

# "נזק בלתי הפיך" מאת אביגייל שירר: שפע מידע כוזב בלתי הפיך

ניתוח ביקורתי מבוסס מדע של הספר "נזק בלתי הפיך" מאת אביגייל שירר.

רוז לובל ([Rose Lovell](#)) ביום 2 ביולי, 2021

כרופאת משפחה שמספקת טיפול מאשש (affirmative care) למבוגרים ולבני נוער טרנסג'נדרים אני מציעה את נקודת המבט שלי בנושא.

בקצרה, ספרה של שירר הוא פרופגנדה מבוססת פחד והוא כולל מידע כוזב, אי-דיוקים ביולוגיים ורפואיים וכשלים לוגיים. בספר היא טוענת שהאינטרנט והסביבה החברתית "מפתים" נשים סיסג'נדריות צעירות להאמין שהן טרנסג'נדרים.

הספר אינו מחקר מדעי - הוא כתוב בסגנון עיתונאי, המחברת שלו היא עיתונאית בעלת תואר שני בפילוסופיה (Bachelor of Philosophy) ותואר במשפטים והיא לא טוענת שיש לה הכשרה מדעית או רפואית. היא מביאה מעט מאוד מקורות לתמיכה בטענות שלה, ורובם מפנים לכתבות בעיתונים, לפרסומים במדיה חברתית (רדיט או יוטיוב) או לשיחות וראיונות אישיים. את הספר פרסמה הוצאה לאור נוצרית שמרנית שעבדה בעבר עם שמרנים אמריקאיים.

אבל כרופאות וכמדענים אנחנו מחויבים לתת למדע להוביל אותנו. לצערי הספרות המדעית והרפואית בנוגע לטרנסג'נדריות נשלטה שנים רבות בידי דעות קדומות. רואים זאת בבירור בדיונים בנושא אוטוגניפיליה (autogynephilia), היפותזה שהציעה שנשים טרנסג'נדריות הן כאלה בגלל פְּטִיש. ההיפותזה הזאת נדחתה לחלוטין (כאמור בניתוח הזה [של ג'וליה סראנו שמפרטת את הסיבות הרבות לכך](#)). לכן צריך לנהוג בזהירות בפרשנות הספרות המקצועית בנושא טרנסג'נדריות, במיוחד בספרות מלפני יותר מעשור. [להרחבה על הבעיות במחקר המדעי של טרנסג'נדריות [כאן](#)]

שירר מעלה טענות רבות מאוד ולא ניתן להתייחס לכולן במאמר אחד. היא מפיצה מידע כוזב רב על הידע הקיים בנושא טיפול בדיספוריה מגדרית ועל הסיבות לדרך הטיפול הקיימת. כדי להפריך את כל טענותיה נדרשים כמה פרסומים ארוכים, לכן המאמר הזה מתמקד בנקודות העיקריות שלה ולאחר מכן במדע וברפואה בתחום בריאות א.נשים טרנסג'נדרים. ות. מאמר זה אינו הראשון לבקר את ספרה של שירר או את הרעיונות שלה; יש הרבה חומרי קריאה טובים שמעמיקים בכל היבטים. בסוף הטקסט מובאות כמה המלצות קריאה.

ביקורת זו מתמקדת בשני היבטים בטענות של שירר שרלוונטיים במיוחד לטיפול הרפואי בא.נשים טרנסג'נדרים. ות.

**טענה מס' 1: דיספוריה מגדרית היא מצב נדיר שבאופן רגיל כמעט לא קיים, היא התגברה כי זו תופעת מדיה חברתית שמופצת בהדבקה חברתית, ויש עלייה גדולה במיוחד במקרים של אנשים טרנסג'נדרים שנולדו במין נקבה.**

**חישוב השכיחות של דיספוריה מגדרית מסובך מאוד לביצוע אפילו כיום.** מפקד האוכלוסין האמריקאי לא אוסף נתונים על זהות טרנסג'דרית. מערכות בריאות רבות, כולל בבית החולים שאני עובדת בו, לא מחזיקות רשומות אלקטרוניות על זהות מגדרית בצורה שמאפשרת שליפה קלה. גם במערכות שכן כוללות מידע כזה, **אין סטנדרט אחיד לאיסוף והצגה של המידע באופן שכולל את כל האנשים הטרנסג'נדרים.** הגישה המקובלת כיום כוללת שני שלבים (**דוגמה**), שאלה ראשונה לבירור המין שהוגדר בלידה ושאלה שנייה על זהות מגדרית נוכחית. אולם המחקר שלי במהלך לימודי הרפואה שלי הראה שגם על כך יש מחלוקת בקרב מטופלים סיסג'נדרים וטרנסג'נדרים.

ההערכה המודרנית הטובה ביותר של השכיחות היא ממערכת למעקב אחר גורמי סיכון התנהגותיים (Behavioral Risk Factor Surveillance System), סקר טלפוני שנתי שמבוצע על מדגם אקראי בארה"ב באנגלית וספרדית בגישה דו-שלבית. **תוצאות הערכה זו הן 0.6%**. [הערת מתרגמת - לפי הקישור, הכוונה כמה מזדהים.ות כרטנסג'נדר.ית בארה"ב, לא שכיחות של דיספוריה מגדרית] ניסיונות עכשוויים לאפיין את יחס האוכלוסייה [הטרנסג'נדרית] לפי מין בלבד [נולדו במין נקבה או זכר] מביאים להערכה כוללת של 1:1, לפי **סקר קהילת הטרנס בארה"ב**, סקר מבוסס אוכלוסייה של אנשים טרנסג'נדרים.ות וא-בינאריים.ות בארה"ב.

התוצאה שונה מהותית מההערכה הישנה של השכיחות בשנות ה-90, שהיתה **בערך 1:10,000 עד 1:30,000** כשיחס האוכלוסייה לפי מין היה 3:1 (שלושת-רבעי נשים טרנסג'נדריות לעומת רבע גברים טרנסג'נדרים בארה"ב ואירופה). אבל המספרים הישנים הגיעו מהולנד וכוללים רק אנשים שעברו טיפול הורמונלי וניתוח, לא את כל האנשים עם דיספוריה מגדרית. בתקופה ההיא ידענו גם שהיחס בין המינים לא אחיד בכל המדינות. ביפן היחס התהפך, כשלמרפאות המקומיות הגיעו **הרבה יותר גברים טרנסג'נדרים מאשר נשים טרנסג'נדריות**.

כדי לפרש את העלייה במספרים צריך קודם להבין כמה השתנו המדע והרפואה בנושא טרנסג'נדריות מאז שנות ה-90. באותה תקופה המונח היה "טרנסקסואליות", בקהילות הרפואה והסקסולוגיה עוד בדקו האם להיות טרנסקסואל זה פטיש ואף אחד עדיין לא שמע על א-בינאריות. היתה רק דרך אחת להיות אישה טרנסג'נדרית או גבר טרנסג'נדר ומי שלא התאים לכך לרוב לא יכל לקבל טיפול רפואי, מה שהוביל הרבה טרנסג'נדרים.ות לשקר מתוך הכרח. נדרשו טיפול פסיכולוגי ו"ניסיון חיים אמיתי" (מעבר חברתי ו/או משפטי) לפני שניתן אישור לקבל הורמונים, ללא התייחסות לבטיחות הרפואית של המטופל.ת או לעלות/תועלת של הטיפול הפסיכולוגי. בארצות הברית לא היה כיסוי ביטוחי לטיפול הזה והוא נחשב לטיפול בחירה. העלויות צמחו בקלות לעשרות ואפילו מאות אלפי דולרים. אדם טרנסג'נדר שהכרתי הוציא כ-90,000\$ בשנת 2000 רק על ניתוחים. היה מאוד נדיר לשמוע בציבור על אנשים טרנסג'נדרים.ות ולכן היה מספר לא ידוע של אנשים טרנסג'נדרים.ות שלא זכו לפתרון לדיספוריה המגדרית במשך כל החיים. כמעט שלא היו רופאים ומנתחים שיכולים לספק טיפול מאשש (affirming care) ומטופלים.ות רבים נאלצו לנסוע למדינה אחרת כדי לחפש טיפול. היום עדיין קשה לאנשים טרנסג'נדרים.ות למצוא גישה ומימן לטיפול, אבל המצב השתפר. היום ביטוחים רבים כן מכסים טיפול רפואי הקשור לטרנסג'נדריות. בקליפורניה **לא חוקי לשלול כיסוי לטיפול כזה** ויש הרבה יותר רופאים ומנתחים שמעניקים טיפול.

באשר לרעיון שיותר צעירים.ות מגיעים לטיפול ושיותר מהם הוגדרו כנקבה בלידה, יש לכך בסיס אפשרי בנתונים. אבל שירר מצטטת **ציוץ בטוויטר על נתונים של ניתוחי התאמה מגדרית ע"י מנתחים פלסטיים**, שנותן תמונה חסרה וחלקית של היקף הניתוחים:

ניתוחי התאמה מגדרית מבוצעים גם על ידי אורולוגים, גינקולוגים, כירורגים כלליים, מנתחי פנים וגולגולת ועוד - לכן הנתונים ממנתחים פלסטיים חלקיים בלבד. הנתונים הטובים ביותר שמצאתי היו [מגמות הפנייה לקליניקות המספקות טיפול לטרנסג'נדרים.ות.](#) גם זו דוגמה מעוותת שכוללת רק צעירים שהעזו לדבר על המצב שלהם, שזכו להקשבה ותמיכה מההורים שלהם שלקחו אותם לרופא, שהיה להם מספיק מזל שהרופא הבין אותם וידע לאן להפנות אותם, ושיכלו בפועל להגיע לפגישות בקליניקה המסוימת ולממן את הטיפול המיוחד.

מניסיון בעבודה בתחום טיפול לטרנסג'נדרים.ות צעירים.ות אני יודעת שכל הגורמים האלה לא תמיד מתקיימים. הם לא נפוצים ואפילו נדירים בקהילות רבות. [בקרב אנשים טרנסג'נדרים.ות שיוצאים מהארון למשפחתם](#), כחצי מהם נדחו על ידי משפחתם, עשירית מהם חוו אלימות מבני משפחה ו-8% מהם נזרקו מהבית. יש לציין שרוב האנשים טרנסג'נדרים.ות [שידוע כי נרצחו](#) היו נשים לא לבנות. מסוכן יותר לצאת מהארון כאישה טרנסג'נדרית מאשר כגבר טרנסג'נדר, ולכן לא מפתיע שזה משתקף בהפניות לקליניקות.

אמנם אוכלוסיית האנשים טרנסג'נדרים.ות כנראה גדלה והרכב אוכלוסייה זו השתנה, אבל ידוע שמתאם סטטיסטי אינו מעיד על סיבתיות. אין צורך להאשים את "האינטרנט" ו"ההדבקה החברתית" כדי למצוא הסבר לשינוי. סביר שאנחנו מודדים בצורה מדויקת יותר ושהנורמות החברתיות וההגנות המשפטיות השתנו מספיק כדי שלא נשים יהיה יותר ביטחון להזדהות כטרנסג'נדרים.ות.

**טענה מס' 2: טיפול בדיספוריה מגדרית באמצעות אישוש (affirmation) ובלוקרים מעכבי התבגרות מינית הוא מוקדם מדי וגורם נזק מאחר שחלק מהילדים ישנו את דעתם.**

כל טיפול רפואי בכל תחום כרוך בסיכון. לכן אנחנו מדברים על הנתונים המספריים של התועלת והנזק בטיפול (מדדי "numbers needed to treat", "numbers needed to harm", ומיעצים למטופלים שלנו בעניין הסיכונים והיתרונות של כל טיפול. טיפול מאשש לבני נוער טרנסג'נדרים אינו שונה. אם נמנע מאוכלוסייה שלמה טיפול רפואי מתאים בגלל חשש ממה שעלול לקרות למיעוט מהמטופלים, למעשה נגרם בכך נזק. בניגוד לטענות של אנשים כמו שירר, אנחנו כן מספקים מידע לאלו שמבקשים טיפול כדי שיוכלו לתת הסכמה מודעת. בקליניקה הראשונה שבה עבדתי ולמדתי לראשונה על רפואה טרנסג'נדרית, רוב המטופלות.ים חתמו על דפים רבים שתיארו את הסיכונים התאורטיים והידועים. תהליך ההסכמה המודעת התבצע גם אצל בוגרים וגם אצל קטינים.

החשש ממטופלים שעלולים לשנות את דעתם ישן מאוד וברובו לא מבוסס. [במסגרת מטה-אנליזה של מבוגרים טרנסג'נדרים](#) נמצא לכל היותר שיעור חרטה של 1% בקרב אלו שעברו ניתוח, כולל אלו שהתחרטו על סיבוכים כירורגיים (כלומר ללא קשר לשינוי המגדרי עצמו). הסטטיסטיקה שמצוטטת לעתים קרובות לפיה "80% מהילדים ישנו את דעתם" מגיעה בעיקר מארבעה מחקרים תצפיתיים בין השנים 2008-2013 בקליניקות בקנדה. באופן כללי, מחקרים אלה החלו לפני גיל 12 וביצעו מעקב בגיל ההתבגרות/בבגרות (אחרי גיל 15 או 17).

למחקרים אלה יש כמה פגמים משמעותיים. המחברים כללו הרבה ילדים שהתנהגותם לא תאמה למגדר (gender nonconforming) (לדוגמה בנים שאהבו שמלות), לא רק ילדים שאמרו מפורשות שהמגדר שלהם שונה מהמין שנקבע להם בלידה. זו הבחנה מהותית ביותר, מאחר שילדים רבים שהתנהגותם לא תואמת למגדר אינם – ולעולם לא היו – טרנסג'נדרים. קבוצות המחקר הסתמכו על ההגדרות וקריטריוני האבחון של [DSM 3 ו-4](#), שלא תואמים להבנה העכשווית. כדי להבהיר, ההבנות הישנות בנושא זהות מגדרית

וטרנסג'נדריות, כמו אלו שמופיעות ב-DSM 3 ו-4, גובשו בעיקר על ידי נשים וגברים. סיסג'נדרים (כלומר לא טרנסג'נדרים) עם מעט תובנות, אם בכלל, מאנשים טרנסג'נדרים.ות.

הביקורת העיקרית האחרת על מחקרים אלה היא בהגדרות ובמעקב. הילדים שנטשו את המחקר באמצע נספרו יחד עם ילדים אחרים שהמשיכו במחקר, ונחשבו כמי שחוו דיספוריה מגדרית ואז החליטו שלא לעשות שינוי מגדרי ("desisters"). זו היתה בבירור השערה בלבד שניפחה מלאכותית את מספר הילדים ש"שינו את דעתם". נוסף על כך, חלק מהמחקרים הגדירו desisters על סמך דיווח מאנשים אחרים שאינם המשתתפים עצמם. גם אין מידע על מה שקרה לצעירים אלה בגילאי העשרים, השלושים ומעבר לכך. המחקרים עצמם חסומים בחומת תשלום, אך [ביקורות רבות זמינות לציבור](#). [המחקר](#) על התפתחות חברתית-קוגניטיבית של ילדים טרנסג'נדרים ממשיך.

לבסוף, כפי שצוין בבירור [בהצהרת האקדמיה האמריקאית של רופאי ילדים](#), שבמסגרתה מובאים ציטוטים רבים, אנחנו משתמשים באישוש, בעיכוב התבגרות מינית ובטיפול הורמונלי אצל בני נוער מאחר שזה מוביל לתוצאות פסיכולוגיות משופרות. יש ספרות [מרוּבָה וברורה בנושא זה](#). עיכוב התבגרות מינית עם אגוניסטים של GnRH, בניגוד למה שטוענת שירר, הוא בטוח והפיך באוכלוסיית רפואת הילדים. אחרת, לא היו משתמשים בתרופות אלה [במשך עשורים במקרים של התבגרות מוקדמת](#).

לסיום, הנה כמה תגובות קצרות ותמציתיות לחלק מהטענות האחרות של שירר.

- לאורך כל הספר שירר מבלבלת בין זהות מגדרית לבין נטייה מינית. התנסויות מיניות ונטייה מינית [לא קשורות](#) לזהות מגדרית. אנשים טרנסג'נדרים.ות יכולים להיות עם כל נטייה מינית.
- "הורים מכירים את ילדיהם בצורה הטובה ביותר וטובתם של הילדים נמצא בליבם". באמת? [בארצות הברית במהלך 2019](#) דווח כי 0.89% מהילדים עברו נטישה או התעללות (ככל הנראה הערכת-חסר עקב חוסר דיווח), ו-77.5% ממקרי הנטישה או ההתעללות נגרמו על ידי ההורים. ראיתי התעללות בילדים במסגרת עבודתי. היא לא בלתי-רגילה.
- "סטטוסטרון קשור לסרטן רירית הרחם והשחלות". למעשה, [אנחנו לא יודעים אם זה כך אצל אנשים טרנסג'נדרים.ות](#). יש לנו מעט מאוד נתונים לטווח ארוך, אם בכלל. אולם [מחקרים היסטולוגיים](#) (בתורת הרקמות) מצעו שסטטוסטרון אצל גברים טרנסג'נדרים קשור לדלדול של רירית הרחם (atrophy of the endometrium) שמצביע על סיכון נמוך בהרבה לסרטן. החשש התאורטי בנוגע לטטטוסטרון וסרטן מגיע מנשים סיסג'נדריות עם תסמונת שחלות פוליציסטיות (polycystic ovarian syndrome) שיש להן פרופיל הורמונלי שונה מאוד לעומת זה של גברים טרנסג'נדרים.
- "מנות הטטטוסטרון גדולות מאוד ונובעות ממראה חיצוני רצוי". גם טענה זו לא נכונה בתקופה העכשווית. אנחנו מכוונים לרמות פיזיולוגיות של טטטוסטרון (כלומר בערך באותה רמה שיש לגבר סיסג'נדר טיפואי) ועורכים בדיקות רמת הורמון שגרתיות כדי לוודא שלא נגיע לרמות גבוהות מדי (supraphysiological) שידועות כגורמות נזק.
- "ביולוגיה היא בינארית והתמיינות מינית אחרת (Different Sexual Development) נדירה מאוד". לא נכון. התמיינות מינית אחרת (DSD) נפוצה ב-1 מתוך 5,000 לידות, ועולה ל-1 בכל 200 או 1 בכל 300 אם כוללים מקרי סדק תחתית השופכה (היפוספדיאס) ואשך טמיר (Cryptorchidism). ידוע היטב שהביולוגיה היא [ספקטרום](#).
- "אין מתאם ביולוגי לזהות מגדרית או לטרנסג'נדריות". עניין זה עדיין נמצא במחקר, אך נראה שהטענה לא נכונה. [באתר זה יש קישורים לכמה מחקרים מעניינים](#).
- ניסיון למנוע מילד לעשות מעבר מגדרי לא יפגע בילד. עיכוב המעבר והמשך ההתבגרות המינית הטבעית לא יפגעו בו". נמצא שטיפול המרה גורמים [נזק תמור](#). יש [סיכום מצוין של היסטוריית טיפולי ההמרה לבני נוער טרנסג'נדרים](#), והנזקים של עיכוב הטיפול הרפואי הקשור למעבר מגדרי סוכמו בסקירת האקדמיה האמריקאית של רופאי ילדים שהזכרתי למעלה.

לסיכום, אי אפשר להמליץ על הספר למי שמעוניין בכנות להבין את המדע והרפואה בנושא טרנסג'נדריות. שירר כתבה ספר בניסיון להוכיח את הטענה המסוימת שלה, לא כדי לחקור את הדקויות בתחום המורכב הזה. אמנם יש כמה נושאים לגיטימיים (לדוגמה איך לתמוך במי שבחרים שלא להמשיך במעבר מגדרי או לעשות מעבר בחזרה למגדר הקודם), אך הנרטיב הכולל בספר של שירר נגוע מאוד בשפה מוטה ובמידע כוזב שמטילים ספק בלגיטימיות שלו. אני דואגת מאוד שהספר הזה ואחרים כמוהו ימשיכו לשמש כמקור מרכזי במאמץ למנוע מבני ובנות נוער טרנסג'נדרים. ות גישה לטיפול הרפואי שהם זקוקים לו נואשות.