

## פרק 8 – א-בינאריות.ים<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.

זהות א-בינארית משמשת כמונח מטריה המתייחס לאנשים החווים את המגדר שלהן מחוץ לבינארית המגדרית. המונח 'א-בינארי' מקושר בעיקר, אבל לא רק, לצפון הגלובלי. עם זאת, לפעמים גם ניתן להשתמש בו לתיאור של מגדרים ילידיים ומגדרים מחוץ לתרבות המערב. המונח 'א-בינארי' כולל אנשים שהמגדר שלהן מורכב מיותר מזהות מגדר אחת, בו זמנית או בזמנים שונים (למשל, ביג'נדר), שאין להן זהות מגדר או שיש להן זהות מגדר ניטרלית (למשל, א-ג'נדר או ניטרלי), שיש להן זהויות מגדר המכילות או המשלבות מרכיבים שונים של מגדרים אחרים (למשל, פוליג'נדר, דמיבוי, דמיגירל) ו/או שיש להן מגדר שמשתנה לאורך זמן (למשל, ג'נדרפלואיד) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2019; Vincent, 2019; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). אנשים א-בינאריים עשויים להזדהות במידות שונות עם מגדרים המקושרים לבינארית, למשל, גבר א-בינארי/אישה א-בינארית, או עם מספר מושגים מגדריים, למשל א-בינארית וג'נדרפלואיד (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). זהות א-בינארית גם משמשת כזהות מגדר בפני עצמה (Vincent, 2020). חשוב להכיר בעובדה כי רשימה זו אינה ממצה. אותן זהויות עשויות לשאת משמעויות שונות עבור אנשים שונים, והשימוש במונחים משתנה לאורך זמן ובין מקומות שונים.

המילה 'ג'נדרקוור', שנכנסה לשימוש לראשונה ב-1990, הינה קטגוריית זהות ותיקה יותר מא-בינארית. – השימוש בה התחיל בשנות ה-2000 המאוחרות (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). לפעמים ניתן להשתמש ב'ג'נדרקוור' כמילה נרדפת ל'א-בינארי', או שהיא עשויה לייצג מימד פוליטי מכון של זהות המגדר. למרות שהמילה 'טרנסג'נדר' משמשת בהקשרים רבים כמונח מטריה הכולל גם אנשים א-בינאריים, לא כל האנשים הא-בינאריים. מחשיבות את עצמן כטרנסג'נדרים. עקב מגוון סיבות, כולל הדיעה כי המונח 'טרנסג'נדר' מתייחס למגדרים בינאריים בלבד או מפני שאינן מרגישות "טרנסג'נדרים" ו"מספיק" כדי להתייחס לעצמן כך (Garrison, 2018). חלק מהאנשים הא-בינאריים. אין בטוחות אם היו מתארות את עצמן כטרנסג'נדרים. או שיש להן רגשות מנוגדים בנושא (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

בהקשר של השפה האנגלית, אנשים א-בינאריים עשויים להשתמש בכינוי הגוף they/them/theirs או בכינויי גוף חדשים (neopronouns), כולל, בין היתר (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). אנשים א-בינאריים מסוימות משתמשות בשילוב של כינויי גוף (שימוש מעורב, בחירה חופשית של הדוברים, או כינויי גוף שונים בהקשרים שונים) או מעדיפות להמנע לחלוטין מכינויי גוף ממגדרים ובמקום זאת משתמשות בשמן הפרטי. בנוסף, אנשים א-בינאריים מסוימות משתמשות בכינויי הגוף she/her/hers או he/him/his, לעיתים או באופן בלעדי, בעוד שבאזורים מסוימים בעולם, לא קיימת (עדיין) שפה המתארת אנשים א-בינאריים. בהקשרים שמחוץ לאנגלית, ניתן לראות טווח רחב של התאמות והתפתחויות ספציפיות לתרבויות ולשפות מסוימות (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). בנוסף יש לציין כי שפות מסוימות משתמשות

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

בכינוי גוף יחיד שאינו מקושר למין או למגדר, בעוד שבשפות אחרות, כל שמות העצם הם ממוגדרים. סביר כי וריאציות אלה בשפה משפיעות על תפישת המגדר של אנשים א-בינאריות. ים ועל הצורה שבה הן מתקשרות עם אחרים. מחקרים שפורסמו לאחרונה מציעים כי אנשים א-בינאריות. ים מהוות כ-25% עד למעלה מ-50% מתוך האוכלוסייה הטרנסג'נדרית הכללית, כאשר דגימות בקרב נוער מדווחות על האחוז הגבוה ביותר של א-בינאריות. ים (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). במחקרים שפורסמו לאחרונה על בוגרים. ות טרנסג'נדריות. ים, א-בינאריות. ים נטו להיות צעירות יותר מאשר גברים ונשים טרנסג'נדריות. ים, ובמקרים שכללו הן נוער והן בוגרות. ים, נמצא כי סביר יותר שאנשים א-בינאריות. ים הוגדרו בלידה כנקבות. עם זאת, יש לפרש את ממצאים אלה בזהירות, מפני שסביר להניח כי מספר גורמים סוציו-תרבותיים מורכבים משפיעים על האיכות, הייצוגיות והדיוק של נתונים אלה (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (ר' גם פרק 3 – הערכות אוכלוסייה).

### זהויות מגדר וביטוי מגדרי כרצף שאינו לינארי

מגדרים א-בינאריים מוכרים זה זמן רב בהיסטוריה ולרוחב תרבויות שונות (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). קטגוריות מגדר רבות משתייכות לתרבויות ספציפיות ולא ניתן לתרגם אותן בקלות לאור הקשר המקורי שלהן, לא מבחינה לשונית ולא מבחינת הפרדיגמה המערבית של מגדר. מגעים היסטוריים בין תרבויות קולוניאליות התיישבותיות לבין אנשים ילידיים בעלי מגדרים לא מערביים הינם רלוונטיים גם כעת, מפני שמחיקה תרבותית וההצטלבות בין גזענות לבין סיסטורמטיביות עלולים להשפיע על גורמים חברתיים הקשורים לבריאותם של אנשים ילידיים מגוונים מגדרית. מאז שנות ה-1950, מגדר התייחס לסיווג המובנה חברתית של התנהגויות, פעילויות, הופעה וכו' ביחס למודל בינארי של זכר/גבר/גברי לעומת נקבה/אישה/נשית בהקשרים מערביים עכשוויים. עם זאת, כעת מגדר הוא בעל טווח נרחב של משמעויות אפשריות, תוך הכרה ברעיונות קשורים אך נפרדים, כולל ביולוגיה ממוגדרת (מין), תפקידי מגדר, ביטוי מגדרי וזהות מגדר (Vincent, 2020). אנשים מכל זהויות המגדר, בין אם הם א-בינאריות. ים ובין אם לא, עשויים להפגין ביטוי מגדרי שבאופן מסורתי יובן כ"גברי", "נשי" או "אנדרוגני". לדוגמה, לא ניתן להניח כי אדם א-בינארי. ים עם הופעה מגדרית נשית בהכרח יזדהה בסופו של דבר כאישה או יבקש גישה להתערבויות המקושרות לנשים טרנסג'נדריות, כמו ניתוח וגינופלסטי. אין לראות סיבה לדאגה בשונות מגדרית של אדם ביחס לציפיות התרבותיות, ואין להניח כי הדבר מעיד על מורכבות קלינית – לדוגמה, א-בינאריות. ים שהוגדרה כזכר בלידה, לובשת בגדים שנתפשים כנשיים, משתמשת בלשון פניה "את", אך שומרת על שם פרטי שנתפס כגברי.

תפישה של המגדר כרצף מציעה מחשבה ניואנסית יותר מאשר המודל הבינארי. עם זאת, מודל הרצף הלינארי גם הוא מוגבל, מפני שהוא עלול להביא להכללות מגדריות ללא מחשבה ביקורתית. לדוגמה, המחשבה האינטואיטיבית נוטה להציב את "האפשרויות הבינאריות" (גבר/זכר, אישה/נקבה) בשני הקצוות של הרצף. דבר זה מציב גבריות כמנוגדת לנשיות וכן משמיט התייחסות לניטרליות מגדרית, לביטוי של נשיות וגבריות בו זמנית, ולג'נדרקווייריות או לתפיסות מגדריות מחוץ לתרבות המערב. חשוב כי אנשי מקצוע בתחום הבריאות לא יחשבו על מגדרים א-בינאריים כמצגים "חלקיים" של גבריות טרנסג'נדרית (אצל אנשים א-בינאריות. ים שהוגדרו כנקבות בלידה) או כנשיות טרנסג'נדרית (אצל אנשים א-בינאריים. ות שהוגדרו כזכרים בלידה), ואף לא באופן מובהק כ"איפשהו על הרצף שבין גבריות לנשיות"; חלק מהאנשים הא-בינאריים. ים חווים את עצמם מחוץ לדיכוטומיה של זכר/נקבה. הכרה ברצף לא לינארי מבטאת את ההבנה כי אין להשוות שונויות בביטוי המגדרי, בזהות המגדר או בצרכים הקשורים לאישוש מגדר בין המטופלים. ות על מנת למקם אותם על פני רצף לינארי. בנוסף, פירוש

הביטוי המגדרי הינו סובייקטיבי ומוגדר על ידי התרבות, ודברים שאדם אחד יחוה או יתפוס כנשיים מאוד, אדם אחר עשוי לתפוס בצורה שונה (Vincent, 2020). מוטב לאנשי מקצוע בתחום הבריאות להימנע מהנחות לגבי חוויית המגדר של כל מטופלת ולהיות מוכנים לקבל הכוונה מכל מטופלת לגבי תפיסת המגדר האישית שלו בכל הקשור לזהות המגדר, לביטוי המגדרי ולכל צורך בטיפול רפואי.

נראה כי תהליך התפתחות המגדר של כל האנשים הטרנסג'נדריותים והמגוונים מגדרית הוא בעל מאפיינים דומים, ללא קשר ליחסם לבינאריה המגדרית (למשל, מודעות, חקירה, יצירת משמעות, אינטגרציה), אך התזמון, ההתקדמות והחוויית האישיות הקשורות לכל אחד מתהליכים אלה משתנה בין קבוצות של אנשים טרנסג'נדריותים וא-בינאריים (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2020). ניתן להיעזר בנקודות מבט סוציו-תרבותיות והצטלבותיות על מנת להבין את ההקשר של ההתפתחות המגדרית ושינוי המגדר החברתי, כולל הדרך שבה ההקשר החברתי והתרבותי מעצב את החוויית האישית, ומה היחסים ביניהן לבין תחומים נוספים של זהות ושל חוויה אישית.

### הצורך בגישה לטיפול מאשש מגדר

חלק מהאנשים הא-בינאריים.ות מבקשות לקבל טיפול להתאמה מגדרית על מנת להקל על דיספוריה מגדרית או על תחושת חוסר התאמה מגדרי, וכדי להעלות את שביעות הרצון מהגוף שלהן באמצעות התערבויות שיש בהן צורך רפואי (ר' ההמלצה על נחיצות רפואית בפרק 2 – ישימות עולמית, המלצה 2.1). חלק מהאנשים הא-בינאריים.ות עשויות להרגיש כי נחוץ להן טיפול מסוים – ר' גם פרק 5 – הערכות לבוגרים.ות (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), בעוד שאחרות לא מרגישות צורך כזה (Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020). עדיין לא ברור מה גודל החלק היחסי של א-בינאריים.ות שמבקשות לקבל טיפול להתאמה מגדרית ומהן המטרות הספציפיות של טיפול כזה. תפקידם של אנשי מקצוע בתחום הבריאות לספק מידע על אפשרויות רפואיות קיימות (וזמינותן) שעשויות להקל על דיספוריה מגדרית או על חוסר התאמה מגדרי ולהעלות את שביעות הרצון מהגוף, וזאת מבלי להניח הנחות על אפשרויות הטיפול שיתאימו לכל מטופלת.

הסיבות לגשת (או לא לגשת) להתערבויות רפואיות להתאמה מגדרית, כולל טיפול הורמונלי, ניתוחים או שניהם, הינן שונות ולעיתים מורכבות (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020), ויש לחקור אותן באופן משתף לפני קבלת החלטות על התערבויות פיזיות. לא ניתן לחזות מראש את הצורך של מטופלות.ים לגשת להליכים רפואיים להתאמה מגדרית בהסתמך על התפקיד המגדרי, הביטוי המגדרי או זהות המגדר שלהן. לדוגמה, נשים טרנסג'נדריות מסוימות לא מרגישות צורך בניתוח וגינופלסטי, ולעומת זאת אנשים א-בינאריים.ות שהוגדרו בלידה כזכרים עשויות להזדקק להתערבות זו והיא עשויה להיטיב להן. יתר על כן, כאשר אנשים א-בינאריים.ות המבקשות טיפול להתאמה מגדרית המקושר למסלול שינוי מגדרי מהמין/המגדר שקיבלו בלידה אל הקטגוריה הבינארית השניה (למשל, טיפול באסטרוגן וניתוח וגינופלסטי אצל מי שהוגדרה כזכר בלידה), דבר זה אינו מוריד מתקפותה של הזהות הא-בינארית.

בעוד שטרנסג'נדרים.ות רבות נתקלות במחסומים בדרך לטיפול, נראה כי אנשים א-בינאריים.ות חוות שיעורים גבוהים במיוחד של קושי לגשת הן לטיפול נפשי והן לטיפול רפואי להתאמה מגדרית (Clark et al., 2016; James, 2016). אנשים א-בינאריים.ות רבות מדווחות על חוויית מול אנשי מקצוע בתחום הבריאות שלא איששו את המגדר הא-בינארי, כולל חוויית שבהן אנשי מקצוע בתחום הבריאות הביעו אמונה שהמגדר שלהן אינו תקף, או שקשה יותר באופן מהותי להעניק להן טיפול (Valentine, 2016).

(Vincent, 2020). אנשים א-בינאריים עלולות להיתקל בנותני שירותים שמניחים שאין להן צורך או רצון אמיתי בטיפול להתאמה מגדרית (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) ותיארו חוויות של לחץ להציג עצמן כגברים טרנסג'נדרים או כנשים טרנסג'נדריות (במסגרת של מגדר בינארי) על מנת לגשת לטיפול (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019). לעיתים, אנשים א-בינאריים מוצאות עצמן מלמדות את נותני השירותים שאליהם הן ניגשו לקבלת עזרה, וזאת חרף העובדה כי נותני שירותים לא אמורים להסתמך בעיקר על המטופלות. למטרות לימוד (Kcomt et al., 2020). בהשוואה לגברים טרנסג'נדרים ולנשים טרנסג'נדריות, ברגוול ומוטמנס (2021) מצאו כי אנשים א-בינאריים הרגישו יותר חרדה מפני דעות קדומות של נותני שירותי בריאות, הרגישו פחות בטוחות בשירותים שקיבלו וחוו קושי רב יותר במציאת מקום לפנות אליו לקבלת טיפול. מחקרים שבוצעו הן באירופה והן בארה"ב הראו כי אנשים א-בינאריים נטות לדחות את הטיפול לעיתים קרובות יותר מאשר גברים טרנסג'נדרים או נשים טרנסג'נדריות בינאריים, כאשר הסיבה השכיחה ביותר הייתה חשש מפני טיפול בלתי רגיש או בלתי יעיל (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). בנוסף, נראה כי אנשים א-בינאריים פחות נטות לספר על זהות המגדר שלהן לנותני שירותי בריאות מאשר אנשים טרנסג'נדרים. (Kcomt et al., 2020).

### הצורך ברמת תמיכה נאותה

הענקת טיפול להתאמה מגדרית לאנשים א-בינאריים אינה מוגבלת רק להתערבויות מסוימות להתאמה מגדרית, כמו למשל טיפול הורמונלי או ניתוחים, אלא כוללת גם תמיכה בבריאות ובהתפתחות הכללית של אנשים א-בינאריים. מודלים של לחץ מיעוטים עברו התאמה על מנת להבין את הקשר בין גורמי מצוקה הקשורים למגדר שחווים אנשים טרנסג'נדרים. (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). נראה כי אנשים א-בינאריים חווים גורמי לחץ מיעוטים שהם הן דומים והן ייחודיים ביחס לחוויות של גברים טרנסג'נדרים ושל נשים טרנסג'נדריות. מחקר מאת ג'ונסון (2020) דיווח כי אנשים א-בינאריים נחשפו לחוויות של ערעור הזהות בשיעור גבוה במיוחד, למשל אמירות או פעולות שביטאו אמונה כי זהויות א-בינאריים אינן "אמיתיות" או שהן תוצאה של "אופנה חולפת" או "שלב", וכי נראה כי פחות סביר שלשון הפנייה הנכונה של אנשים א-בינאריים תכובד על ידי אחרים, מאשר אצל גברים טרנסג'נדרים ונשים טרנסג'נדריות. בדומה לכך, אנשים א-בינאריים תיארו תחושה של "שקיפות" בפני אחרים (Conlin, 2019; Taylor, 2018). אחד המחקרים מצא כי נוער א-בינארי דיווח על רמות הערכה עצמית נמוכות יותר בהשוואה לגברים טרנסג'נדרים ולנשים טרנסג'נדריות צעירות. (Thorne, Witcomb et al., 2019).

למרות שאנשים טרנסג'נדרים ומגוונים מגדרית רבים מדווחים על חוויות של אפליה, קורבנות ודחייה בין אישית (James, 2016) כולל בריונות בקרב דגימות של נוער (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019). שכיחות החוויות האלה עשויות להשתנות בין קבוצות ונראה כי היא מושפעת מהצטלבויות של מאפיינים אחרים. למשל, מחקר מאת ניוקום (2020) מצא כי נשים טרנסג'נדריות ונוער א-בינארי שהוגדר כזכר בלידה חוו שיעורים גבוהים יותר של קורבנות מאשר גברים טרנסג'נדרים ונוער א-בינארי שהוגדר כנקבה בלידה, כאשר נוער א-בינארי שהוגדר כזכר בלידה דיווח על השיעורים הגבוהים ביותר של דחק טראומטי. מחקר אחר, מאת פוקיז (2021) מצא כי גברים טרנסג'נדרים ונשים טרנסג'נדריות חוו אפליה בשיעורים גבוהים יותר מאשר אנשים א-בינאריים. בנוסף, סביר כי המורכבות ההצטלבוטית תורמת לשונות בממצאי מחקרים המשווים בין הבריאות הפיזית והנפשית של אנשים א-בינאריים לבין גברים טרנסג'נדרים ונשים טרנסג'נדריות, לאור העובדה כי חלק מהמחקרים

מדווחים על יותר חששות הקשורים לבריאות פיזית ונפשית בקרב אנשים א-בינאריים, חלק מדווחים על פחות חששות וחלק מדווחים כי לא קיים הבדל בין הקבוצות (Scandurra, 2019).

לאור העובדה כי נרטיבים של זהות א-בינארית עשויים להיות פחות נפוצים מאשר נרטיבים של זהות בינארית, יתכן שקיימים פחות משאבים זמינים לאנשים א-בינאריים. על מנת לחקור ולנסח את החוויה העצמית המגדרית שלהם. לדוגמה, דבר זה עשוי לכלול גישה למרחבים קהילתיים ולקשרים בין אישיים שבהם ניתן לחקור זהות א-בינארית או להיחשף לשפה ולרעיונות שמאפשרים מחשבה ניואנסית יותר על חוויות א-בינאריות (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). הנחיות קליניות נמצאות כרגע בפיתוח על מנת לסייע לנותני שירותים להתאים טיפולים להתאמה מגדרית כך שיספקו מענה לחוויות הייחודיות של אנשים א-בינאריים. (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

### **התערבויות רפואיות להתאמה מגדרית עבור אנשים א-בינאריים**

בהקשרים שבהם לא קיים תקדים מבוסס להתערבות רפואית מסוימת, חשוב לספק למטופל. סקירה כללית של המידע הזמין לפני שקילת ההתערבות, כולל הכרה במגבלות האפשריות של הידע בתחום. חשוב באותה מידה לנהל ולתעד דיון מקיף לגבי השינויים הפיזיים הדרושים ולגבי המגבלות האפשריות בהשגת שינויים אלה, כולל העובדה כי יתכן שהתערבות נתונה כלשהי תעזור או לא תעזור ליכולת של המטופל. לבטא את המגדר שלה.

בנושא טיפול באסטרוגן לאנשים א-בינאריים. יש שהוגדרו בלידה כזכרים, חשוב לציין כי לא ניתן להימנע מהאפשרות של צמיחת שדיים (Seal, 2017). למרות שמידת הצמיחה משתנה מאוד מאדם לאדם, יש להבהיר זאת במקרים שבהם אדם א-בינארי. מעוניינת בשינויים האחרים המקושרים עם טיפול באסטרוגן (כמו למשל ריכוך העור והפחתה בצמיחת שיער הפנים), אך אינה מעוניינת בצמיחת שדיים או שיש לה רגשות מנוגדים בנושא. בדומה לכך, עבור אנשים א-בינאריים. שהוגדרו בלידה כנקבות, שברצונן לקבל טיפול בטסטוסטרון כדי להביא לשינויים מסוימים אך לא אחרים, יש להכיר בעובדה כי אם יש צורך בצמיחת שיער פנים, לא ניתן להימנע מגדילה של איברי המין (Seal, 2017). במסגרת הזמן לנטילת טסטוסטרון, סביר גם ששינויים אלה ילוו בירידה בלתי הפיכה של גובה הקול, אם כי מידת הירידה הינה ייחודית לכל אדם (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). עוד אתגר דומה הינו ירידה בגובה הקול ללא התפתחות של שיער גוף. עבור חלק מהאנשים הא-בינאריים, הסרת שיער היא חלק חשוב מאוד של ההתאמה המגדרית (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

אם הופסק הטיפול ההורמונלי ובלוטות המין אינן מוסרות, שינויים פיזיים רבים יחזרו למצב שבו היו טרם הטיפול ההורמונלי, מפני שההורמונים המיוצרים על ידי בלוטות המין יחזרו להשפיע על הגוף. דבר זה כולל חזרה של הווסת וחזרה להתפתחות שיער הגוף הקודמת אצל אנשים א-בינאריים. שהוגדרו בנקבות בלידה, והפסקת ההפחתה בשריריות הגוף וההפרעות בזקפה אצל אנשים א-בינאריים. שהוגדרו כזכרים בלידה. שינויים אחרים הם קבועים, כמו למשל התקרחות "גברית", גדילת איברי המין וצמיחת שיער הפנים אצל אנשים א-בינאריים. שהוגדרו כנקבות בלידה, או התפתחות השדיים אצל אנשים א-בינאריים. שהוגדרו כזכרים בלידה (Hembree et al., 2017). על מנת להפוך את שינויים אלה, יהיה צורך בהתערבויות נוספות, כמו למשל הסרת שיער במחט חשמלית או הסרת שדיים. שינויים אלה לעיתים מתוארים כ"הפיכים באופן חלקי" (Coleman et al., 2012). היות ולא קיים תיעוד להשלכות של שימוש בטיפול ההורמונלי במינון נמוך בקרב אוכלוסיות מטופלים. ות זו, חשוב לשקול לבצע מעקב אחר הסיכון ללב ולכלי הדם, ולבריאות העצם, במקרה של טיפול ההורמונלי במינון נמוך. למידע

מפורט יותר, ר' פרק 12 – טיפול הורמונלי. אם אין צורך בהשפעות של טסטוסטרון או של אסטרוגן, ניתן לעצור את ייצור האסטרוגן ו/או הטסטוסטרון. יש לדון בהשלכות של טיפול זה ביחס לסיכון מוגבר למחלות לב וכלי דם, ירידה במינרליזציה של העצם וסיכון לדיכאון, וכן יש לנקוט באמצעים למזעור הסיכון – סריסים, ופרק 12 – טיפול הורמונלי. חקירה של שינוי מגדרי רפואי ו/או חברתי, ללא קשר אחד לשני, ואפשרויות לחקירה של הורמונים, ניתוחים או שניהם, ללא קשר אחד לשני, צריכות להיות זמינות לכולן. בין אם מדובר בגבר טרנסג'נדר, באישה טרנסג'נדרית או באדם א-בינארי.ת.

כל ההמלצות שבפרק זה נעשו על בסיס סקירה מעמיקה של הראיות, הערכת היתרונות והנזקים, הערכים וההעדפות של נותני שירות ושל מטופלות.ים, ושל שימוש במשאבים והאפשרות לשימוש בהם. במקרים מסוימים, אנו מכירים ומכירות בעובדה שקיימות ראיות מוגבלות בלבד ו/או שהשירותים אינם נגישים או אינם רצויים.

#### המלצותינו

- 8.1 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לספק לאנשים א-בינארי.ת.ים הערכות וטיפולים אישיים המאפשרים את חוויית המגדר שלהם.
- 8.2 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשקול התערבויות רפואיות להתאמה מגדרית (טיפול הורמונלי או ניתוחים) עבור אנשים א-בינארי.ת.ים גם בהיעדר "שינוי מגדר חברתי".
- 8.3 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשקול התערבויות כירורגיות להתאמה מגדרית גם בהיעדר טיפול הורמונלי, אלא אם הטיפול ההורמונלי נחוץ על מנת להגיע לתוצאה הכירורגית הרצויה.
- 8.4 – אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לספק מידע לאנשים א-בינארי.ת.ים לגבי ההשפעות של טיפול הורמונלי/ניתוחים על הפוריות בעתיד ולדון באפשרות של שימור פוריות טרם תחילת טיפול הורמונלי או ביצוע ניתוחים.

#### 8.1 המלצה

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לספק לאנשים א-בינארי.ת.ים הערכות וטיפולים אישיים המאפשרים את חוויית המגדר שלהם.**

הערכה אישית מול אדם א-בינארי.ת מתחילה בהבנה של חוויית המגדר שלו וכיצד חוויה זו משפיעה על המטרות שלו עבור הטיפול המבוקש. פעמים רבות, הצורה שבה אנשים חושבים על החוויות המגדריות שלהם משתנה בין קבוצות ובין תרבויות, והיא עשויה לכלול חוויות שמקושרות עם היבטים הצטלבותיים אחרים של זהות (למשל, גיל, מיניות, גזע, מוצא, מעמד סוציו-אקונומי, נכות) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

על אנשי מקצוע בתחום הבריאות להימנע מלהניח מראש הנחות לגבי זהות המגדר של מטופלים.ות, הביטוי המגדרי שלהם או הצורך שלהם בטיפול. עליהם לזכור כי חוויית המגדר הא-בינארית של המטופל.ת עשויה להיות רלוונטית או בלתי רלוונטית להערכה ולמטרות הקשורות לטיפול. המידה שבה המגדר של המטופל.ת רלוונטי למטרות הטיפול מהווה מרכיב המנחה את רמת הפירוט של חקירת המגדר שלו. לדוגמה, במקרים שבהם המטופל.ת ניגש לטיפול בשל חשש כלשהו שאינו קשור למגדר, מספיק רק להבין מהו השם הנכון ולשון הפנייה הנכונה (Knutson et al., 2019). בעת התייחסות לחשש הקשור לטיפול הורמונלי או כירורגי עכשווי או בעבר, יתכן שיהיה צורך בפרטים נוספים, אפילו אם החשש אינו קשור למגדר באופן ספציפי.

על מנת להפגין כשירות תרבותית, על סביבות קליניות להיות מקבלות, לשקף מגוון מגדרי ולאשש את חוויות המגדר של אנשים א-בינאריים. כאשר מוודאים שהמידע על המרפאה ועל נותני השירות (למשל, אתר האינטרנט) מכליל זהויות וחוויות א-בינאריות, כמו גם הטפסים וחומרי המידע האחרים, דבר זה מעביר מסר של קבלה של אנשים א-בינאריים. והכרה בהם (Hagen & Galupo, 2014). שימוש בשדות טקסט למילוי חופשי של זהות מגדר ולשון פנייה מעביר מסר מכליל יותר מאשר שימוש ברשימת אפשרויות לבחירה. דוגמאות נוספות של כשירות תרבותית בנושא טרנסג'נדריות וגיוון מגדרי כוללות שמירה על הפרטיות בשולחן הקבלה, יצירת חלופות לרישום של שמות רשמיים במאגרי נתונים דיגיטליים (בהקשרים תרבותיים שבהם דבר זה נחוץ), התקנת שירותים לכל המגדרים ויצירת חלופות לקריאת שמות רשמיים בחדר ההמתנה (Burgwal et al., 2021). בסביבות טיפוליות, חשוב לשאול העדפות לגבי שמות, לשון פנייה ומונחים מגדריים אחרים, ולהשתמש בהם הן בתחילת הטיפול והן על בסיס קבוע, מפני שהם משתנים לאורך זמן ובנסיבות שונות.

מומלץ לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לאמץ גישה המתמקדת בחוזקות ובחוסן. לאחרונה הולכות ועולות ביקורות לגבי ההתמקדות המוגזמת של אנשי מקצוע בתחום הבריאות במצוקה מגדרית, מפני שחשוב גם לקחת בחשבון חוויות של שיפור בנוחות, בשמחה ובהגשמה העצמית שעשויות לבוא בעקבות אישור עצמי וגישה לטיפול (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). בנוסף לשימוש באבחנות במקרים שבהם דבר זה נדרש כדי לקבל גישה לטיפול, מומלץ לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לחקור את הטווח הרחב יותר של חוויות מגדריות ביחד עם המטופל. ואת השאלה כיצד הן משתלבות עם האפשרויות לטיפול (Motmans et al., 2019). עבור כל האנשים הטרנסג'נדריות. והמגוונים מגדרית, חשוב לקחת בחשבון גורמי חוסן, כמו למשל מערכות יחסים תומכות, השתתפות בקהילות הכוללות אנשים דומים, וגאווה בזהות, מפני שגורמים אלה מקושרים לטווח תוצאות חיובי בתחום הבריאות (Bowling et al., 2018; Budge, 2015; Johns et al., 2019).

חשוב לשמור על מודעות למגבלות הקיימות בכלים שנותני שירות השתמשו בהם בעבר על מנת להעריך את חוויית הדיספוריה של טרנסג'נדרים. מפני שמגבלות אלה עשויות להיות בולטות במיוחד עבור אנשים א-בינאריים רבים. בין היתר, רוב המדדים המגדריים מניחים שהמטופלות. ים חווים את המגדר שלהם באופן בינארי (למשל, סולם זיכרון הזהות המגדרית, סולם אוטרכט לדיספוריה מגדרית). למרות שפותחו מספר מדדים חדשים בניסיון לתאר את חוויותיהם של אנשים א-בינאריים בצורה טובה יותר (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), סביר כי דיון פתוח יספק הבנה מעמיקה ומדויקת יותר של חוויית הדיספוריה הייחודית של כל מטופל. ושל צרכי הטיפול שלו בקשר לנושא זה. בדומה לכך, למרות שגרסאות חדשות יותר של הקטגוריות האבחוניות (כלומר, "דיספוריה מגדרית" ב-DSM-5 ו"חוסר התאמה מגדרי" ב-ICD-11) נועדו להכליל אנשים עם חוויות מגדר א-בינאריות, יתכן שקטגוריות אלה לא מתארות בצורה מספקת את המגוון המלא ואת טווח החוויות של מצוקה מגדרית הייחודית לאנשים א-בינאריים. בנוסף למצוקה המקושרת להיבטים של הגוף הפיזי וההבעה המגדרית (כולל תכונות קיימות או חסרות), עלולה לעלות מצוקה כתוצאה מחוויית המגדר העצמית, תפיסת המגדר על ידי אחרים במצבים חברתיים וחוויות של לחץ מיעוטים ביחס למגדר (Winters & Ehrbar, 2010). החוויות של אנשים א-בינאריים. ים בכל אחד מתחומים אלה עשויות להיות דומות לחוויות של גברים או נשים טרנסג'נדרים. ו. או שונות מהן.

התמקדות באדם, במסגרת טיפול מאשש, כוללת דיון ספציפי לגבי הצורה שבה התערבויות שונות עשויות לשנות או לא לשנות את נוחות המטופלים. ות ביחס לחוויות המגדר שלהם, ולגבי הצורה שבה אחרים תופסים את המגדר של המטופל. ת. אנשים א-בינאריים. ים עלולים להיתקל בקשיים ליישב בין הזהויות האישיות שלהם לבין המגבלות של הטיפול הרפואיים הזמינים, וכן עלולים להיתקל בבלבול ובאי סובלנות מהחברה לגבי ההופעה המגדרית שלהם (Taylor et al., 2019). מחקרים חדשים מציעים

כי צרכי הטיפול הרפואי של אנשים א-בינאריים הם מגוונים במיוחד, כאשר חלקם מדווחים על צרכי טיפול שבדרך כלל מקושרים עם מסלולי שינוי מגדרי שבעבר שויכו לגברים ולנשים טרנסג'נדריות. עם זאת, בעוד שחלק מדווחים על גישות אלטרנטיביות (למשל, טיפול הורמונלי במינון נמוך, ניתוחים ללא טיפול הורמונלי), חלק מדווחים על חוסר רצון בטיפולים רפואיים וחלק מדווחים על תחושת אי ודאות לגבי צרכיהם (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). חשוב מאוד לחשוב על ההערכה כתהליך מתמשך, לאור העובדה כי החוויות המגדריות והצרכים הקשורים אליהן עשויים להשתנות לאורך החיים. לאור ההתפתחות המתמשכת של אפשרויות הטיפול והידע על השפעות הטיפול, בייחוד אצל אנשים א-בינאריים, נותני שירות מיטיבים עם המטופלות. עם זאת, הם מתעדכנים בידע חדש באופן קבוע ומעדכנים את המטופלים. ות בידע זה.

## 8.2 המלצה

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשקול התערבויות רפואיות להתאמה מגדרית (טיפול הורמונלי או ניתוחים) עבור אנשים א-בינאריים גם בהיעדר "שינוי מגדר חברתי".**

הדרישות שהתקיימו בעבר על מנת לגשת לטיפול הורמונלי ולניתוחים, כמו למשל "חיים בתפקיד המגדר המתאים לזהות המגדר האישית", כבר אינם משקפים את נסיון החיים של אנשים טרנסג'נדריות. ומגוונות מגדרית רבות (Coleman et al., 2012). לאור העובדה כי תפישת הבינאריה המגדרית שולטת ברוב תרבויות המערב העכשוויות, בדרך כלל, וברוב ההקשרים, אנשים נוטים למגדר אחרים כגבר או כאישה (Butler, 1993). לכן רמת הנראות וההבנה של חוויות גופניות ושל ביטוי א-בינארי הינה מוגבלת. זאת עקב העובדה שסימני מגדר תמיד מובנים בהתייחס לבינאריה המגדרית (Butler, 1993). נכון לעכשיו, אנשים א-בינאריים עלולים לחוות קושי לקבל הכרה במגדר שלהן באמצעות סימנים חזותיים המקושרים עם ההבעה המגדרית שלהן (למשל, בגדים, שיער). עם זאת, ניתן להביע אנדרוגיניות או שונות מגדרית באמצעות ערבוב או שילוב של סימנים תרבותיים שבאופן מסורתי יש להן משמעויות גבריות או נשיות. מפני שלא קיימת "קטגוריה א-בינארית" מוכרת ברוב ההקשרים התרבותיים העכשוויים בתרבות המערב ובצפון הגלובלי, נראות א-בינארית בדרך כלל דורשת גילוי מפורש של זהות המגדר לאחרים או שימוש בסימנים שניתן לפרש כשונים מגדרים (אך לא בהכרח כא-בינאריים).

לאור סיבות אלה, ההבניה של גישה לטיפול רפואי בהקשר של מי שעברה "שינוי מגדר חברתי", שבמסגרתו היא מנהלת "חיים בתפקיד המגדר המתאים לזהות המגדר האישית", אינה עולה בקנה אחד עם הצורה שבה אנשים טרנסג'נדריות. עם זאת, ומגוונים מגדרית רבות מבינות את עצמן ואת תהליך השינוי המגדרי האישי שלהן. עבור חלק מהאנשים, "חיים בתפקיד המגדר המתאים לזהות המגדר האישית" אינם כוללים שינוי של השם, של לשון הפניה או של ההבעה המגדרית, גם במקרים שבהם דרושה התערבות רפואית. גם אם אנשים מסוימות מסוגלות לחיות בדרכים שמתיישבות עם זהות המגדר שלהן, יכול להיות קשה למתבונן חיצוני לזהות זאת מבלי לשאול אותן ישירות כיצד הן מבינות את חוויותיהן בתחום זה. ציפיה ל"שינוי מגדר חברתי" עלולה להוות מחסום בעת שקילת השאלה האם אדם כלשהי מתאימה לטיפול להתאמה מגדרית, כמו למשל הורמונים וניתוחים. בנוסף, ציפיות נוקשות לגבי הנראות של "שינוי תפקיד מגדר חברתי" עלולות להוות מחסום בפני טיפול עבור אנשים א-בינאריים. אין כל דרישה הגיונית לפיה ניתן להתחיל בהתערבויות רפואיות להתאמה מגדרית רק לאחר שהאדם משנה את שמה הרשום, את סעיף המגדר במסמכי הזהות, או לובשת פריטי לבוש מסוימים ונמנעת מלבישת פריטי לבוש אחרים. אנשים א-בינאריים עלולים להתקשות בקבלת הכרה במגדר שלהן במסמכים רשמיים, דבר שעלול להשפיע לרעה על בריאות הנפש ועל רווחתן (Goetz & Arcomano, 2021). ניתן לסייע לאנשים טרנסג'נדריות. עם זאת, ומגוונים מגדרית באמצעות תמיכה ספציפית בקבלת הכרה רשמית

(ובשמירה על הכרה זו) בסימון המגדר המועדף. הדרישה שעל פיה, כדי לגשת לטיפול רפואי, על המטופלת לחשוף את זהותה בכל מעגלי חייה (משפחה, עבודה, לימודים וכו'), לא תמיד עולה בקנה אחד עם מטרתיה של המטופלת, ועלולה אף לסכן אותה במקרה שהסביבה הרלוונטית אינה בטוחה.

### המלצה 8.3

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לשקול התערבויות כירורגיות להתאמה מגדרית גם בהיעדר טיפול הורמונלי אלא אם הטיפול ההורמונלי נחוץ על מנת להגיע לתוצאה הכירורגית הרצויה.**

המסלול שבמסגרתו יש ליטול "הורמונים לפני ניתוחים" הינו אפשרות במסגרת היקף רחב של התערבויות כירורגיות. חלק מהאנשים הא-בינארים וות מבקשים לקבל טיפולים כירורגיים להתאמה מגדרית על מנת להקל על תחושת חוסר התאמה מגדרי ולהעלות את שביעות הרצון מהגוף (Beek et al., 2018; Koehler et al., 2019; Jones et al., 2019; Burgwal & Motmans, 2021; al., 2015), אך אינם מעוניינים בטיפול הורמונלי או שאין ביכולתם לקבל טיפול הורמונלי עקב סיבות רפואיות אחרות (Nieder, Eyssel et al., 2020). בהתאם לכך, לא ידוע איזה חלק מתוך האוכלוסיה הא-בינארית מעוניין באפשרויות אלה.

יתכן כי ניתוח הסרת שדיים מקושר באופן ספציפי עם אנשים א-בינאריים (בניגוד לגברים טרנסג'נדרים המעוניינים בו או לנשים סיסג'נדריות המבצעות אותו) שהוגדרו כנקבות בלידה אך שלא נטלו טסטוסטרון – הגם שטסטוסטרון אינו מהווה דרישה לניתוח זה – ויתכן כי חלק מהאנשים הא-בינארים וות שהוגדרו כנקבות בלידה יזדקקו לניתוח להקטנת חזה (McTernan et al., 2020). ניתוח מטודיופלסטי הוא דוגמה לניתוח הדורש טיפול הורמונלי לכל הפחות לתקופה מסוימת, משום שהוא מגדיל את הדגדגן שכבר גדל בעקבות הטיפול בטסטוסטרון. לפרטים נוספים על השאלה האם טיפול הורמונלי הכרחי לניתוחים שונים, ר' פרק 13 – ניתוחים וטיפול לאחר הניתוח. הליכים המתייחסים למערכת הרבייה הפנימית כוללים הסרת רחם, הסרת טפולות בשני הצדדים או בצד אחד, וניתוח להסרת הנרתיק. טיפול הורמונלי אינו נחוץ לכל ההליכים האלה, אך מומלץ לקבל טיפול החלפת הורמונים (באמצעות אסטרוגן, טסטוסטרון או שניהם) במקרים של הסרה מוחלטת של בלוטות המין, על מנת למנוע השפעות שליליות על מערכת הלב וכלי הדם ועל מערכת השריר-שלד (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). עבור ניתוח פאלופלסטי, למרות שלא קיימת דרישה כירורגית של ממש לתקופה מינימלית של טיפול בטסטוסטרון, גברור (או היעדר גברור) של הדגדגן ושל השפתיים הפנימיות עשוי להשפיע על הטכניקה הכירורגית ועל האפשרויות בניתוח. למידע נוסף, ר' פרק 13 – ניתוחים וטיפול לאחר הניתוח.

יש לעדכן מטופלות ים א-בינאריים שהוגדרו בלידה כזכרים כי תחילת טיפול באסטרוגן לאחר הניתוח, ללא עבר של טיפול באסטרוגן קודם לכן, עשוי להשפיע (אולי לשלילה) על תוצאות הניתוח (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). לא חובה לתת טיפול באסטרוגן לאנשים א-בינאריים שהוגדרו כזכרים בלידה המבקשות ים ניתוח להסרת שני האשכים על מנת לקבל תוצאה טובה יותר (Hembree et al., 2017). בהקשרים אלה, עדיף ליידע את המטופלים וות על הסיכונים והיתרונות של טיפול להחלפת הורמונים (אסטרוגנים, טסטוסטרון או שניהם) בכל הנוגע למניעת השפעות שליליות על מערכת הלב וכלי הדם ועל מערכת השריר-שלד, וכן בנוגע לאפשרויות טיפול חלופיות, כמו למשל תוספי תזונה של סידן וויטמין D למניעת אוסטאופורוזיס (Hembree et al., 2016; Seal, 2017; Weaver et al., 2017). למידע נוסף על אנשים שבחרים לא לקבל טיפול להחלפת הורמונים, ר' גם פרק 9 – סריסים. במקרה של ניתוחים וגינופלסטיים, יש ליידע את

המטופלים. ות כי הימנעות מטיפול חוסם טסטוסטרון עשוי לגרום לצמיחת שיער בנרתיק לאחר הניתוח, במקרים שבהם נעשה שימוש בשתלי עור ובקפלי עור המצמיחים שיער (Giltay & Gooren, 2000).

אנשים א-בינאריים. ים שהוגדרו כזכרים בלידה עשויים. ות גם לבקש ניתוח וגינופלסטי תוך שימור הפין, ניתוח וגינופלסטי תוך שימור האשכים והליכים המביאים למצב שבו לא קיימים מאפייני מין ראשוניים חיצוניים (כלומר, הסרת הפין, הסרת שק האשכים, הסרת האשכים וכו'). מומלץ שהמנתח והמטופל. ת. המבקש את הטיפול ינהלו דיון על מנת להבין את המטרות והציפיות של המטופל. ת, וכן את היתרונות והמגבלות של ההליך המתוכנן (או המבוקש), וזאת על מנת לקבל החלטות על בסיס אישי וכדי לשתף פעולה עם נותני שירותי בריאות אחרים המעורבים בתהליך (ככל שישנם).

#### המלצה 8.4

**אנו ממליצים וממליצות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות לספק מידע לאנשים א-בינאריים לגבי ההשפעות של טיפול הורמונלי/ניתוחים על הפוריות בעתיד ולדון באפשרות של שימור פוריות טרם תחילת טיפול הורמונלי או ביצוע ניתוחים.**

יש להעניק מידע והכוונה לכל האנשים הא-בינאריים. ים המבקשות טיפול הורמונלי להתאמה מגדרית בנוגע לאפשרויות פוריות (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). חשוב לדון בהשפעה האפשרית של טיפול הורמונלי על הפוריות טרם תחילת הטיפול. על הדיון לכלול אפשרויות לשימור פוריות, המידה שבה יכולת הפוריות עשויה לחזור או שלא לחזור לאחר הפסקת טיפול הורמונלי, והעובדה שטיפול הורמונלי אינו מהווה טיפול למניעת הריון בפני עצמו. למידע נוסף, ר' פרק 16 – טיפול הורמונלי.

מחקרים שפורסמו לאחרונה מציעים כי פחות סביר שאנשים א-בינאריים ייגשו לטיפול ויביעו את צרכיהם לגבי התערבויות פוטנציאליות (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). לאור זאת, מובן כי יש להציע לאנשים מכל זהות מגדרית מגוונת מידע לגבי האפשרויות והטכניקות העכשוויות לשימור פוריות, רצוי טרם תחילת הטיפול ההורמונלי, מפני שחשיפה להורמונים עשויה להשפיע על איכות הזרע או הביציות (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). עם זאת, דבר זה לא צריך למנוע תשאול וחיפוש של מידע נוסף בזמן אחר, וזאת לאור הראיות שאנשים הנוטלות. ים אסטרונגן וטסטוסטרון עדיין מסוגלות לפוריות (Light et al., 2014). כאשר אדם א-בינארי. ת או מגוונת מגדרית אינה מעוניינת או שאין לה צורך בשימור פוריות או ביעוץ בנושא, אין להשתמש בעובדה זו כבסיס לדחיית הגישה לטיפול הורמונלי.