבלה של הביטוי העצמי שלו באמצעות ביגוד ותספורות (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). מטרתן של התנהגויות אלה, המביעות חוסר קבלה, היא בדרך כלל חיזוק העמדה כי זהות המגדר או הביטוי המגדרי של הצעירה חייב להיות תואם למגדר שמקושר למין שהוגדר בלידה או לציפיות על בסיס המין שהוגדר בלידה. פעילויות וגישות (שלפעמים מכונות "טיפולים") שמטרתן לנסות לשנות את זהות המגדר ואת הביטוי המגדרי של אדם כדי שיהיו תואמים למין שהוגדר בלידה כבר נוסו בפועל, אך גישות אלה לא הביאו לשינויים בזהות המגדר (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). אנו ממליצים וממליצות להימנע ממאמצים מסוג זה מפני שנמצא כי הם בלתי יעילים ומפני שהם מקושרים לעלייה במחלות נפש ולתפקוד פסיכולוגי נמוך יותר (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

חלק ניכר מגוף המחקר שבדק "טיפול המרה" ו"טיפולים מתקנים" חקר את השפעת המאמצים לשנות את הביטוי המגדרי (גבריות או נשיות) ואיחד בין נטייה מינית לבין זהות מגדר (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). חלק ממאמצים אלה התמקדו הן בזהות מגדר והן בביטוי מגדרי (AACAP, 2018). טיפולי המרה/תיקון מקושרים לעלייה בחרדה, בדיכאון, במחשבות אובדנות, בניסיונות אובדניים ובהימנעות משירותי בריאות (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). למרות שהופנתה ביקורת לחלק ממחקרים אלה בשל המתודולוגיות והמסקנות שלהם (למשל, D'Angelo et al., 2020), דבר זה אינו מוריד מחשיבות ההדגשה כי מאמצים שננקטים מראש לשנות את זהות המגדר של אדם הינם חסרי בסיס, הן מבחינה קלינית והן מבחינה אתית. אנו ממליצים וממליצות להימנע מכל סוג של טיפול המרה או ניסיונות לשנות את זהות המגדר של אדם מפני ש-1) מאמצים חילוניים ודתיים לשנות את זהות המגדר או את הביטוי המגדרי מקושרים לתפקוד פסיכולוגי שלילי אשר נמשך גם בבגרות (Turban, Beckwith et al., 2020); ו-2) קיימות סיבות אתיות רחבות יותר, אשר מדגישות את חשיבות הכבוד לזהויות מגדר מגוונות.

חשוב להדגיש כי מרכיבים מסוימים המקדמים את החוויה המגדרית של צעירה ואת הדיווח על חוסר התאמה מגדרי, כאשר הם מתבצעים בהקשר של תמיכה במתבגרת בעת הגילוי העצמי, אינם נחשבים לטיפול המרה, כל עוד לא קיימת מטרה מוגדרת מראש לשנות או לתעדף זהות מגדר או ביטוי מגדרי מסוימים (AACAP, 2018; ר' המלצה 6.2). כדי להבטיח שחקירה זו תהיה מיטיבה מבחינה טיפולית, אנו ממליצים וממליצות לנקוט בשיקול מאשרר ובטון תומך בעת הדיון בצעדים שכבר התבצעו, בצעדים הנשקלים ובצעדים המתוכננים בקשר לביטוי המגדרי של הנערה. דיונים בנושא זה עשויים לכלול את השאלה מה הרגיש נכון או מאשרר, ומה הרגיש לא נכון או גרם למצוקה ומדוע. אנו ממליצים וממליצות להשתמש בתגובות מאשררות לצעדים ולדיונים אלה, כמו למשל התגובות המפורטות במהדורה השמינית של הסטנדרטים לטיפול, המלצה 6.4.

### המלצה 6.6

**אנו מציעים ומציעות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות להעניק למתבגרים וטרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית חינוך בריאותי בנושא השטחת החזה (ביינדינג) וקיפול איברי המין (טאקינג), כולל סקירה של היתרונות והסיכונים.**

נוער טרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית עלול לחוות מצוקה בנוגע לאנטומיית החזה ואיברי המין. שיטות כמו השטחת החזה (ביינדינג), ריפוד החזה, קיפול איברי המין (טאקינג) וריפוד איברי המין (פאקינג) מהוות התערבויות הפיכות שאינן רפואיות, אשר עשויות לסייע בהקלה על מצוקה זו (Callen-Lorde, 2020a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020; Deutsch, 2016a; 2020b). חשוב להעריך מה רמת המצוקה הקשורה להתפתחות פיזית או אנטומית, לתת מידע לנערה לגבי התערבויות אפשריות שאינן רפואיות כדי לענות על המצוקה, ולדון בבטיחות בעת השימוש בשיטות אלה.

השטחת החזה כרוכה בלחץ על רקמת החזה על מנת ליצור מראה שטוח יותר. מחקרים מעידים כי עד 87% מהמטופלים וטרנסג'נדרים על הקשת הגברית מדווחים על השטחת החזה בעבר (Jones, 2017; Peitzmeier, 2017). שיטות להשטחת החזה כוללות שימוש בביינדרים מסחריים, בחזיות ספורט, לבישה של חולצות בשכבות, לבישה של חזיות ספורט בשכבות או שימוש בתחבושות אלסטיות או בתחבושות אחרות (Peitzmeier, 2017). נכון לרגע זה, רוב הנערים וטרנסג'נדרים מדווחים כי למדו על שיטות להשטחת החזה מקהילות באינטרנט בהשתתפות של נערות. ים טרנסג'נדרים אחרים (Julian, 2019). נותני שירות יכולים למלא תפקיד חשוב בהעברת מידע מדויק ואמין לגבי היתרונות והסיכונים האפשריים של השטחת החזה. בנוסף, נותני שירות יכולים ליעץ למטופלים וטרנסג'נדרים לגבי שיטות בטוחות להשטחת החזה, ולעקוב אחר השפעות שליליות אפשריות על הבריאות. למרות שהשטחת החזה כרוכה בהשפעות פיזיות שליליות, נערים וטרנסג'נדרים שמשטיחים את החזה מדווחים על יתרונות רבים, כולל נוחות גדולה יותר, שיפור בביטחון האישי ושיעורים נמוכים יותר של פנייה במגדר לא נכון (מיסג'נדרים) (Julian, 2019). ההשפעות הבריאותיות השליליות של השטחת החזה בקרב נערים וטרנסג'נדרים כוללות כאבים בחזה ובגב, קוצר נשימה ותחושת חום מוגברת (Julian, 2019). השפעות שליליות חמורות יותר על הבריאות, כמו למשל זיהומי עור, זיהומים בדרכי הנשימה ושברים בצלעות, אינם שכיחים ומקושרים עם השטחת החזה אצל בוגרים (Peitzmeier, 2017). אם הנערה משטיח את החזה, יש ליעץ לה להשתמש רק בשיטות ההשטחה שנחשבות בטוחות – כמו למשל ביינדרים שעוצבו במיוחד לאוכלוסייה המגוונת מגדרית – על מנת להפחית את הסיכון להשפעות שליליות חמורות על הבריאות. שיטות שנחשבות לא בטוחות להשטחת החזה כוללות שימוש בסרטי דבק, בתחבושות אלסטיות ובניילון נצמד, וזאת משום שהם עלולות להגביל את זרימת הדם, להזיק לעור ולהגביל את הנשימה. אם הנערה מדווחת על השפעות שליליות על הבריאות כתוצאה מהשטחת החזה, רצוי לפנות לנותני שירותי רפואה להתאמה מגדרית, שיש להם נסיון בעבודה מול נוער טרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית, על מנת להתייחס להשפעות אלה.

קיפול איברי המין (טאקינג) הינו שיטה של מיקום הפין והאשכים באופן שיפחית את ההופעה החיצונית של בליטת איברי המין. שיטות הקיפול כוללות קיפול של הפין ושל האשכים בין הרגליים או דחיפה של האשכים לתוך התעלה המפשעתית ומשיכה של הפין אל בין הרגליים. בדרך כלל, איברי המין מוחזקים במקום באמצעות תחתונים או גאף, פריט ביגוד שניתן לרכישה. קיים מספר מוגבל של מחקרים לגבי הסיכונים והיתרונות הספציפיים של קיפול אצל בוגרות. ים, ולא בוצע אף מחקר בקרב נוער. מחקרים קודמים דיווחו כי שימוש בתחתונים הדוקים מקושר לירידה בריכוז ובתנועתיות הזרע. בנוסף, הטמפרטורה המוגברת בשק האשכים עשויה להיות מקושרת למאפייני זרע נמוכים, וקיפול איברי המין עלול, באופן תאורטי, להשפיע על יצירת תאי הזרע ועל הפוריות (Marsh, 2019), הגם שלא קיימים מחקרים מקיפים המעריכים את תוצאות שליליות אלה. יש צורך במחקר נוסף על מנת לקבוע מהם היתרונות והסיכונים הספציפיים של קיפול איברי המין בקרב נוער.

## המלצה 6.7

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשקול לרשום חומרים לעיכוב הוסת למתבגרים. ות החווים חוסר התאמה מגדרי אך אינם מעוניינים בטיפול בטסטוסטרון, שמעוניינים אך לא התחילו לקבל טיפול בטסטוסטרון, או לצד טיפול בטסטוסטרון עבור דימום בין וסתות.**

בעת דיון באפשרויות הזמינות לתרופות לעיכוב הוסת עם נוער מגוון מגדרית, על נותני שירות לשתף את הנערה בהחלטה, להשתמש בשפה מכילה מבחינה מגדרית (למשל, לשאול את המטופלים. ות באילו מונחים הם משתמשים כדי להתייחס לוסת, לאיברי הרבייה ולאיברי המין שלהם) ולבצע בדיקות גופניות באופן רגיש ומאשש מגדר (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). לא קיים מחקר פורמלי המערך כיצד עיכוב הוסת עשוי להשפיע על תחושת חוסר התאמה מגדרי ו/או דיספוריה. עם זאת, הטיפול לעיכוב הוסת עשוי להוות התערבות ראשונית שמאפשרת המשך חקירה של מטרות הטיפול המגדרי, תעדוף טיפול נפשי אחר, או שניהם, בייחוד למי שחווה התגברות של הדיספוריה המגדרית בעקבות דימום בלתי רצוי מהרחם (ר' המלצה 6.12. ד; Mehringer & Dowshen, 2019). כאשר אין שימוש בטסטוסטרון, ניתן לעכב את הוסת באמצעות פרוגסטין. על מנת לשלול כל הפרעות רקע לגבי הוסת, חשוב לקבל את ההיסטוריה המפורטת של הוסת וכן הערכה טרם השימוש בטיפול לעיכוב הוסת (Carswell & Roberts, 2017). כחלק מהדיון על תרופות לעיכוב הוסת, יש להתייחס גם לצורך במניעת הריון ולמידע לגבי היעילות של תרופות לעיכוב הוסת כשיטה למניעת הריון (Bonnington et al., 2020). יש להציע מגוון של אפשרויות לעיכוב הוסת, כמו למשל שילוב של תרופות המכילות שילוב של אסטרוגן ופרוגסטין, פרוגסטין בנטילה דרך הפה, פרוגסטין בזריקה בשחרור מושהה או בזריקה תת-עורית, והתקנים תוך-רחמיים, על מנת לאפשר תכנון של טיפול מותאם אישית, תוך שיקול ראוי של הזמינות, העלות, הכיסי הביטוחי, וכן התוויות-נגד ותופעות לוואי (Kanji et al., 2019).

ניתן להשתמש בתרופות הורמונליות המכילות פרוגסטין בלבד, בייחוד אצל נערים. ות טרנסג'נדרים על הקשת הגברית או אצל נערות. ים א-בינארים. ות, אשר אינם מעוניינים בטיפול תרופתי המכיל אסטרוגן, וכן אצל מי שנמצאים בסיכון לאירועי פקקת או שיש להם התוויות-נגד אחרות בקשר לטיפול באסטרוגן. תרופות הורמונליות המכילות פרוגסטין בלבד כוללות פרוגסטין בנטילה דרך הפה, זריקות דפו-מדרוקסיפרוגסטרוגן, שתל אטונוגסטרוגן והתקני לבונורגסטרוגן תוך-רחמיים (Schwartz et al., 2019). האפשרויות להורמונים המכילים פרוגסטין בלבד משתנות ברמת היעילות של עיכוב הוסת, והורמונים אלה מאופיינים בשיעורים נמוכים יותר של אמנוריא (אל-וסת) מאשר תרופות משולבות למניעת הריון בנטילה דרך הפה (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). תיאור מפורט יותר של המחקרים הקליניים הרלוונטיים מוצג בפרק 12 – טיפול הורמונלי. רצוי כי אנשי מקצוע בתחום הבריאות לא יניחו הנחות לגבי שיטת הנטילה המועדפת על המטופל. ת, מפני שייתכן כי נערים. ות טרנסג'נדרים מסוימים על הקשת הגברית יעדיפו טבעות נרתיקיות או התקנים תוך-רחמיים (Akgul et al., 2019). הגם שתרופות הורמונליות דורשות מעקב אחר לביליות (חוסר יציבות) רגשית, אפקט דיכאוני או שניהם, יש להעריך את היתרונות ואת הסיכונים של עיכוב וסת בלתי מטופל בהקשר של דיספוריה מגדרית על בסיס אישי. חלק מהמטופלים. ות עשויים לבחור בתרופות משולבות למניעת הריון בנטילה דרך הפה הכוללות שילובים שונים של אתינילאסטראדיול, במינונים שונים ועם פרוגסטין מדורות שונים (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). גלולות למניעת הריון בנטילה דרך הפה עם רכיבי אתינילאסטראדיול במינונים נמוכים יותר מקושרות עם דימום רחמי מוגבר בין וסתות. ניתן להשתמש בתרופות משולבות למניעת הריון בנטילה דרך הפה באופן מתמשך על מנת לאפשר עיכוב מתמשך של הוסת, וניתן גם ליטול אותן דרך מדבקות עוריות או טבעות נרתיקיות.



בנוסף, השימוש באנלוגים להורמון משחרר גונדוטרופינים (GnRH) עשוי להביא לעיכוב הוסת. עם זאת, מומלץ כי נוער מגוון מגדרית יעמוד בקריטריונים להתאמה (כפי המתואר בהמלצה 6.12) לפני השיקול להשתמש בתרופה זו אך ורק למטרה זו (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). לבסוף, ניתן להתוות תרופות לעיכוב הוסת כטיפול משלים בדימום בין וסתות, העלול להתרחש בזמן טיפול בטסטוסטרון אקסוגני או כתרופה מגשרת בזמן המתנה לטיפול בטסטוסטרון לעיכוב הוסת. שימוש בטסטוסטרון אקסוגני כהורמון להתאמה מגדרית בדרך כלל עשוי להביא לעיכוב הוסת בתוך ששת החודשים הראשונים של הטיפול (Ahmad & Leinung, 2017). עם זאת, חשוב ליידע את המתבגרות. ים כי ביוץ והריון עדיין יכולים להתרחש גם בזמן אמנוריא (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019).

### המלצה 6.8

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשמור על מערכת יחסים מתמשכת עם מתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית ועם האנשים המטפלים בהן לשם תמיכה במתבגרת. בעת קבלת החלטות לאורך הטיפול מעכב ההתבגרות, הטיפול ההורמונלי והניתוחים הקשורים למגדר, עד שיעברו לטיפול המיועד לבוגרים. ות.**

כפי המתואר בהמלצה 6.1, אנשי מקצוע בתחום הבריאות בעלי מומחיות בהתפתחות ילדים ומתבגרים ממלאים תפקיד חשוב בהמשכיות הטיפול בצעירים. ות לאורך התהליך לגבי צרכיהן במסגרת הטיפול המגדרי. תמיכה במתבגרים. ות ובמשפחותיהן מצריכה גישה לטיפול דרך נקודת מבט התפתחותית, אשר דרכה ניתן להבין את הבגרות הנפשית ואת צרכי הטיפול המתפתחים של הצעירה. לאורך זמן. לאור העובדה כי מסלולי הטיפול להתאמה מגדרית משתנים על בסיס צרכיהן וחוויותיהן האישיות של מתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונים מגדרית, ההחלטות לגבי אותם טיפולים (טיפול מעכב התבגרות, אסטרוגנים/אנדרוגנים, ניתוחים להתאמה מגדרית) יכולות להתקבל בנקודות זמן שונות על פני מספר שנים. מחקר אורך המדגים את יתרונותיו של טיפול מעכב התבגרות ושל טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית בוצע בסביבה שבה התקיימו מערכות יחסים קליניות מתמשכות בין המתבגרים. ות/המשפחות לבין הצוות הרב-תחומי (de Vries et al., 2014).

סביבות קליניות המציעות פגישות ארוכות יותר מספקות מרחב למתבגרות. ים ולאנשים המטפלים בהן לשתף מרכיבים פסיכו-סוציאליים חשובים של רווחתן הנפשית (למשל, דינמיקה משפחתית, חוויות בבית הספר, חוויות רומנטיות ומיניות) אשר מספקות הקשר עבור הצרכים וההחלטות האישיות לגבי טיפול מאשש מגדר, כפי המתואר בסעיפים אחרים של פרק זה. מערכת יחסים קלינית מתמשכת יכולה להתקיים בסביבות שונות, בין אם במסגרת של צוות רב-תחומי או עם נותני שירות במקומות שונים, המשתפים פעולה זה עם זה. לאור השונות הגבוהה ביכולת לגשת למרכזי טיפול מגדריים ייעודיים, בייחוד עבור קבוצות מוחלשות החוות פערים ביחס לגישה, חשוב כי אנשי מקצוע בתחום הבריאות יכירו בקיום של כל חסמים בדרך לטיפול וישמרו על גמישות כאשר הם מגדירים כיצד יכולה להתקיים מערכת יחסים קלינית מתמשכת באותו הקשר ספציפי.

מערכת יחסים קלינית מתמשכת אשר משפרת את החוסן של הנערה. ומספקת תמיכה להורים/לאדם המטפל, שיתכן שגם להם צרכי טיפול משלהם, יכולה בסופו של דבר לשפר את הקבלה מצד ההורים – כאשר יש בכך צורך – דבר המקושר עם תוצאות טובות יותר בבריאות הנפש של נערים. ות (Ryan, Huebner et al., 2009).

### המלצה 6.9

אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשלב תחומים רלוונטיים, כולל אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ובתחום הרפואה, על מנת להחליט האם יש מקום לטיפול מעכב התבגרות, לתחילת טיפול הורמונלי או לניתוח הקשור למגדר אצל מתבגרים. טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית ולוודא שעדיין יש בהם צורך לכל אורך הטיפול, עד שיעברו לטיפול המיועד לבוגרים. ות.

שילוב אנשי מקצוע בתחום הבריאות מתחומים שונים מטיב עם מתבגרות. ים טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית הסובלות מדיספוריה מגדרית/חוסר התאמה מגדרי, והניגשות לטיפולים רפואיים וכירורגיים להתאמה מגדרית. טיפול במתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית כולל התייחסות ל-1) שיקולים אבחוניים (ר' המלצות 6.3, 6.12 א ו-6.12 ב) על ידי אנשי מקצוע בתחום הבריאות עם התמחות במגדר (כפי המוגדר בהמלצה 6.1) כאשר דבר זה דרוש ואפשרי; ו-2) שיקולים טיפוליים בעת הפקת מרשמים, ניהול ומעקב אחר טיפול תרופתי עבור טיפול רפואי וכירורגי להתאמה מגדרית, הדורשים הכשרה של אנשי המקצוע הרפואיים/הכירורגיים הרלוונטיים. תחומי המפתח כוללים, ללא הגבלה, רפואת מתבגרים. ות/רפואה ראשונית, אנדוקרינולוגיה, פסיכולוגיה, פסיכיאטריה, פתולוגיה בדיבור/כישורי שפה, עבודה סוציאלית, צוות תמיכה והצוות הכירורגי.

הראיות שהולכות ועולות מעידות כי קיים יתרון קליני עבור נוער טרנסג'נדרים המקבל טיפולים מאששי מגדר במרפאות מגדריות רב-תחומיות (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). לבסוף, מתבגרות. ים הניגשות לטיפול מאששי מגדר במרפאות רב-תחומיות מציגות מורכבות משמעותית, הדורשת שיתוף פעולה הדוק בין אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, בתחום הרפואי ו/או בתחום הכירורגי (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

כיוון שלא כל המטופלים. ות והמשפחות נמצאות בעמדה או במקום שמאפשרים גישה לטיפול רב-תחומי, החוסר בתחומים זמינים לא צריך למנוע מצעירות. ים מלגשת לטיפול שלו הן נזקקות בזמן המתאים. כאשר התחומים הינם זמינים, בייחוד במרכזים בעלי צוותים או תחומים רב-תחומיים קיימים, או שניהם, מומלץ לעשות מאמץ על מנת לכלול את נותני השירות הרלוונטיים בעת פיתוח צוות לטיפול מגדרי. עם זאת, דבר זה אין משמעותו שכל התחומים הם הכרחיים על מנת להעניק טיפול לנערה. מסוימת ולמשפחתה.

אם דרוש למתבגרת. תיעוד כתוב או מכתב להמלצה על טיפולים רפואיים וכירורגיים להתאמה מגדרית, יש צורך רק במכתב הערכה אחד מאת חבר או חברה בצוות הרב-תחומי. על המכתב לשקף את הערכת הצוות ואת חוות דעתו, כאשר על הצוות לכלול הן מטפלים בתחום בריאות הנפש והן אנשי מקצוע בתחום הבריאות (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). ייתכן כי יידרשו תוצאות הערכה וחוות דעת נוספות בכתב במקרה שקיים צורך קליני ספציפי, או כאשר חברי וחברות הצוות נמצאים במקומות שונים או בוחרים לכתוב את הסיכומים שלהם בעצמם. למידע נוסף, ר' פרק 5 – הערכות למבוגרים. ות, המלצה 5.5.

## המלצה 6.10

אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים. ות טרנסג'נדרים. ות ומגוונים מגדרית, המבקשים טיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית, לעדכן את המטופלים לפני תחילת הטיפול לגבי השפעות על הפוריות, כולל אפשרות לאובדן הפוריות, והאפשרויות הזמינות לשימור פוריות בהקשר של שלב ההתפתחות המינית של אותו נערה. ה.

בזמן הערכת מתבגרים. ות הניגשים לטיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית, על אנשי מקצוע בתחום הבריאות לדון בדרכים הספציפיות שבהן הטיפול הנחוץ עשוי להשפיע על יכולת הרבייה. ניתן

למצוא פירוט לגבי נושאי פוריות ואפשרויות ספציפיות לשימור הפוריות בפרק 12 – טיפול הורמונלי, ובפרק 12 – בריאות מערכת הרבייה.

חשוב שאנשי מקצוע בתחום הבריאות יבינו אילו אפשרויות קיימות לשימור פוריות, כדי שיוכלו להעביר את מידע זה למתבגרים. מומלץ להורים להיות מעורבים בתהליך זה, וכן להבין את היתרונות והחסרונות של האפשרויות השונות. על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להכיר בכך כי למתבגרות.ים ולהורים עשויות להיות דעות שונות לגבי יכולת הפוריות, ולכן הם עשויים להגיע להחלטות שונות (Quain et al., 2020). לכן אנשי מקצוע בתחום הבריאות יכולים לעזור בהנחיית תהליך זה. על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להקדיש תשומת לב ספציפית להיבטים ההתפתחותיים והפסיכולוגיים של שימור הפוריות ושל יכולת קבלת ההחלטות של הנערה. הספציפי. למרות שמתבגרים.ות עשויים להאמין כי הם החליטו סופית בנושא יכולת הפוריות שלהם, מומלץ כי אנשי מקצוע בתחום הבריאות בעלי ניסיון מספיק, ידע על התפתחות בגיל ההתבגרות וניסיון בעבודה מול הורים, ידונו עם המתבגרות.ים באפשרות שדעתם לגבי הבאת ילדים ביולוגיים לעולם תשתנה עם הזמן.

לא ניתן להתייחס לתוצאות ארוכות הטווח של טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית על הפוריות במפגש בודד, וכן לא ניתן במסגרת זמן זו לוודא כי למתבגרת. ישנן ציפיות מציאותיות לגבי האפשרויות לשימור פוריות או לאימוץ. במקום זאת, יש להתייחס לנושא במסגרת שיחה מתמשכת. יש לנהל שיחה זו לא רק טרם התחלת כל התערבות רפואית (טיפול מעכב התבגרות, טיפול הורמונלי או ניתוחים), אלא גם במהלך המשך הטיפול ובזמן השינוי המגדרי.

נכון לעכשיו, קיימות רק תוצאות ראשוניות ממחקרים רטרוספקטיביים המעריכים בוגרים.ות טרנסג'נדריות.ים ואת ההחלטות שקיבלו כאשר היו צעירים, בנושא ההשלכות של טיפול רפואי להתאמה מגדרית על יכולת הפיריון. חשוב לא להניח הנחות לגבי המטרות של המתבגרת. לעתיד. מחקר בקרב שורדי סרטן בילדות מצא כי המשתתפים שהכירו בהזדמנויות שהחמיצו לשימור פוריות דיווחו על מצוקה ועל חרטה סביב נושא הפוריות הפוטנציאלית (Armuan et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). יתר על כן, חולי סרטן שלא תעדפו את היכולת להביא ילדים ביולוגיים לעולם טרם הטיפול דיווחו כי "שינו את דעתם" לאחר המחלה (Armuan et al., 2014).

לאור המורכבויות של האפשרויות השונות לשימור פוריות ולאור האתגרים שאנשי מקצוע בתחום הבריאות עלולים לחוות בעת דיון על פוריות עם המתבגרת. ועם המשפחה (Tishelman et al., 2019), התייעצות בנושא פוריות מהווה שיקול חשוב עבור כל מתבגרת. טרנסג'נדר.ית הניגש לטיפולים רפואיים להתאמה מגדרית, אלא אם התייעצות בנושא פוריות אינה מכוסה על ידי הביטוח או על ידי שירותי הבריאות הציבוריים באותו מקום, אם היא אינה זמינה באותו מקום או אם הנסיבות האישיות מונעות זאת.

## המלצה 6.11

**אנו ממליצים וממליצות כי, כאשר קיימת התוויה לטיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית עבור מתבגרות.ים, על אנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים מול מתבגרים.ות טרנסג'נדרים.ות ומגוונים מגדרית לערב את ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) בתהליך ההערכה והטיפול, אלא אם נקבע כי מעורבותם תזיק למתבגרת. או כי היא אינה אפשרית.**

כאשר קיימת התוויה שלפיה טיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית עשויים להיטיב עם המתבגרת.ת, מומלץ לערב את ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) בתהליך ההערכה כמעט בכל המצבים (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). חריגות ממצב זה עשויות

לכלול מצבים שבהם המתבגרת נמצאת במשפחת אומנה, בשירות למען הילד או בשניהם, וכן מצבים שבהם המשמורת והמעורבות ההורית אינן אפשריות, אינן מתאימות או עלולות להזיק. התמיכה ההורית והמשפחתית בנוער טרנסג'נדר ומגוון מגדרית הינה רכיב מנבא של רווחת הנערה והיא מגינה על בריאותו הנפשית של נוער טרנסג'נדר ומגוון מגדרית (Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2016; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016). לכן אחת השיטות הזמינות הטובות ביותר היא הכללת ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) בתהליך ההערכה על מנת לעודד ולייעץ בהבנה ובתמיכה ההורית במתבגרת.

ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) יכולים לספק מידע חשוב לצוות הקליני, למשל על ההיסטוריה המגדרית, ועל ההיסטוריה ההתפתחותית, הרפואית והנפשית הכללית של הצעירה, כמו גם תובנות על רמת התמיכה הנוכחית בצעירה, תפקודו ורווחתו הכללית. הדמיון והשוני בין הדיווחים שמוסר המתבגרת ושמוסרים ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) עשוי לספק מידע חשוב לצוות ההערכה ועשוי לסייע בתכנון ויצירת תמיכה המותאמת אישית לנערה ולמשפחה (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017). מידע על ההקשר של המשפחה, כולל מרכיבי חוסן ואתגרים, עשוי לעזור לנותני השירותים לדעת באילו תחומים נחוצה תמיכה מיוחדת בתהליך הטיפול. מעורבות ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) חשובה גם בעת העברת מידע למשפחות לגבי גישות שונות לטיפול, לגבי צרכי הטיפול והמעקב המתמשכים ולגבי סיבוכים אפשריים בטיפול. הדרכות פסיכו-חינוכיות לגבי אפשרויות הטיפול המגדרי הקליני עשויות לעזור להורים/לאפוטרופוסים (או אחד מהם) להבין טוב יותר את החוויות והצרכים המגדריים של ילדיהם המתבגרים. כמו גם השתתפות בתהליך ההערכה, אשר עשוי להתפתח לאורך זמן (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). חששות או שאלות מצד ההורים/האדם המטפל לגבי יציבות הצרכים המגדריים לאורך זמן, ולגבי ההשלכות של התערבויות רפואיות שונות להתאמה מגדרית, הינן שכיחות ואין לזלזל בהן. יש מקום להורים/לאפוטרופוסים (או לאחד מהם) לשאול שאלות אלה, וישנם מקרים שבהם שאלות או חששות מצד ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) עוזרות בביסוס ההחלטות והתוכניות לטיפול. לדוגמה, דיווח של הורה/האדם המטפל עשוי לספק הקשר חיוני במצבים שבהם הצעירה גילה את הגיוון המגדרי שלו רק לאחרונה או באופן פתאומי, לצד בקשה לטיפול מגדרי, או כאשר קיים חשש מאפשרות של לחץ חברתי מוגזם או השפעה מופרזת של המדיה החברתית על הצורה הנוכחית שבה הצעירה חושבת על המגדר שלו. חיוני גם לספק הקשר לדיווח של הורה/האדם המטפל, מפני שהדיווח של ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) אודות העבר המגדרי של הצעירה עשוי לעלות או לא לעלות בקנה אחד עם הדיווח העצמי מפי הצעירה. חשוב להדגיש כי ייתכן שההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) אינם מודעים לעבר המגדרי מפני שמגדר עשוי להוות חוויה פנימית עבור הנערה, שאינה ידועה לאחרים אלא אם הוא מספר עליה. לכן הדיווח של המתבגרת על העבר המגדרי ועל החוויה המגדרית שלו ממלא תפקיד מרכזי בתהליך ההערכה.

חלק מההורים עלולים לגלות אמונות בלתי תומכות או עיונות לגבי זהויות טרנסג'נדריות ומגוונות מגדרית, לגבי טיפול מגדרי קליני או לגבי שניהם (Clark et al., 2020). נקודות מבט בלתי תומכות מסוג זה מהוות מוקד טיפולי חשוב עבור משפחות. למרות שבמקרים מסוימים, אתגור הדעות של ההורים עשוי ליצור תחושה של נוקשות, מומלץ כי נותני השירותים לא יניחו כי דבר זה תמיד נכון. קיימות דוגמאות רבות להורים/אפוטרופוסים (או אחד מהם) אשר לאורך זמן, בעזרת תמיכה והדרכה פסיכו-חינוכית, הלכו וקיבלו את הגיוון המגדרי ואת צרכי הטיפול של הילדה הטרנסג'נדרית או המגוונת מגדרית.

אחת המטרות המרכזיות של גישה זו היא סיוע לנערה ולהורים/לאפוטרופוסים (או לאחד מהם) לעבוד ביחד על החלטות חשובות לגבי הטיפול המגדרי. עם זאת, במקרים מסוימים, ההורים/האפוטרופוסים (או אחד מהם) עלולים לדחות את המתבגרת ואת הצרכים המגדריים שלו במידה שלא תאפשר השתתפות בתהליך ההערכה הקליני. במצבים אלה, יתכן שהנערה יזדקק למעורבות של מערכות רחבות יותר לקידום ולתמיכה על מנת להתקדם לצד התמיכה והטיפול הנדרשים (Dubin et al., 2020).

## המלצה 6.12

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות המבצעים הערכות עבור מתבגרים. טרנסג'נדרים. ומגוונים מגדרית להמליץ על טיפולים רפואיים או כירורגיים להתאמה מגדרית שביקשו המטופלות רק כאשר:**

## המלצה 6.12 א

**המתבגרת עומד בקריטריונים לאבחון של חוסר התאמה מגדרי על פי סיווג ICD-11 במצבים שבהם יש צורך באבחנה כדי לגשת לטיפול רפואי. במדינות אשר לא יישמו את סיווג ה-ICD העדכני ביותר, ניתן להשתמש בטקסונומיות אחרות, אם כי יש לנקוט במאמצים על מנת ליישם את סיווג ה-ICD העדכני ביותר מוקדם ככל הניתן.**

בעת עבודה מול מתבגרים. וטרנסג'נדריות. ומגוונים מגדרית, על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להבין שלמרות שסיווג עשוי להקנות גישה לטיפול, המתבגרים. וט. עשויות לחוות את הפתולוגיזציה של זהויות טרנסג'נדריות כדבר שמחזק סטיגמה חברתית (Beek et al., 2016). הופנו ביקורות כלפי הערכות הקשורות לבריאות מגדרית ולגיוון מגדרי ונושא המערכות האבחוניות הינו שנוי במחלוקת (Drescher, 2016).

על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להעריך את העבר המגדרי הכללי ואת צרכי הטיפול המגדרי של הנערה. לאורך תהליך ההערכה, אנשי מקצוע בתחום הבריאות יכולים לספק אבחנה כאשר יש צורך בכך כדי לקבל גישה לטיפול מגדרי.

'חוסר התאמה מגדרי' ו'דיספוריה מגדרית' הינם שני מונחים אבחוניים המשמשים בסיווג המחלות הבינלאומי של ארגון הבריאות העולמי (ICD) ובמדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (ה-DSM), בהתאמה. מבין שתי מערכות הסיווג האלה, שנמצאות בשימוש נרחב, ה-DSM מיועד רק לסיווג פסיכיאטרי וה-ICD מכיל את כל המחלות והמצבים הקשורים לבריאות פיזית ולבריאות נפשית. הגרסאות העדכניות ביותר של שתי המערכות האלה, ה-DSM-5 וה-ICD-11, משקפות היסטוריה ארוכה של המשגה מחודשת ושל דה-פתולוגיזציה פסיכולוגית ביחס לאבחנות הקשורות למגדר (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019a). בהשוואה לגרסה הקודמת, ה-DSM-5 החליף את האבחנה 'הפרעה בזהות המגדר' ב'דיספוריה מגדרית', מתוך הכרה במצוקה שחווים אנשים מסוימים כתוצאה מחוסר התאמה בין החוויה של זהות המגדר לבין המין שהוגדר בלידה. במהדורה העדכנית ביותר, ה-DSM-5-TR, לא חלו כל שינויים בקריטריונים לאבחון דיספוריה מגדרית. עם זאת, המונחים שונו לצורות המקובלות ביותר נכון לעכשיו (למשל, 'המגדר שנקבע בלידה' במקום 'המגדר הטבעי' ו'טיפול מאשש מגדר' או 'טיפול להתאמה מגדרית' במקום 'שינוי מין') (American Psychiatric Association, 2022). בהשוואה למהדורה העשירית של ה-ICD, ב-ICD-11 הסיווג של חוסר התאמה מגדרי עבר מהפרק בנושא בריאות נפש לפרק בנושא התנאים הקשורים לבריאות מינית. בהשוואה לסיווג של דיספוריה מגדרית ב-DSM-5, אחת ההמשגות המחודשות החשובות ביותר היא שמצוקה אינה נחשבת כאינדיקטור הכרחי לסיווג חוסר

התאמה מגדרי ב-ICD-11 (WHO, 2019a). אחרי הכל, כאשר גדלים בסביבה תומכת ומקבלת, יתכן שקריטריון המצוקה והליקוי, שהינו חלק מהותי מכל בעיה בבריאות הנפש, אינו רלוונטי כלל (Drescher, 2012). לכן יתכן כי הסיווג של חוסר התאמה מגדרי ב-ICD-11 משקף בצורה טובה יותר את מלוא החוויות של גיוון מגדרי ושל הצרכים המגדריים הקליניים הקשורים לכך.

הקריטריונים לסיווג חוסר התאמה מגדרי בגיל ההתבגרות או בגילאי הבגרות ב-ICD-11 דורשים חוסר התאמה בולט ועקבי בין חוויית המגדר של אדם לבין המין שהוגדר בלידה, אשר פעמים רבות מוביל לצורך בשינוי מגדרי על מנת לחיות ולהתקבל כאדם מהמגדר שבו הוא חווה את עצמו. עבור אנשים מסוימים, דבר זה כולל טיפול הורמונלי, ניתוחים או שירותי בריאות אחרים שמאפשרים התאמה בין הגוף לבין המגדר שבו חווה האדם את עצמו, עד כמה שדרוש ובמידה שבה זה אפשרי. ההוראה כי לא ניתן להשתמש בסיווג "טרם תחילת ההתבגרות המינית" הינה רלוונטית למתבגרים. לבסוף, מוזכר כי התנהגות והעדפות מגוונות מגדרית לבדן אינן בסיס לשימוש בסיווג (WHO, ICD-11, 2019a).

הקריטריונים לסיווג דיספוריה מגדרית בגיל ההתבגרות ובגילאי הבגרות ב-DSM-5 וב-DSM-5-TR מציינים "חוסר התאמה בולט בין חוויית/ביטוי המגדר לבין המגדר שנקבע עבור אדם בלידה, שנמשך לפחות 6 חודשים" (קריטריון א', המתקיים כאשר נוכחים 2 מתוך 6 תת-קריטריונים; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

יש לציין כי למרות שסיווג מגדרי הינו אחת הדרישות לקבלת טיפול להתאמה מגדרית, אותם סיווגים בפני עצמם אינם מעידים כי אדם זקוק לטיפול להתאמה מגדרית. טווח חוויות חוסר התאמה המגדרי בקרב נוער דורש מאנשי מקצוע לספק מגוון של טיפול או התערבויות על בסיס הצרכים האישיים של המטופל. ייעוץ, חקירה מגדרית, הערכת בריאות נפש, וכאשר יש צורך, טיפול אצל מטפלים בתחום בריאות הנפש בעלי הכשרה בהתפתחות מגדרית, עשויים כולם להיות נחוצים לצד יישום של טיפול להתאמה מגדרית, או ללא יישום של טיפול כזה.

## המלצה 6.12

### **חוויית הגיוון המגדרי/חוסר התאמה המגדרי קיימת ומתמשכת לאורך זמן.**

נערים.ות רבות חוות חקירה וגיבוש של הזהות (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciociuch, 2018). חקירת הזהות בגיל ההתבגרות עשויה לכלול תהליך של גילוי עצמי בנושא מגדר וזהות מגדר (Steensma, Kreukels et al., 2013). לא קיים מידע רב על הצורה שבה תהליכי רקע לגיבוש זהות המגדר בגיל ההתבגרות (למשל, תהליך ההתחייבות לזהויות מסוימות) עשויים להשפיע על חוויותיה של צעירה או על צרכיה לאורך זמן.

לכן בתחילת הטיפול יש לשקול את רמת ההפיכות של התערבויות רפואיות להתאמה מגדרית לצד ההתמשכות העקבית של חוויות חוסר התאמה המגדרי של הצעירה. לאור השינויים הפוטנציאליים בחוויות ובצרכים מגדריים במהלך גיל ההתבגרות, חשוב לוודא כי הצעירה חווה מספר שנים של גיוון מגדרי/חוסר התאמה מגדרי עקבי טרם התחלת טיפולים פחות הפיכים, כמו למשל הורמונים או ניתוחים להתאמה מגדרית. טיפול מעכב התבגרות, המספק זמן נוסף למתבגרים.ות צעירות יותר להפעיל את כישורי קבלת ההחלטות שלהן, מעלה גם שיקולים חשובים (ר' המלצה 6.12 ופרק 12 – טיפול הורמונלי) המעידים על חשיבות החוויה המתמשכת של חוסר התאמה מגדרי/גיוון מגדרי טרם תחילת הטיפול. עם זאת, בקבוצת הגילאים של מתבגרים.ות צעירות יותר, לא תמיד מעשי או הכרחי לחכות מספר שנים לאור מטרת הטיפול כאמצעי לקבל זמן נוסף ולמנוע מצוקה הנובעת משינויים בלתי הפיכים של התבגרות מינית. עבור נערות.ים שחוו תקופה קצרה יותר של חוסר התאמה מגדרי, תמיכה בשינוי

מגדר חברתי ו/או בטיפולים רפואיים (למשל, עיכוב הוסת/חסימת אנדרוגן) עשויה גם להביא להקלה וכן לספק מידע נוסף לצוות הקליני לגבי צרכי הטיפול המגדרי הרחבים של הצעירה (ר' המלצות 6.4, 6.6 ו-6.7).

ביסוס הראיות לגיוון מגדרי/חוסר התאמה מגדרי עקביים בדרך כלל דורש הערכה קפדנית של הצעירה. לאורך זמן (ר' המלצה 6.3). במקרים שבהם הדבר אפשרי ומתאים, על תהליך ההערכה וההבחנה לכלול את ההורים/האדם המטפל (או אחד מהם) (ר' המלצה 6.11). כאשר מידע זה אינו מתועד במסמכים הרפואיים, ניתן לקבל ראיות המדגימות גיוון מגדרי/חוסר התאמה מגדרי מתמשכים לאורך זמן באמצעות העבר שעליו מספרים המתבגרת וההורים/האדם המטפל באופן ישיר.

הספרות המחקרית על המשכיות מול הפסקת צרכי הטיפול הרפואי להתאמה מגדרית ובקשות בנוגע לו הינה מורכבת וקשה לפירוש במידה מסוימת. סדרה של מחקרים שבוצעו במהלך העשורים האחרונים, כולל מספר מחקרים עם בעיות מתודולוגיות (כפי שציין Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018) מציעים כי חוויית חוסר ההתאמה המגדרי אינה אחידה עבור כל הילדים. ות כאשר הן מגיעות לגיל ההתבגרות. לדוגמה, תת-קבוצה של נערים. ות שחוו חוסר התאמה מגדרי או שביצעו שינוי מגדר חברתי טרם גיל ההתבגרות עשויות, לאורך זמן, להפגין הפחתה או אפילו הפסקה מלאה של חוסר ההתאמה המגדרי (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). עם זאת, בוצעו פחות מחקרים שהתמקדו בשיעורי המשכיות או חוסר המשכיות של חוסר התאמה מגדרי ושל צרכים מגדריים באוכלוסיית המתבגרים. ות. הנתונים הקיימים לגבי קבוצות עוקבה רחבות של מתבגרים. ות שלא עברו טיפול, אשר הופנו לטיפול מגדרי (מהמרפאה לטרנסג'נדרים. ות באמסטרדם) מציעים כי בעקבות הערכות מתמשכות לאורך זמן, חלק מהמתבגרים. ות החוות חוסר התאמה מגדרי וניגשות לטיפול מגדרי בוחרות לא לגשת לטיפול רפואי להתאמה מגדרית (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). חשוב לציין כי הממצאים ממחקרים על קבוצות עוקבה של נערים. ות בגיל ההתבגרות החוות חוסר התאמה מגדרי, שבהם המשתתפות שעברו הערכות מגדריות מקיפות לאורך זמן הפגינו חוסר התאמה מגדרי וצרכים מגדריים עקביים וקיבלו הפניות לטיפול רפואי מגדרי, מצביעים על רמות חרטה נמוכות לגבי החלטות הקשורות לטיפול רפואי מגדרי (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). חשוב מאוד לשים לב כי נכון לעכשיו, ניתן לייחס את ממצאים אלה לגבי רמות חרטה נמוכות רק לנערות. ים שהפגינו חוסר התאמה מגדרי וצרכים מגדריים עקביים לאורך זמן, כפי שוידא הצוות הרפואי באמצעות הערכות מקיפות וחוזרות (ר' המלצה 6.3).

## המלצה 6.12 ג.

### **המתבגרת מפגינה בגרות רגשית וקוגניטיבית ברמה הדרושה כדי לתת הסכמה מודעת לטיפול.**

תהליך ההסכמה מדעת כולל תקשורת בין מטופלת לבין נותני השירותים לגבי הבנתה של המטופלת. את ההתערבויות האפשריות וכן, בסופו של דבר, את החלטתה של המטופלת. אם לקבל את ההתערבויות. ברוב המצבים, עבור קטינות. ים, האפוטרופוס החוקי הינו חיוני לתהליך ההסכמה מדעת: אם יש כוונה לתת טיפול, האפוטרופוס החוקי (בדרך כלל ההורים/האדם המטפל (או אחד מהם)) מספק את ההסכמה מדעת לדבר זה. ברוב המצבים, הסכמת הקטינה הינו תהליך מקביל שבו הקטינה ונותני השירותים מדברים על ההתערבות ונותני השירותים מעריכים את רמת ההבנה והכוונה שלה.

צעד הכרחי בתהליך ההסכמה מדעת/הסכמת הקטינה. בשקילת טיפול רפואי להתאמה מגדרית הינו דיון קפדני עם אנשי מקצוע בתחום הבריאות בעלי הכשרה להערכה של רמת הבגרות הרגשית והקוגניטיבית של מתבגרים. ות. ההשפעות ההפיכות והבלתי-הפיכות של הטיפול, וכן האפשרויות לגבי שימור פוריות

(כאשר דבר זה ישים), ובנוסף כל הסיכונים והיתרונות האפשריים של ההתערבויות, כולם הינם מרכיבים חשובים של הדיון. דיונים אלה נחוצים בעת קבלת הסכמה מדעת או קבלה של הסכמת הקטינה. הערכת רמת הבגרות הקוגניטיבית והרגשית חשובה משום שהיא עוזרת לצוות הטיפולי להבין את יכולתה של המתבגרת לקבל מידע.

הכישורים הנחוצים כדי להסכים לכל התערבות רפואית או טיפול רפואי כוללים את היכולת (1) להבין את אופי הטיפול; (2) לחשוב בהגיון על אפשרויות הטיפול, כולל הסיכונים והיתרונות; (3) להבין את אופי ההחלטה, כולל ההשלכות לטווח הארוך; ו-4) לתקשר את הבחירה (Grootens-Wiegers et al., 2017). במקרה של טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית, על הצעירה להיות מודעת כראוי לשינויים שהטיפול עשוי או לא עשוי לגרום להם, משך הזמן הממוצע עד שהשינויים מתחילים להופיע (למשל, במקרה של הורמונים להתאמה מגדרית) וכל השלכות שעשויות להיות להפסקת הטיפול. על נוער מגוון מגדרית להבין באופן מלא את ההיבטים ההפכים, ההפכים חלקית והבלתי הפיכים של הטיפול, וכן את גבולות הידע לגבי טיפולים מסוימים (למשל, השפעת טיפול לעיכוב ההתבגרות על התפתחות המוח (Chen and Loshak, 2020)). בנוסף, על נוער מגוון מגדרית להבין כי למרות שנערותים מגוונים מגדרית רבים מתחילים את הטיפול הרפואי להתאמה מגדרית בתחושה שהטיפול יתאים להם לטווח הארוך, קיימת תת-קבוצה של נערים. ו-5) שלאורך זמן מגלים שטיפול זה אינו מתאים להם (Wiepjes et al., 2018). על נערותים לדעת כי לפעמים שינויים מסוג זה מקושרים לשינוי בצרכים המגדריים לאורך זמן, ובמקרים מסוימים לשינוי בזהות המגדר עצמה. לאור מידע זה, על נוער מגוון מגדרית להיות מסוגל לחשוב בהגיון על אפשרויות הטיפול, תוך שקילת ההשלכות של הבחירות העומדות בפניהם. יתרה מכך, כבסיס לנתינת הסכמה, על הצעירה המגוון מגדרית להיות מסוגלת לתקשר את בחירתה.

יתכן כי הכישורים הדרושים לעמידה במשימות הנחוצות עבור הסכמה לא יופיעו בגילאים מסוימים כשלעצמם (Grootens-Wiegers et al., 2017). תיתכן שונות ביכולות אלה הקשורה להבדלים התפתחותיים ולמצגי בריאות נפש (Shumer & Tishelman, 2015), ובהתאם להזדמנויות שקיבלה הצעירה להתאמן על אותם כישורים (Alderson, 2007). בנוסף, יש לבצע הערכה של רמת הבגרות הרגשית והקוגניטיבית בנפרד עבור כל החלטה במסגרת הטיפול המגדרי (Vrouenraets et al., 2021).

השאלות הבאות עשויות לסייע בביסוס המוכנות הרגשית והקוגניטיבית של הצעירה לתת הסכמה לטיפול מסוים להתאמה מגדרית:

- האם הצעירה מסוגלת לחשוב בזירות על העתיד ולשקול את ההשלכות של התערבות הפיכה במלואה או בחלקה?
- האם לצעירה יש יכולת התבוננות עצמית מספיקה כדי לשקול את האפשרות שהצרכים המגדריים והעדיפויות שלה יכולים להתפתח לאורך זמן, ושסדר העדיפויות המגדרי שלה בנקודת זמן מסוימת עשוי להשתנות?
- האם הצעירה חשבה במידה כלשהי על ההשלכות של מעשיה אם סדר העדיפויות שלה לגבי מגדר ישתנה בעתיד?
- האם הצעירה מסוגלת להבין ולהסתדר עם ההיבטים היומיומיים של טיפול רפואי מסוים בטווח הקצר והארוך (למשל, היענות לטיפול התרופתי, נטילת התרופות ומעקב רפואי הכרחי)?

ניתן להעריך את רמת הבגרות הרגשית והקוגניטיבית לאורך זמן כאשר הצוות הטיפולי ממשיך לנהל שיחות על אפשרויות הטיפול ונותן לצעירה הזדמנות להתאמן על חשיבה על העתיד ולשקול באופן גמיש אפשרויות והשלכות. יתכן כי נוער עם שונות נורו-התפתחותיות ו/או עם שונות מסוימים מסוימים בבריאות הנפש יהיה בעל כישורים פחות מפותחים בכל הנוגע לחשיבה, לתכנון, לחשיבה על התמונה



הכוללת ולהתבוננות עצמית (Dubbelink & Geurts, 2017). במקרים מסוימים, יתכן שתדרש גישה זהירה יותר להסכמה, ודבר זה עשוי לכלול זמן נוסף והזדמנויות מובנות שבהן תוכל הצעירה להתאמן על הכישורים הנחוצים עבור קבלת החלטות רפואיות (Strang, Powers et al., 2018).

עבור מצבים ייחודיים שבהם קטינה בגיל ההתבגרות נותנת הסכמה לטיפול ללא רשות ההורים (ר' המלצה 6.11), יש לנקוט במשנה זהירות כדי לתמוך בקבלת החלטות מושכלת מצד המתבגר. ת. דבר זה בדרך כלל דורש רמות גבוהות יותר של מעורבות ושיתוף פעולה בין אנשי המקצוע בתחום הבריאות העובדים מול המתבגר. ת. כדי לספק לצעירה תמיכה קוגניטיבית ורגשית מתאימה בבואה לשקול אפשרויות, יתרונות ואתגרים/עלויות אפשריים ולפתח תוכנית למקורות תמיכה נחוצים (ואולי מתמשכים) בקשר לטיפול.

#### המלצה 6.12

**הטיפול התייחס לחששות של המתבגרת בנושא בריאות הנפש (ככל שיהיו), שעלולות להפריע לבהירות האבחונית, ליכולת לתת הסכמה, ולטיפולים רפואיים להתאמה מגדרית.**

ראיות מצביעות על כך שמתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית נמצאות בסיכון מוגבר לבעיות בבריאות הנפש, לרוב על רקע דחיה מצד המשפחה/האדם המטפל, סביבות קהילתיות בלתי תומכות ומרכיבים הקשורים לשונות נירולוגית (למשל, Ryan, de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Weinhardt et al., 2017; et al., 2010). בעיות בריאות נפש אצל צעירים. ות עשויות להשפיע על הצורה שבה הן חושבות על היסטוריית ההתפתחות המגדרית שלהן ועל הצרכים שלהן לגבי זהות המגדר, וכן על יכולתה של המתבגרת לתת הסכמה ויכולתה של הצעירה להשתתף בטיפול רפואי או לקבל טיפול כזה. בנוסף, בדומה לנוער סיסג'נדר, נוער טרנסג'נדר ומגוון מגדרית עשוי לחוות חששות בנושא בריאות הנפש ללא קשר לנוכחות של דיספוריה מגדרית או של חוסר התאמה מגדרי. באופן ספציפי, עלול להתקיים חשש לדיכאון ולפגיעה עצמית; מחקרים רבים מצביעים על חומרת דיכאון ובעיות רגשיות והתנהגותיות ברמות דומות למה שדווח אצל אוכלוסיות שהופנו למרפאות בריאות הנפש (Leibowitz & de Vries, 2016). בנוסף, דווח על שיעורים גבוהים יותר של מחשבות אובדנות, ניסיונות אובדניים ופגיעה עצמית (de Graaf et al., 2020). בנוסף, הפרעות אכילה מתקיימות בשכיחות גבוהה יותר מהמצופה בקרב אוכלוסיות שלא הופנו לטיפול מסוג זה (Khatchadourian et al., 2013; Ristori, et al., 2019; Spack et al., 2012). חשוב לציין כי קיימים שיעורים גבוהים של הפרעות/תכונות על הספקטרום האוטיסטי בקרב מתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; der Miesen et al., 2016). כמו כן עשויים להתקיים מצגים נירו-התפתחותיים אחרים ו/או בעיות בבריאות הנפש (למשל, הפרעת קשב וריכוז, מוגבלות שכלית והפרעות פסיכוטיות) (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006).

יש לציין כי מתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים רבות מתפקדות בצורה טובה וחוות מעט בעיות בבריאות הנפש, אם בכלל. לדוגמה, מתבגרים. ות שביצעו שינוי מגדר חברתי המקבלות טיפול מאשש מגדר במרפאות מגדריות ייעודיות עשויות לחוות תוצאות בריאות נפש במידה שווה למתבגרים סיסג'נדרים (למשל, de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). המשימה הראשית של נותני שירותים היא לבצע הערכה לכיוון מערכות היחסים הקיימות בין כל בעיות בבריאות הנפש לבין ההבנה העצמית של צרכי הטיפול המגדרי של הצעירה, ואז ליצור סדר עדיפויות שיתאים לכך.

קשיים בבריאות הנפש עלולים להקשות על ההערכה והטיפול בצרכים המגדריים של מתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונות מגדרית במגוון דרכים:

1. ראשית, כאשר מתבגרת טרנסג'נדרית.ים או מגוונת מגדרית חווה אובדנות, פגיעה עצמית, הפרעות אכילה או משברים חמורים אחרים בבריאות הנפש, המסכנים את הבריאות הפיזית, יש לתעדף את ביטחונה. על פי ההקשר המקומי וההנחיות הקיימות, על טיפול מתאים לשאוף למזער את הסכנה או את המשבר, כדי ליצור מספיק זמן ויציבות על מנת לבצע הערכה מגדרית מעמיקה ולקבל החלטות כראוי. לדוגמה, יתכן כי מתבגרת. שהיא אובדנית באופן פעיל לא תהיה בעלת מסוגלות רגשית לקבל החלטה מושכלת לגבי טיפול תרופתי/כירורגי להתאמה מגדרית. התערבויות הקשורות לביטחון, אם קיים צורך בהן, לא אמורות למנוע טיפול מאשש מגדר. שנית, בריאות הנפש עשויה גם לסבך את הערכת ההתפתחות המגדרית והצרכים המגדריים. לדוגמה, חיוני להבדיל בין חוסר התאמה מגדרי לבין מצגים מסוימים הקשורים לבריאות הנפש, כמו למשל אובססיה וקומפולסיה (טורדנות וכפייתיות), תחומי עניין מיוחדים באוטיזם, חשיבה נוקשה, בעיות זהות רחבות יותר, קשיים בתקשורת בין ההורה לילד.ה, חרדות התפתחותיות חמורות (למשל, פחד מגדילה ושינוי התבגרות שאינם קשורים לזהות המגדר), טראומה או מחשבות פסיכוטיות. יש לתעדף טיפול בבעיות בריאות נפש המפריעות לבהירות של התפתחות הזהות ולקבלת ההחלטות המגדרית.
2. 3. שלישית, קבלת החלטות לגבי טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית שיש להם השלכות לכל החיים דורשת חשיבה מעמיקה מצד המתבגרת.ת, עם תמיכה מההורים/האדם המטפל, לפי הצורך (ר' המלצה 6.11). על מנת לקבל החלטה מושכלת, על המתבגרת. להיות מסוגלת להבין את הנושאים הקשורים לטיפול רפואי להתאמה מגדרית, להביע בחירה לגביו, להעריך ולחשוב לעומק על רצונה בטיפול זה (ר' המלצה 6.12.ג). הבדלים נירו-התפתחותיים, כמו למשל תכונות אוטיסטיות או הפרעה על הספקטרום האוטיסטי (ר' המלצה 6.12.ב), למשל, הבדלים בצורת התקשורת; העדפה לחשיבה קונקרטי או נוקשה; הבדלים במודעות העצמית, בחשיבה על העתיד ובתכנון לעתיד) עלולים להוות אתגר בתהליך ההערכה וקבלת ההחלטות; נוער בעל שונות נירולוגית עשוי להיות זקוק לתמיכה, למבניות, להדרכות פסיכו-חינוכיות ולזמן נוספים במסגרת תהליך ההערכה (Strang, Powers et al., 2018). מצגים אחרים של בריאות הנפש, הכוללים כישורי תקשורת וסינגור עצמי מופחתים, קושי להשתתף בהערכה, קשיים בזיכרון ובריכוז, חוסר תקווה וקושי בחשיבה על העתיד, עשויים לסבך את ההערכה ואת קבלת ההחלטות. במקרים אלה, פעמים רבות דרוש פרק זמן ממושך יותר טרם קבלת החלטות כלשהן לגבי טיפול רפואי להתאמה מגדרית.
4. לבסוף, הגם שחשוב להתייחס לבעיות בבריאות הנפש במהלך הטיפול הרפואי, דבר זה אין משמעו שניתן או שצריך לפתור לחלוטין את כל בעיות בריאות הנפש. עם זאת, חשוב להתייחס באופן מספק לבעיות בבריאות הנפש, כך שיהיה ניתן לספק טיפול רפואי להתאמה מגדרית בצורה הטובה ביותר (למשל, היענות לטיפול התרופתי, נוכחות בפגישות מעקב רפואי וטיפול עצמי, בייחוד לאחר ניתוחים).

#### המלצה 6.12.ה

**המתבגרת. קיבלה עדכון לגבי ההשפעות על הפוריות, כולל האפשרות לאובדן הפוריות, והאפשרויות הזמינות לשימור פוריות, והתקיים דיון על כל האפשרויות האלה בהקשר של שלב ההתפתחות המינית של המתבגרת.ת.**

להנחיות בנושא הגישה הקלינית, הרקע המדעי והרציונל, ר' פרק 12 – טיפול הורמונלי, ופרק 16 – בריאות מערכת הרבייה.

#### המלצה 6.12.ו

## המתבגרות הגיעה לשלב טאנר השני של גיל ההתבגרות לפני התחלת טיפול מעכב התבגרות.

תחילת גיל ההתבגרות היא נקודת מפנה עבור בני נוער מגוונים מגדרית רבים. עבור חלקם, היא יוצרת החמרה של חוסר ההתאמה המגדרי ועבור אחרים, תחילת ההתבגרות המינית עשויה להוביל לנזילות מגדרית (למשל, מעבר מזהות מגדר בינארית לזהות א-בינארית), או אף להיחלשות של זהות המגדר שביטאו קודם לכן (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). השימוש בתרופות מעכבות התבגרות, כמו למשל אנלוגים להורמון משחרר גונדוטרופינים (GnRH) אינו מומלץ עד שהילדים. ות הגיעו לפחות לשלב טאנר השני של גיל ההתבגרות, מפני שעבור מתבגרים. ות טרנסג'נדריות. ים ומגוונים מגדרית מסוימים, חוויית ההתפתחות הפיזית עשויה להוות מרכיב מכריע עבור המשך התפתחות הזהות המגדרית (Steensma et al., 2011). לכן אין להשתמש בתרופות מעכבות התבגרות אצל נוער מגוון מגדרית לפני גיל ההתבגרות (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). עבור נערים. ות מסוימים, יתכן שיתאים טיפול באגוניסטים להורמון משחרר גונדוטרופינים בשלבים המאוחרים של ההתבגרות המינית או לאחריה (למשל, בשלבי טאנר הרביעי והחמישי), ועל טיפול זה להיות מותאם אישית בקפדנות. לסקירה מקיפה יותר של השימוש באגוניסטים להורמון משחרר גונדוטרופינים ר' פרק 12 – טיפול הורמונלי. זמן תחילת ההתבגרות המינית משתנה עקב גורמים רבים (למשל, המין שהוגדר בלידה, גנטיקה, תזונה, וכו'). שלבי טאנר מתייחסים לחמישה שלבים של ההתפתחות המינית, החל משלב טרום ההתבגרות המינית (שלב טאנר הראשון) ועד לאחר ההתפתחות המינית והגעה לבגרות מינית (שלב טאנר החמישי) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). עבור מי שהוגדרו בלידה כנקבות, תחילת ההתפתחות המינית (למשל, גונדרכה) מוגדרת על ידי גדילת ניצני השדיים (שלב טאנר השני) ועבור מי שהוגדרו בלידה כזכרים, על ידי נפח אשכים שווה או גדול מ-4 מ"ל (Roberts & Kaiser, 2020). יש להסתמך על נותני שירות רפואיים בעלי נסיון כדי להבדיל בין תחילת ההתבגרות המינית לבין שינויים פיזיים כגון שיער ערווה וריח גוף אפוקריני הנובע מהורמוני מין המופקים על ידי בלוטת יותרת הכליה (האדרנל) (למשל: אדרנרכה), מפני שאדרנרכה אינה מצריכה שימוש בתרופות מעכבות התבגרות (Roberts & Kaiser, 2020). לימוד הורים ומשפחות על ההבדל בין אדרנרכה וגונדרכה מסייע למשפחות להבין את פרק הזמן שבמהלכו יש לקבל החלטות לגבי טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית ביחד עם הצוות הרב-תחומי.

אין להפריז בחשיבות ההתייחסות לסיכונים וליתרונות אחרים של הטיפול מעכב התבגרות, הן בתיאוריה והן במציאות. הראיות תומכות בקיום של השלכות כירורגיות ביחס לנערות טרנסג'נדריות שבוחרות לקבל טיפול לעיכוב התבגרות (van de Griff et al., 2020). נתונים ממחקרי ארוך מדגימים שיפור ברמת שביעות הרצון הרומנטית והמינית עבור מתבגרות. ים המקבלים טיפול מעכב התבגרות, טיפול הורמונלי וניתוחים (Bungener et al., 2020). מחקר על התוצאות הכירורגיות של ניתוח וגינופלסטי תוך שימוש במעי בגישה לפרוסקופית (laparoscopic intestinal vaginoplasty) (המבוצע עקב כמות מוגבלת של רקמה גניטלית לאחר השימוש בתרופות מעכבות התבגרות) אצל נשים טרנסג'נדריות גילה כי רוב הנשים חוו אורגזמה לאחר הניתוח (84%), אם כי המחקר לא הזכיר אף קורלציה ספציפית בין התוצאות הקשורות לעונג המיני לבין זמן תחילת הטיפול מעכב ההתבגרות (Bouman, van der Sluis et al., 2016). בנוסף, מחקר זה אינו רלוונטי למי שמעדיפות. ים הליך כירורגי אחר. דבר זה מדגיש את החשיבות בניהול דיונים עם המשפחות לגבי אי הוודאויות שבעתיד בכל הנוגע לתוצאות כירורגיות ולתוצאות הנוגעות לבריאות המינית.

### המלצה 6.12

המתבגרות קיבלה לפחות 12 חודשים של טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית, או יותר אם יש צורך, לפני שהיא פונה להליכים כירורגיים להתאמה מגדרית, כולל הגדלת חזה, כריתת אשכים, ניתוח

## וגינופלסטי, כריתת רחם, ניתוח פאלופלסטי, ניתוח מטודיפלסטי וניתוח פנים כחלק מטיפול להתאמה מגדרית, אלא אם אין רצון בטיפול הורמונלי או שהוא נשלל מסיבות רפואיות.

טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית מביא לשינויים אנטומיים, פיזיולוגיים ופסיכולוגיים. תחילת ההשפעות האנטומיות (למשל, גדילת הדגדגן, גדילת השדיים, אטרופיה נרתיקית) עשויות להתחיל בשלב מוקדם לאחר תחילת הטיפול ושיא ההשפעה צפוי לאחר שנה או שנתיים (T'Sjoen et al., 2019). על מנת להבטיח פרק זמן מספיק עבור הסתגלות פסיכולוגית לשינוי הפיזי במהלך תקופה התפתחות חשובה עבור המתבגר, מומלץ טיפול הורמונלי של 12 חודשים. בהתאם לתוצאה הכירורגית הדרושה, יתכן שיהיה צורך בתקופה ארוכה יותר של טיפול הורמונלי (למשל, גדילה בלתי מספקת של הדגדגן למטרת ניתוח מטודיפלסטי/פאלופלסטי, צמיחת שדיים והתרחבות העור טרם הגדלת שדיים, התרככות העור ושינויים בפיזור שומן הפנים טרם ניתוחי פנים להתאמה מגדרית) (de Blok et al., 2021).

עבור מי שלא קיבלו הורמונים לפני התערבויות כירורגיות, חשוב כי המנתחים יסקרו את ההשפעות של טיפול הורמונלי על הניתוח המוצע. בנוסף, מי שעוברים ניתוחים לכריתת בלוטות המין אשר אינם לוקחים הורמונים יכולים לפתח תוכנית טיפול להחלפת הורמונים, ביחד עם אנשי המקצוע שנותנים את המרשם, טרם הניתוח.

### שיקול גילאי הטיפולים הרפואיים והכירורגיים להתאמה מגדרית עבור מתבגרים.ות.

קיימת קורלציה חזקה, אם כי לא מושלמת, בין הגיל לבין התפתחות קוגניטיבית ופסיכו-סוציאלית. לכן הגיל עשוי לשמש כסמן שימושי לקביעת התזמון האפשרי של התערבויות (Ferguson et al., 2021). יתכן שטיפולים פחות הפיכים, מורכבים יותר, או שניהם, ידרשו הגעה לגילאים מבוגרים יותר (כלומר, מתקדמים יותר). גישה זו מאפשרת את המשך ההתבגרות הקוגניטיבית/הרגשית שעשויה להיות דרושה למתבגרת. על מנת לשקול ולהסכים באופן מלא לטיפולים מורכבים יותר ויותר (ר' המלצה 6.12.ג).

גוף הראיות, ההולך וגדל, מעיד כי הענקת טיפול להתאמה מגדרית לנוער מגוון מגדרית, שעומד בקריטריונים, מוביל לתוצאות חיוביות (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). עם זאת, קיים מידע מוגבל בלבד על התזמון האופטימלי עבור התערבויות מאששות מגדר, כמו גם על תוצאות פיזיות, פסיכולוגיות וניירו-התפתחותיות בטווח הארוך בקרב נוער (Chen et al., 2020; Olson-Kennedy et al., 2016; Chew et al., 2018). נכון לעכשיו, מחקרי האורך היחידים שהעריכו תוצאות של נוער ושל מבוגרים.ות מגוונות.ים מגדרית התבססו על מודל ספציפי (כלומר, הגישה ההולנדית) הכולל הערכה ראשונית מקיפה וכן מעקב. במסגרת גישה זו, טיפול מעכב התבגרות נשקל בגיל 12, טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית נשקל בגיל 16 והתערבויות כירורגיות נשקלות לאחר גיל 18, עם חריגות במקרים מסוימים. לא ברור אם חריגות מגישה זו יובילו לתוצאות דומות או שונות. כרגע מתקיימים מחקרי אורך שמטרתם להגדיר את התוצאות בצורה טובה יותר, כמו גם את מידת הבטיחות והיעילות של טיפולים להתאמה מגדרית בנוער (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). למרות שאין מידע מלא על ההשפעות לטווח הארוך של טיפולים להתאמה מגדרית שהתחילו בגיל ההתבגרות, יש לשקול גם את התוצאות הבריאותיות השליליות האפשריות של דחיית הטיפול (de Vries et al., 2021). ככל שממשיך לגדול בסיס הראיות לגבי תוצאותיהן של התערבויות להתאמה מגדרית בקרב הנוער, יתכן שיעודכנו ההמלצות לגבי התזמון של התערבויות אלה ולגבי המוכנות להן.

הנחיות קודמות לגבי טיפול להתאמה מגדרית במתבגרים.ות כללו המלצה להתחיל טיפול הורמונלי הפוך באופן חלקי להתאמה מגדרית בגיל 16 (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). על פי

הנחיות עדכניות יותר, יתכן שיתקיימו סיבות משכנעות להתחיל טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית טרם גיל 16, אם כי קיימת כמות מוגבלת של מחקרים על נערים. ות שהתחילו ליטול הורמונים טרם גיל 14 (Hembree et al., 2017). למשל, אחת הסיבות המשכנעות להתחלה מוקדמת יותר של טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית, הינה הימנעות מעיכוב ממושך של ההתבגרות, לאור חששות לבריאות העצמות ולאור ההשלכות הפסיכו-סוציאליות של עיכוב ההתבגרות, כפי המתואר בפירוט בפרק 12 – טיפול הורמונלי (Zhu & Vlot et al., 2017; Schagen et al., 2020; Klink, Caris et al., 2015; Chan, 2017). גיל ההתבגרות הינו תקופה משמעותית בהתפתחות המוח ובהתפתחות הקוגניטיבית. ההשפעה הנירו-התפתחותית האפשרית של טיפול מעכב התבגרות ממושך בנוער מגוון מגדרית סומנה באופן ספציפי כתחום הדורש המשך מחקר (Chen et al., 2020). הגם שקיימות ראיות לבטיחות הטיפול באנלוגים להורמון משחרר גונדוטורפינים (GnRH) עבור התבגרות מינית מוקדמת, קיימות חששות כי עיכוב החשיפה להורמוני מין (אנדוגנים או אקסוגנים), בתקופת שיא המינרליזציה של העצמות, עלולה להוביל לצפיפות מינרלים נמוכה בעצמות. הירידה בצפיפות העצם, וכן המשמעות הקלינית של כל ירידה כזו, מצריכות המשך מחקר (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). ההשלכות הפסיכו-סוציאליות השליליות האפשריות של עיכוב תחילת ההתבגרות המינית בהשוואה לנערים. ות אחרים באותו גיל עלולה לגרום למצוקה נוספת בקרב נוער מגוון מגדרית, אם כי דבר זה לא נחקר באופן מפורש. בעת שקילת תזמון תחילת הטיפול ההורמונלי להתאמה מגדרית, מומלץ לנותני שירות להשוות את היתרונות והסיכונים הפיזיים והפסיכולוגיים האפשריים של תחילת הטיפול לסיכונים וליתרונות האפשריים של דחיית הטיפול. בנוסף, תהליך זה עשוי לסייע בזיהוי גורמים משכנעים שיצדיקו גישה מותאמת אישית.

מחקרים שבוצעו בקרב נוער טרנסג'נדרני על הקשת הגברית הדגימו כי דיספוריה בנוגע לחזה מקושרת לשיעורים גבוהים יותר של חרדה, דיכאון ומצוקה, וכי היא עלולה להוביל למגבלות תפקודיות כגון הימנעות מהתעמלות או מרחצה (Mehring et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). למרבה הצער, סטטוסטרון אינו מקל רבות על מצוקה זו, אם כי בטווח הארוך, מטופלים. ות מסוימים יכולים לשקול את האפשרות של השטחת חזה על מנת להקל על המצוקה. מחקרים בקרב נערים. ות שבחרו לעבור ניתוח השטחת חזה על מנת להקל על דיספוריה בנוגע לחזה הדגימו תוצאות טובות לניתוחים, שביעות רצון מהניתוח ושיעורי חרטה מינימליים במהלך תקופת המעקב של המחקר (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). ניתן לשקול ניתוח השטחת חזה אצל קטינים. ות במקרים המתאימים קלינית והתפתחותית, כפי שנקבע על ידי צוות רב-תחומי בעל נסיון בהתפתחות בגיל ההתבגרות ובהתפתחות מגדרית (ר' ההמלצות הרלוונטיות בפרק זה). משך הטיפול או טיפול נוכחי בטטוסטרון אינו אמור למנוע ניתוח אם יש בו צורך. עבור נערים. ות טרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית מסוימים, רק ניתוח השטחת חזה יכול לענות לצרכיהם. יתכן שנערות. ים טרנסג'נדריות על הקשת הנשית יצטרכו ניתוח הגדלת חזה, אם כי קיים פחות מידע על הליך זה בקרב נוער, כנראה עקב המספר הקטן יותר של מטופלות. ים המבקשות את הליך זה (Boskey et al., 2019; James, 2016). טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית, בייחוד אסטרוגן, עשוי לעזור עם התפתחות רקמת שד ומומלץ לנוער לקבל טיפול הורמונלי למשך תקופה מינימלית של 12 חודשים, או יותר אם יש בכך צורך כירורגי, טרם ניתוח הגדלת חזה, אלא אם אין צורך קליני בטיפול ההורמונלי או שהוא נשלל מסיבות רפואיות.

קיימים נתונים מוגבלים בלבד לגבי התזמון הטוב ביותר לתחילת טיפולים כירורגיים אחרים להתאמה מגדרית אצל נוער. זאת חלקית עקב הגבלת הגישה לטיפולים אלה, המשתנה בין מקומות שונים בעולם (Mahfouda et al., 2019). הנתונים מצביעים על גדילה בשיעור הניתוחים להתאמה מגדרית מאז שנת 2000 וכן על עליה במספרי הנוער הטרנסג'נדרני והמגוון מגדרית הניגש לניתוח וגינופלסטי (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). מחקר משנת 2017 בקרב 20 מנתחים בארה"ב הקשורים

ל-WAPTH דיווח כי קצת יותר מחצי מהם ביצעו ניתוחים וגינופלסטיים על קטינות. (Milrod & Karasic, 2017). קיימים נתונים מוגבלים בלבד לגבי התוצאות של ניתוחים וגינופלסטיים בקרב נוער. מחקרים קטנים דיווחו על שיפור בתפקוד הפסיכו-סוציאלי ועל ירידה בדיספוריה המגדרית בקרב מתבגרות. ים שעברו ניתוח וגינופלסטי (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 2001; Smith et al., 1997). למרות שהמדגם הינו קטן, מחקרים אלה מציעים כי יתכן שקיים יתרון עבור מתבגרים. ות בביצוע הליכים אלה לפני גיל 18. גורמים שעשויים לתמוך בקבלת הליכים אלה בקרב נוער מתחת לגיל 18 כוללים זמינות גבוהה יותר של תמיכה מבני ובנות משפחה, הקלה על ניהול הטיפול שלאחר הניתוח, לפני המעבר למשימות הקשורות לבגרות המוקדמת (למשל, רישום לאוניברסיטה או כניסה לשוק העבודה) וכן נושא הבטיחות במקומות ציבוריים (כלומר, הפחתת החשיפה לאלימות טרנספובית) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). לאור המורכבות ואי-ההפיכות של הליכים אלה, חיוני לבצע הערכה של יכולתה של המתבגרת להיענות להמלצות הטיפול שלאחר הניתוח ולהבין את ההשלכות לטווח הארוך של הליכים אלה על תפקוד מערכת הרבייה ועל התפקוד המיני (Boskey et al., 2019). לאור המורכבות של ניתוח פאלופלסטי והשיעורים הגבוהים של סיבוכים הידועים כרגע, בהשוואה לטיפולים כירורגיים אחרים להתאמה מגדרית, נכון לעכשיו, לא מומלץ לשקול את ניתוח זה עבור נוער מתחת לגיל 18 (ר' פרק 13 – ניתוחים וטיפול לאחר הניתוח).

המלצות 6.12-א ו-6.12-ב כוללות התייחסות מפורטת לגורמים חשובים אחרים שיש לקחת בחשבון בעת דיון בתזמון ההתערבויות עם נערים. ות ועם משפחותיהם. לסיכום הקריטריונים/ההמלצות לטיפולים להתאמה מגדרית הנחוצים מבחינה רפואית בבני נוער, ר' נספח ד'.