

# Çocukluk ve ergenlikte cinsiyet disforisi: Güncel yaklaşımlar ve etik sorunlar



Gender dysphoria in childhood and adolescence:  
Current approaches and ethical issues

## Öz

Cinsiyet disforisi, bir bireyin cinsiyet kimliği ile doğumda kendisine atanan cinsiyet arasındaki tutarsızlıktan kaynaklanan önemli bir rahatsızlığı ifade eder. Çocukluk ve ergenlik çağı cinsiyet disforisi, bu durumu yaşayan gençlerin ihtiyaçlarına nasıl yanıt vermemiz gerektiğine dair önemli etik soruları gündeme getiren karmaşık ve zorlu bir konudur. Şu anda tıp uzmanları arasında cinsiyet disforik çocukları ve ergenleri tedavi etmek için en uygun yaklaşım konusunda bir fikir birliği yoktur. Cinsiyet disforisine yönelik daha önceki yaklaşımlar, cinsiyet ifadesindeki farklılıkları psikososyal nedenlere atfetme eğilimindeyken, son araştırmalar, cinsiyet disforisinin gelişimsel seyrinin, biyolojik faktörlerle etkileşime giren çok sayıda psikososyal faktörden etkilendiğini savunmaktadır. Bu şekilde, bazı profesyoneller ve Hollanda modeli, cinsiyetin onaylanmasını teşvik etmek ve psikolojik sıkıntı riskini azaltmak için erken müdahaleyi savunurken, diğerleri tıbbi müdahale yerine cinsiyet kimliğinin keşfedilmesine öncelik veren daha temkinli bir yaklaşım önermektedir. Güncel tedavi önerileri ve Hollanda modeli, cinsiyet disforisi ile ilgili etik sorunlara çözümler üretmediği gibi çocuğun üstün yararı, yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleri ile çelişen yeni problemler ortaya çıkarmaktadır. Bu makalede, cinsiyet disforik çocuk ve ergenlerin tedavisini çevreleyen klinik ve etik hususları eleştirel bir şekilde inceleyeceğiz ve farklı yaklaşımların potansiyel risklerini ve faydalarını tartışacağız.

**Anahtar Sözcükler:** Cinsiyet disforisi; çocukluk; ergenlik; etik; tedavi

## Abstract

Gender dysphoria refers to a significant discomfort that results from a discrepancy between an individual's gender identity and the gender assigned to them at birth. Gender dysphoria in childhood and adolescence is a complex and challenging issue, which raises important ethical questions about how we should respond to the needs of young people experiencing this condition. There is currently no consensus among medical professionals on the optimal approach for treating gender dysphoric children and adolescents. While earlier approaches to gender dysphoria tended to attribute differences in gender expression to psychosocial causes, recent studies suggest that the developmental course of gender dysphoria is influenced by multiple psychosocial factors that interact with biological factors. In this way, some professionals and the Dutch model advocate for early intervention to promote gender affirmation and reduce the risk of psychological distress, while others recommend a more cautious approach that prioritizes the discovery of gender identity over medical intervention. However, both current treatment recommendations and the Dutch model raise ethical concerns related to gender dysphoria, as they may conflict with the principles of the best interest of the child, being beneficial and not causing harm. In this article, we will critically examine the clinical and ethical considerations surrounding the treatment of gender dysphoric children and adolescents, and discuss the potential risks and benefits of different approaches.

**Keywords:** Adolescence; gender dysphoria; childhood; ethics; treatment

Adem Az<sup>1</sup>,  
Muhammet İhsan Karaman<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı

<sup>2</sup> İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Geliş/Received : 09.04.2023  
Kabul/Accepted: 01.06.2023

DOI: 10.21673/anadoluklin.1279878

Corresponding author/Yazışma yazarı

Adem Az

İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Fatih, İstanbul  
E-posta: adem.aaz@gmail.com

ORCID

Adem Az: 0000-0002-7204-6185  
M. İhsan Karaman: 0000-0001-5700-0835

## GİRİŞ

Geleneksel cinsiyet (*sex*) kavramı kadın ve erkek arasındaki genotipik ve fenotipik farklılıkları temel almaktadır. Bu kavram, doğumda hekim veya ebe tarafından dış genital organlara dayalı olarak cinsiyet tayinini ifade etmekte ve bebeğin cinsiyetini başka bir derecelendirme yapmadan erkek veya kadın olarak tanımlamaktadır. Biyolojik cinsiyet (*sex*) esnek olmayan bir sınıflandırma olup, bu kavramda “biraz erkek” veya “biraz kadın” gibi alt başlıklar yoktur (1). Türkçeye “toplumsal cinsiyet” olarak çevrilen “gender” kavramı ise 1955 yılında John Money tarafından cinsiyet (*sex*) davranışının üzerindeki sosyal etkiyi belirtmek için kullanılmıştır (2). Cinsiyete atıfta bulunmak için “gender” kelimesinin kullanımı, son yıllarda daha da yaygınlaşmış ve biyolojik cinsiyet terimi büyük ölçüde bir kenara itilmiştir (3). *Gender*, belirli bir toplumda kadın veya erkek olmakla ilişkilendirilen sosyal ve kültürel rolleri, davranışları ve beklentileri tanımlar (4). Toplumsal cinsiyet teorisine göre *gender* mutlaka biyolojik cinsiyetten etkilenmek zorunda değildir (5). Biyolojik cinsiyet tipik olarak ikili (kadın ve erkek) bir tanımlı içerirken; *gender* daha akışkandır ve geleneksel cinsiyet rollerine veya beklentilerine uymayabilecek çok çeşitli kimlik ifadelerini kapsamaktadır (6).

*Cinsiyet disforisi*, kişinin cinsiyet kimliği (*gender*) ile doğumda atanan cinsiyeti (*sex*) arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan önemli bir rahatsızlık deneyimidir (7). Çocukluk ve ergenlik çağı cinsiyet disforisi, bu durumu yaşayan gençlerin ihtiyaçlarına nasıl yanıt vermemiz gerektiğine dair önemli etik soruları gündeme getiren karmaşık ve zorlu bir konudur. Şu anda tıp uzmanları arasında cinsiyet disforik çocuklar ve ergenler için en iyi yaklaşım şekli konusunda bir fikir birliği yoktur. Bazı profesyoneller, cinsiyetin onaylanmasını desteklemek ve psikolojik sıkıntı riskini azaltmak için erken müdahaleyi savunurken (8), diğerleri tıbbi müdahaleden ziyade cinsiyet kimliğinin keşfedilmesine öncelik veren daha temkinli bir yaklaşımı önermektedir (9). Bu makalede, cinsiyet disforik çocuk ve ergenlerin tedavisini çevreleyen klinik ve etik hususları eleştirel bir şekilde inceleyerek, farklı yaklaşımların potansiyel risklerini ve faydalarını tartışmayı amaçlamaktayız.

## CİNSİYET DİSFORİSİ KAVRAMININ DOĞUŞU

Disfori, mutsuz, huzursuz veya tatminsiz hissetme durumunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Üzüntü, kaygı, depresyon ve sinirlilik gibi bir dizi duyguya atıfta bulunabilir. Bununla birlikte kişinin kendi bedeni veya kimliği üzerinde duyduğu rahatsızlık duygusunu da içerebilir. Cinsiyet disforisi ise, bir kişinin, doğumda tayin edilen cinsiyetle uyumlu olmayan; cinsiyet kimliğiyle ilgili önemli sıkıntı veya rahatsızlık yaşadığı bir durumu ifade eder (9). DSM-V (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*)’ten önce, cinsiyet disforisi ile ifade edilen durumlar, “cinsiyet kimliği bozukluğu” başlığı altında tanımlanıyordu. DSM-IV, cinsiyet kimliği bozukluğunu, kişinin kendisine atanan cinsiyet hakkında kalıcı ve yoğun bir sıkıntıya eşlik eden, karşı cins olarak muamele görme arzusuyla karakterize edilen ruhsal bozukluk olarak tanımlamıştır (10). Bu tanım, transseksüalizmi açık şekilde patolojik bir durum olarak ifade etmektedir. Aynı paralellikte ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması*)’da bu durum, “transseksüalizm” ya da “çocukların cinsiyet kimliği bozukluğu” başlığı altında sınıflandırılmakta idi. Daha sonraları, DSM-IV cinsiyet kimliğini patolojikleştirmek ve trans bireylere yönelik damgalamayı sürdürmekle eleştirilmiştir (11). Bunun üzerine DSM-V yeni bir cinsiyet hoşnutsuzluğu tanımı getirir. DSM-V’in cinsiyet disforisi tanımı, cinsiyet hoşnutsuzluğunun bireyin cinsiyet kimliğinin bir bozukluğu olmadığını, daha çok cinsiyet kimliği ile doğumda atanan cinsiyet arasındaki uyumsuzlukla ilgili bir sıkıntı olduğunu kabul etmektedir (6). DSM-V’in cinsiyet hoşnutsuzluğu tanımı, trans bireylerin daha fazla kabul görmesi ve anlaşılmasına yönelik daha geniş bir toplumsal değişime işaret etmektedir.

Tanımlar arasındaki bu değişim tedavi tarafında ve klinik yaklaşımda da ciddi bir paradigma değişimine neden olmuştur. ICD-11, ICD-10’un “transseksüalizm” ve “çocukların cinsiyet kimliği bozukluğu” kategorilerini sırasıyla “ergenlik ve yetişkinliğin cinsiyet uyumsuzluğu” ve “çocukluğun cinsiyet uyumsuzluğu” kategorileri ile değiştirerek cinsiyet kimliğiyle ilgili

sağlığı yeniden tanımlamıştır (12, 13). Ayrıca, cinsiyet uyumsuzluğu tanısı “zihinsel ve davranışsal bozukluklar” bölümünden “cinsel sağlıkla ilgili durumlar” bölümüne taşınmıştır (12, 13). Bu, trans-ilişkili kimliklerin akıl sağlığının bozuk olduğu durumlar olmadığını ve onları bu şekilde sınıflandırmanın damgalamaya neden olabileceğine dair güncel yaklaşımı yansıtmaktadır. DSM-V ve ICD-11 uluslararası tanı ve tedavi kılavuzlarıdır ve ülkemiz de dahil dünya genelinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu kılavuzlar, hastalıkların tanımlarını ve sınıflandırmalarını belirlediği için, Türkiye dahil pek çok ülkede sağlık hukuku ve mevzuatı bu kılavuzlara uygun olarak düzenlenmektedir. Bu nedenle her iki rehberi içeren bu köklü değişiklik rehberleri kendi sağlık sistemi içerisinde uygulayan tüm ülkelerde bir paradigma ve yaklaşım değişikliğine neden olmaktadır.

#### KLİNİK DURUM VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

DSM-V öncesinde *cinsiyet disforisi* zihinsel rahatsızlıklar kategorisi altında yer alıyordu. Haliyle geçmişte cinsiyet disforisi ile ilgili tıbbi müdahaleler; zihni, bedenle hizalamaya odaklanmakta idi. Günümüzde ise ideoloji, artık zihnin doğru olduğunu ve beden oryantasyonunun sağlanması gerektiğini savunmaktadır (14). Doğal olarak tedavi modaliteleri de bu yönde değişti. Güncel yaklaşımda tanı ve tedavi algoritmalarındaki genel akım *transseksüel* olmanın normal bir değişken olduğunu kabul ettiğinden, tedavi algoritmalarında, cinsiyet disforisini onaylayıcı terapiler önerilirken; zihin oryantasyonunu sağlamaya yönelik onarıcı tedaviler ise yasaklanmaktadır (15–18).

Çocuk ve ergenlikte cinsiyet disforisi tedavileri temelde iki alt başlıkta ele alınmaktadır: Psikolojik müdahaleler ve fenotipik müdahaleler. Çocuklarda ve ergenlerde cinsiyet disforisi tedavisi için en sık kullanılan protokol Endokrin Topluluğu ve Dünya Transseksüel Sağlık Profesyonele Birliği (*World Professional Association for Transgender Health*)'nin Bakım Standardı kılavuzlarına dayanan *Hollanda modelidir* (19). Bu kılavuzlarda genel kabul gören psikolojik müdahale; *onaylayıcı terapidir*. Onaylayıcı terapi cinsiyet kimliği ve vücut uyumuna odaklanır ve çocuğun kendisini tanımasını sağlayarak cinsiyet disforisini aktif olarak teşvik eder (17–20). Bu yaklaşımın temel dayanağı,

cinsiyet çeşitliliğinin düzeltilmesi gereken bir ruhsal ve zihinsel bir hastalık olmadığıdır.

Steensma ve ark.'a göre cinsiyet disforili çoğu çocuk için disforinin ilerleyen yaşlarda kalıcı olup olmayacağı 10-13 yaşları arasında belirlenmektedir (21). Ek olarak, 10 farklı prospektif takip çalışmasından elde edilen kanıtlar, cinsiyet disforili çocukların yaklaşık %80'inde disforinin ergenlikle birlikte gerilediğini göstermektedir (22). Bu bağlamda *bekle ve gör* terapisi çocuk büyüdükçe cinsiyet kimliğinin değişip değişmeyeceğini görmek için beklemeyi önerir (20). *Onarıcı terapi* ise; transseksüel kimliği iyileştirebileceğini ve zihni, bedene göre oryante edebileceğini iddia eder (23). Bekle ve gör yaklaşımı ile onarıcı terapiler, cinsiyetin ikili (kadın ve erkek) olduğunu varsayar; cinsiyet çeşitliliğini ve akışkanlığını hastalıklı hale getirir (18). Bu nedenle, bekle ve gör yaklaşımı ile onarıcı terapiler Hollanda modelinde önerilmeyen veya potansiyel olarak zararlı yaklaşımlar arasında sayılmaktadır (18, 19).

Fenotipik müdahaleler; hormonal terapi ve cerrahi müdahaleler olarak iki alt başlıkta incelenir. Cinsiyet disforisinin çocuklarda kendine zarar verme, anksiyete, depresyon ve intihar eğilimlerini arttırdığını savunan hormonal terapi; ergenliği geciktirmek ve ergenlik ile ortaya çıkan ikincil cinsiyet karakterlerini baskılamak için GnRH (*Gonadotropin Salıcı Hormon*) analoglarının kullanımını içerir (8). Sınırlı sayıda çalışma, hormon tedavisi verilen çocukların çoğunda cinsiyet disforisinin kalıcı olduğunu ve daha sonra cinsiyet onaylayan hormon tedavisi aldığı göstermektedir (24, 25). Cerrahi müdahaleler ise cinsiyet disforili çocuk ve ergenlerde tedavinin son halkasını oluşturmakta ve beden oryantasyonunu tamamlamaya yönelik; göğüs rekonstrüksiyonu ya da genital organlara yönelik operasyonları içermektedir (26). Özellikle genital organlara yönelik ameliyatların, bireyler reşit olduktan sonraya ertelenmesi genel kabuldür (26).

#### ÇOCUK VE ERGENLERDE CİNSİYET DİSFORİSİ İÇİN TIBBİ MÜDAHALELERİN SONUÇLARI VE ETİK TARTIŞMALAR

##### Çocuğun üstün yararı ilkesi

Çocuk ve ergenlerin sağlığı ve refahıyla ilgili karar verirken uluslararası hukukta, iç hukukta ve politikalarda yaygın olarak kabul gören ilke; çocuğun üstün ya-

rarı prensibidir. Cinsiyet disforik ergenlerde hormon terapilerinin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğine işaret eden çalışmalara rağmen bu müdahalelerin çocuğun üstün yararına olup olmadığı tartışmalıdır (27). Ergenlerde ve çocuklarda ergenliği baskılamak tedavisinin kısa dönem ve uzun dönem etkilerini ortaya koyan raporlar son derece sınırlıdır (14, 28). Ek olarak, ergenlikte cinsiyet disforisi için hormon tedavileri; tromboza eğilim, osteoporoz, hepatotoksisite ve kardiyovasküler hastalık gibi çeşitli riskler taşır (8). Hiçbir müdahale yapılmaması durumunda %80 (22) ihtimalle gerilemesi beklenen bir disforinin psikoterapi ve çeşitli riskler içeren ilaçlar ile desteklenmesini ve kalıcı hale çevrilmesini çocuğun üstün yararı olarak kabul etmek zordur.

DSM-V ve ICD-11'in cinsiyet disforik çocuklar özelindeki temel dayanağı cinsiyet çeşitliliğinin ve akışkanlığının patolojikleştirilmemesi gerektiğidir (18). Ruhun bedene oryantasyonunu esas alan *onarıcı terapilerin* cinsiyet disforisini hastalıklı hale getirdiğini savunan yaklaşımın; ortada bir hastalık yokken onaylayıcı terapiler ile birlikte hormon tedavilerini önermesi tezat oluşturmaktadır. Cinsiyet disforisini hastalık olarak kabul etmeden verilecek hormon tedavilerinin ve onaylayıcı terapilerin çocuğun üstün yararı veya endikasyon çerçevesinde kabul görmesi mümkün değildir. Burada ortaya çıkan bir başka etik tartışma da rıza yaşı ve aydınlatılmış onam meselesidir. Bazı biyoetik uzmanları, yargı yetkisine göre değişen reşit olma yaşına gelene kadar ergenlerin tıbbi müdahalelere maruz kalmasına izin verilmemesi gerektiğini savunmaktadır (29). Muhakeme yeteneği tam olarak gelişmemiş bir çocuğun yetişkinlerle aynı düzeyde karar verme kapasitesine ve olgunluğa sahip olması ve tıbbi tedavilerin risklerini ve faydalarını tam olarak anlaması bunun neticesinde aydınlatılmış ve özerk bir karar ve rıza göstermesi beklenemez. Ek olarak, çocuklar; aileleri, akranları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından gelebilecek baskılara karşı özerk bir tavır sergileyemeyebilir (30). Bu durumda yapılacak her türlü terapi öncesi alınması gereken aydınlatılmış rızanın olmazsa olmaz şartlarından zihinsel yeterlilik, anlayabilme ve karar alabilme yetkinliği, ailevi ve çevresel baskı altında kalmadan verilecek özgür irade gibi koşullar eksik veya kusurlu olacaktır. Olası medikal ve cerrahi tedavilerin, çocuğun bu tedavilerin fayda ve zararlarını anlayabile-

cek ve muhakeme ile karar verebilecek rıza yaşına kadar ertelenmesi; ek olarak ergenlik sürecinin cinsiyet disforisi üzerine etkisinin beklenmesi, bu süreç içinde de olası psikolojik ve sosyal etkileri bertaraf edecek ve çocuğun kendisini doğru ifade etmesini sağlayacak tarafsız bir psikolojik yönlendirmenin yapılması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

### Yararlı olma ilkesi

Cinsiyet hoşnutsuzluğuna yaklaşımımıza rehberlik etmesi gereken temel etik ilkelere biri, bireyin çıkarları ve iyilik halini desteklememizi gerektiren yararlılık ilkesidir. Avrupa ve Kuzey Amerika merkezli çalışmalar, cinsiyet kimliği hizmetlerine yönlendirilen çocuk ve ergenlerin yaklaşık %40-45'inin klinik olarak anlamlı psikopatolojiye sahip olduğunu öne sürmektedir (19, 28, 31). Cinsiyet disforik ergenlerde en sık bildirilen psikolojik sorunlar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Ek olarak farklı çalışmalar kendine zarar verme ve intihar düşüncesi/davranışının da bu grupta yaygın olduğunu ifade etmektedir (28). Farklı çalışmalar, kendisini transgender olarak tanımlayan gençlerin, cisgender ergenlerle karşılaştırıldığında dört ila altı kat daha sık depresyon ve üç ila dört kat daha sık kendine zarar verme veya intihar davranışı gösterdiğini belirtmektedir (32, 33). Sınırlı sayıda klinik çalışma ergenliğin başlangıcında GnRH agonistleri ile pubertal baskılamanın ergenlerde anksiyete, depresyon ve kendine zarar verme eylemlerini azalttığını göstermiştir (19). Burada ergenliğin bastırılmasının amacı, ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişiminin neden olduğu psikolojik acıyı hafifletmek, ergene gerçek tıbbi cinsiyet onaylayıcı tedavi (cinsiyetler arası hormonlar ve ameliyatla) yapıp yapılmayacağına dair dengeli bir karar vermesi için zaman sağlamaktır (19).

Fakat de Vries ve ark.'ın Toronto, Ontario ve Amsterdam'daki kliniklerle yaptıkları karşılaştırmalı analizler cinsiyet kimliği sorunları olan çocuk ve ergenlerin, kliniklere farklı psikolojik sorunlar ile yönlendirilen çocuklar ile benzer duygusal ve davranışsal sorunlara sahip olduğunu göstermektedir (34). Benzer şekilde Zucker ve ark. da cinsiyet disforili gençler ile diğer psikolojik sorunlar nedeniyle değerlendirilen çocuklar ve ergenlerin benzer duygusal ve davranışsal sorunlara sahip olduğunu göstermektedir (31). Erken psikodinamik teorilere göre, cinsiyet kimliğinin erken

çocukluk deneyimleri ve bakıcılar ile, özellikle de anneye olan etkileşimlerle şekillendiği düşünülmektedir (35). Bu teoriler, çocukların değerlerini, tutumlarını ve davranışlarını içselleştirmeyi içeren aynı cinsiyetten ebeveynlerle özdeşleşme süreci yoluyla çocukların kendi cinsiyet kimliklerini geliştirdiklerini varsaymıştır (35). Bununla birlikte, bu ilk teoriler ampirik destekten yoksun olmaları ve cinsiyet kimliği ve cinsiyet değişkenliği konusundaki sınırlı anlayışları nedeniyle eleştirilmektedir (36). Hormon terapiler ile ergenliğin baskılanması yerine öncelikle altta yatan nedenler psikiyatrist eşliğinde tekrar değerlendirilmeli ve diğer psikolojik sorunlar nedeniyle değerlendirilen çocuklar ve ergenlere benzer şekilde anksiyete ya da depresyona yönelik tedaviler ön plana alınmalıdır.

Ergenliği bloke eden tedavilerin tamamen geri döndürülebilir olduğu iddiası, onları daha az şiddetli göstermektedir. Fakat sentetik hormonların ömür boyu kullanılmasını gerektiren ve transgender kimliğinin kaçınılmaz bir sonucunu harekete geçiren bir pubertal bastırma protokolü ne tam olarak geri döndürülebilir ne de zararsızdır (14). Ek olarak, ergenlik baskılanmasının geri çekilmesi durumunda, çocukların normal üreme işlevlerini geliştirip geliştiremeyecekleri de açık değildir (14). Çalışmalar, pubertal baskılanmanın depresyon ve anksiyetede azalma ile ilişkili olduğunu gösterse de hormon terapilerin potansiyel riskleri ve zararları bu tedavileri tartışmalı hale getirmektedir.

### Zarar vermeme ilkesi

Güncel klinik uygulama kılavuzları ve Hollanda modeline göre, cinsiyet disforili gençler, ergenliğin başlangıcında GnRH agonistleri ile pubertal baskılama için uygun adaylardır (8). Bununla birlikte, GnRH agonistlerinin kullanılmasının çeşitli zararları ve potansiyel riskleri mevcuttur. Erken ergenliğin (*puberte prekoks*) terapötik tedavisinde 30 yıldan uzun süredir kullanılmasına ve bu hasta popülasyonunda etkinlik ve yan etki profilinin çalışılmasına rağmen, puberte baskılayıcı tedavilerin cinsiyet disforili gençlerde uzun dönem kullanım sonuçlarının incelendiği veriler yetersizdir (8, 37). Spesifik belirsizlik alanları, ergen beyininin geliştiği ve kemik yoğunluğunun arttığı bu kritik zaman aralığında ergenlik baskılanmasının etkilerini içerir (37). Rew ve ark. puberte baskılayıcı tedavilerin

olumsuz etkileri arasında vücut formundaki değişiklikler, yavaş büyüme, boy uzamasındaki yavaşlama ve kemik yoğunluğundaki azalmayı saymıştır (38). Hembree ve ark. ise endojen seks steroidlerini baskılamak için yüksek doz hormon terapi gerektiğinde; sentetik hormonların, tromboza eğilim, osteoporoz, hepatotoksisite ve kardiyovasküler hastalık gibi çeşitli riskler ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (8). Ek olarak, ergenliğin ertelenmesi, akranları ergenlik döneminden geçerken fiziksel olarak ergenlik öncesi dönemde kalacakları için trans gençleri ek psikososyal sorunlar için risk altına sokabilir (39).

Farklı klinik çalışmalar cinsiyet disforik çocukların %80'inde disforinin ergenlikle birlikte gerilediğini göstermektedir (22). Fakat hormon tedavisi verilen çocukların %90'ında cinsiyet disforisinin kalıcı olduğu ve tamama yakınının takip eden süreçte cinsiyet onaylayan hormon tedavisi aldığı belirtilmektedir (24, 25). Kendi haline bırakılması durumunda büyük ihtimalle düzelmesi beklenen bir durumun, çeşitli riskler içeren ve uzun dönem etkileri klinik çalışmalar ile sınanmamış sentetik preparatlar ile kalıcı hale getirilmesi çocuk ve ergene açık zarar olarak belirtilebilir.

### Adalet ilkesi ve damgalama

Biyolojik cinsiyete (*sex*) uygun olmayan davranış ve görünüş, akran gruplarında zorbalık ve tacize uğrama olasılığının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (40). Cinsiyet disforik gençler, çeşitli sosyoekonomik ve coğrafi engellerle karşı karşıya kalmakta, bu da kaynaklara eşit erişim ve adil dağıtım sorunlarını gündeme getirmektedir. Trans gençlerin maruz kaldığı damgalanma, akran grupları ya da toplumda uğradıkları zorbalık, onların uygun bakımı aramalarını ve almalarını engellemektedir (40). Bu nedenle kendi akranları ile aralarında ciddi eşitsizlikler söz konusu olmaktadır. McGuire ve ark. cinsiyet disforik gençlerin okullarda sadece akranları tarafından değil, öğretmenler ve idareciler tarafından dahi zorbalık ve ayrımcılığa maruz kalabildiklerini bildirmiştir (40). Şiddet ve damgalama nedeniyle gençler okulları güvensiz ortamlar olarak görebilir ve devamsızlık gösterebilir. Okulu terk etme davranışı, sosyal dışlanma, zorbalık ve damgalama ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır (41).

Bununla birlikte, cinsiyet disforik ergenlerin akran ilişkilerinde, okulda ve sosyal hayatlarında karşılaştık-

ları tüm zorluklar, cinsiyet ifadesine bağlı mağduriyet veya ayrımcılıkla açıklanamaz. Finlandiya'daki klinik örneklemede, okulda ciddi zorbalığa maruz kalmış cinsiyet disforik ergenlerin, dörtte üçü zorbalığın cinsiyet ifadesi veya cinsel kimlikle ilgili olmadığını, ancak zayıf olmama, okulda başarılı olma veya modası geçmiş hobi ve ilgi alanlarına sahip olma gibi diğer faktörlerle ilgili olduğunu belirtmiştir (28). Zorbalık ve damgalama, nedenleri ne olursa olsun ciddi bir sorundur ve kişinin kendine güvenini, özsaygısını ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilir ve hatta mağdur ergenlerde intihara yol açabilir. Zorbalık ve damgalama hem mağdur hem de toplum için ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, bu davranışların önlenmesi ve ortadan kaldırılması için herkesin sorumluluk alması gerekmektedir.

Adalet başlığı altında ele alınması gereken diğer tartışmalı bir nokta ise; herhangi bir müdahale yapılmaması durumunda disforinin büyük bir ihtimalle gerilemesi beklenirken (22); çocuğa pahalı hormon terapiler ve ağır cerrahi operasyonlar uygulanması sınırlı kaynakların adil olmayacak şekilde yanlış organize edilmesi anlamına gelecektir. Ek olarak DSM-V ve ICD-11'e göre ortada bir hastalık olmadığı halde (18) ve bu nedenle planlanan tedaviler endikasyon açısından tartışmalı iken, mutlak bir endikasyonu olmayan yüksek maliyetli ve ıstırap içeren bu tedaviler adalet başlığı altında ciddi tartışmalara yol açacaktır. Özellikle, tıbbi endikasyonlar ve etik değerler göz önünde bulundurulurken, kaynakların adil bir şekilde dağıtılması ve bireylerin haklarına saygı gösterilmesi önemlidir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

DSM-V ile birlikte cinsiyet disforisi ile ilgili sağlık alanındaki yaklaşım ve tedavi algoritmaları tamamen değişmiş durumdadır. Erken yaklaşımlar cinsiyet ifadesindeki farklılıkları psikososyal nedenlere bağlama eğiliminde iken, güncel çalışmalar cinsiyet disforisinin gelişim seyrininin, muhtemelen biyolojik faktörlerle sürekli etkileşim halinde olan çok sayıda psikososyal faktörden etkilendiğini öne sürmektedir (42, 43). Biyolojik ve genetik eğilimlere işaret eden çok sayıda çalışmaya rağmen cinsiyet disforisinin etiyojisi hala belirsizliğini korumaktadır. Yine de bu alandaki tip paradigması tamamen değişmiş olup, disforiyi ona-

ricı terapiler yasaklanırken; kendi haline bırakılması durumunda büyük ihtimalle düzelmesi beklenen disfori için onaylayıcı terapiler ve hormon replasmanı ile destekleyici tedaviler tavsiye edilmektedir. Ortada somut tıbbi ve bilimsel deliller olmadığı halde bu tür yaklaşım ve uygulamalar kanıta dayalı tıbbin temel dinamikleri ile uyumsuzdur. Tıbbi olarak kabul edilebilir ve sağlam bir gerekçe olmadan çeşitli zararlar ve olası riskler barındıran tedavilerin uygulanması ahlaki olarak yanlıştır. Bir bireyin, tedavinin ikincil bir sonucu olarak bile, tam, özgür ve bilgilendirilmiş onamdan yoksun olarak fiziksel ve ruhsal zarara uğraması uluslararası hukukun da ihlalidir.

Öte yandan; cinsiyet gelişimi ve ergenlik süreçleri, insanlık tarihi boyunca değişmeden sürüp giden evrensel bir gerçeklik olmasına rağmen, bilim insanları tarafından kanıta dayalı tıp çerçevesinde ortaya konulan DSM-IV disforiyi bir "hastalık/bozukluk" olarak tanımlamakta iken; insanın biyolojisinde ve insanoğlunun ergenlik süreçlerinde herhangi bir değişiklik olmadığı halde, aradan geçen birkaç yıldan sonra DSM-V'i hazırlayan diğer bazı bilim insanlarının bu olguyu "normalleştirme"si, bilimsel ve kanıta dayalı yaklaşımla açıklanamaz. Burada, tıp ve sağlığı yönlendiren güç ve otoritelerin bilinçli, planlı ve politik/ideolojik bir tercihinin söz konusu olduğu bariz şekilde görülmektedir. Çocuk ve ergenlerde cinsiyet disforisini kanıta dayalı tıp ve evrensel etik ilkeleri açısından değerlendirirken bu hususun da gözden uzak tutulmaması gerektiği kanaatindeyiz.

Çocukluk ve ergenlik çağı cinsiyet disforisi, bu durumu yaşayan gençlerin psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarına nasıl yanıt vermemiz gerektiğine dair önemli tıbbi ve etik sorunlar gündeme getirmektedir. Güncel tedavi önerileri ve Hollanda modeli bu etik sorunlara çözümler üretmediği gibi çocuğun üstün yararı, yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleri ile çelişen yeni problemler ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle cinsiyet disforik çocuk ve ergenlerde aşağıda örnekleri verilen belli ilkelere dikkat edilmesi gerektiğini düşünüyoruz:

1. Çocukluk çağı disforisinin ergenlik ile birlikte gerileme ihtimali nedeniyle ergenlik sürecinin cinsiyet disforisi üzerine etkisinin beklenmesi gerekir.
2. Puberte baskılayıcı hormon tedavilerinden ya da fenotipik cerrahi işlemlerden çocuk rıza yaşına gelene ve özerk bir karar verene kadar kaçınılmalıdır.

3. Disforinin eşlik ettiği anksiyete, depresyon, kendine zarar verme ya da intihar düşüncesi gibi psikolojik bozukluklar uygun terapiler eşliğinde tedavi edilmelidir.
4. Çocuğun kendisini doğru ifade etmesini sağlayacak tarafsız bir psikolojik yönlendirme yapılmalıdır.
5. Damgalama ve dışlamanın önlenmesi ve ortadan kaldırılması için tüm toplumun sorumluluk alması ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

### Çıkar Çatışması ve Finansman Bildirimi

Yazarlar bildirecek bir çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Yazarlar bu çalışma için hiçbir finansal destek almadıklarını da beyan eder.

### KAYNAKLAR

1. Reale C, Invernizzi F, Panteghini C, Garavaglia B. Genetics, sex, and gender. *J Neurosci Res.* 2023;101(5):553–62.
2. Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 1955;96:253–64.
3. Haig D. The inexorable rise of gender and the decline of sex: social change in academic titles, 1945–2001. *Arch Sex Behav.* 2004;33:87–96.
4. Vaidakis N. Conceptual controversies regarding the terms Gender and Sex. *Psichiatriki.* 2020;31(3):271–4.
5. Eagly AH, Wood W. The nature-nurture debates: 25 years of challenges in understanding the Psychology of gender. *Perspect Psychol Sci.* 2013;8(3):340–57.
6. Garg G, Elshimy G, Marwaha R. (2023), Gender dysphoria. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim tarihi: 09 Nisan 2023. Erişim linki: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335346/>
7. American Psychiatric Association. (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
8. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869–903.
9. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* 2017;14(5):404–11.
10. van de Grift TC, Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, et al. Body satisfaction and physical appearance in gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2016;45(3):575–85.
11. Drescher J, Pula J. Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. *Hastings Cent Rep.* 2014;44 Suppl 4:S17–22.
12. Byne W, Karasic DH, Coleman E, et al. Gender dysphoria in adults: An overview and primer for Psychiatrists. *Transgend Health.* 2018;3(1):57–70.
13. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry.* 2016;15(3):205–21.
14. Hayes K. Ethical implications of treatment for gender dysphoria in youth. *Journal of Health Ethics.* 2018;14(2). Erişim tarihi: 09 Nisan 2023. Erişim linki: <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1402.03>
15. Hembree WC. Management of juvenile gender dysphoria. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013;20(6):559–64.
16. Streed CG Jr, Anderson JS, Babits C, Ferguson MA. Changing medical practice, not patients - putting an end to conversion therapy. *N Engl J Med.* 2019;381(6):500–2.
17. Ryan C, Toomey RB, Diaz RM, Russell ST. Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *J Homosex.* 2020;67(2):159–73.
18. Rafferty J; Comiittee on psychosocial aspects of child and family health; committee on adolescence; section on lesbian, gay, bisexual, and transgender health and wellness. Ensuring comprehensive care and support for Transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics.* 2018;142(4):e20182162.
19. de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex.* 2012;59(3):301–20.
20. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(2):171–6.
21. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative followup study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011;16(4):499–516.
22. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):13–20.
23. Rekers GA, Lovaas OI. Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *J Appl Behav Anal.* 1974;7(2):173–90.
24. Brik T, Vrouenraets LJJ, de Vries MC, Hannema SE.

- Trajectories of adolescents treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2020;49(7):2611–8.
25. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med.* 2018;15(4):582–90.
  26. Olson-Kennedy J, Warus J, Okonta V, et al. Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and post-surgical cohorts. *JAMA Pediatr.* 2018;172(5):431–6.
  27. De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* 2005;34(6):679–90.
  28. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työlajärvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:31–41.
  29. Rodriguez-Wallberg K, Obedin-Maliver J, Taylor B, et al. Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *Int J Transgend Health.* 2022;24(1):7–25.
  30. Steinberg L. A dual systems model of adolescent risk-taking. *Dev Psychobiol.* 2010;52(3):216–24.
  31. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, et al. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *J Sex Marital Ther.* 2012;38:151–89.
  32. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CL. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health.* 2016;59(5):489–95.
  33. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health.* 2014;55(1):93–9.
  34. de Vries AL, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, VanderLaan DP, Zucker KJ. Poor peer relations predict parent and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(6):579–88.
  35. Freud S. Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. *International Journal of Psychoanalysis.* 1925;6:21–6
  36. Money J, Ehrhardt AA. (1972), *Man and woman, boy and girl: Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
  37. Vlot MC, Klink DT, den Heijer M, et al. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone.* 2017;95:11–9.
  38. Rew L, Young CC, Monge M, Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. *Child Adolesc Ment Health.* 2021;26(1):3–14.
  39. Kimberly LL, Folkers KM, Friesen P, et al. Ethical issues in gender-affirming care for youth. *Pediatrics.* 2018;142(6):e20181537.
  40. McGuire JK, Anderson CR, Toomey RB, Russell ST. School climate for transgender youth: a mixed method investigation of student experiences and school responses. *J Youth Adolesc.* 2010;39(10):1175–88.
  41. Theunissen MJ, de Man I, Verdonk P, Bosma H, Feron F. Are barbie and ken too cool for school? A case-control study on the relation between gender and dropout. *Eur J Public Health.* 2015;25(1):57–62.
  42. Fausto-Sterling A, Crews D, Sung J, Garcia-Coll C, Seifer R. Multi-modal sex-related differences in infant and in infant-directed maternal behaviors during months three through twelve of development. *Dev Psychol.* 2015;51(10):1351–66.
  43. Zucker KJ. Persistence and desistence in children and adolescents with gender variance: a comparative-developmental perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(10):S80.