



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



ÇOCUK VE ERGEN CİNSİYET DİSFORİSİ KLİNİK PROTOKOLÜ

Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

2026



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

ÇOCUK VE ERGEN CİNSİYET DİSFORİSİ KLİNİK PROTOKOLÜ

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası	1418
ISBN	978-625-8644-13-5
Yayın Tarihi	Ekim - 2026
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	-
Sayfa Sayısı	30

Atıf için: T.C. Sağlık Bakanlığı (2026), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, Çocuk ve Ergen Cinsiyet Disforisi Klinik Protokolü, Ankara, ss. 30.

Telif Hakkı Sahibi: © Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2026

Bu protokolün yayın hakları T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. İzin alınmaksızın çoğaltılamaz ve dağıtılamaz. Ücretsizdir, para ile satılamaz.

Tıbbi bilgiler sürekli değişime uğrayarak yenilenmektedir; o nedenle bu protokoldeki bilgiler literatür bilgisi ile güncellenmelidir. Herhangi bir yanlış uygulamadan kaçınabilmek amacı ile standart güvenlik önlemleri dikkate alınmalıdır. Her hasta için en iyi uygulamayı yapmak sorumlu hekimin görevidir.

İLETİŞİM

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

Adres: Üniversiteler Mahallesi, Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi, No:3 Çankaya/Ankara

Tel: +90 312 471 15 37

Web: shgm.saglik.gov.tr, <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr>, hta.gov.tr



ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak Sağlık Bakanlığı'nın en temel hedefleri arasındadır. Bu kapsamda Genel Müdürlüğümüz koordinasyonunda hazırlanan klinik rehber ve protokoller, sağlık olgularının yönetiminde kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları tanımlamayı, hasta bakım ve güvenlik standartlarını belirlemeyi, etkili ve sürdürülebilir stratejilerin seçiminde tüm sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi hedeflemektedir. Bu amaçla, sağlık olgularının tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem süreçleri ile koruyucu ve önleyici hizmetlerin yönetimine ilişkin uluslararası kanıtların yerel yapılara uyumu göz önünde bulundurularak hazırlanan rehber ve protokoller ile müdahale ve bakım süreçlerinin standart hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir.

Cinsiyet disforisi tanımlı olguların değerlendirilmesi ve tedavisi sırasında, söz konusu bireylerin ihtiyaçlarını karşılayan, güvenli, bütüncül ve etkili bir bakım oluşturmak için multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Ayrıca tüm bu süreçlerde yeterli desteğin oluşturulabilmesi için, çocuk ve ergenin yanı sıra ailesi, akran kümesi ve diğer sosyal çevresinin de süreçte yer alması önemlidir.

Bu Klinik Protokol, cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin tanı, değerlendirme ve izlem süreçlerinde güncel araştırmalar, mevcut veriler ve süregelen bilimsel tartışmaları dikkate alarak ortak bir klinik yaklaşım oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır. Protokolün ulusal düzeyde standart bir yaklaşım uygulanmasına katkı sağlamasını ve faydalı olmasını diler, emeği geçen tüm çalışma grubu üyelerine teşekkür ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

ÇALIŞMA EKİBİ

Çalışmanın Adı

Çocuk ve Ergen Cinsiyet Disforisi Klinik Protokolü, 2026

Çalışma Sahibi

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

Çalışma Yöneticileri

Adı, Soyadı	Ünvanı	Kurumu/Görevi
Hasan Basri VELİOĞLU	Uzm. Dr.	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Sacit TÜRÜDÜ	Uzm. Dr.	Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Sultan OĞRAŞ	Daire Başkanı	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanı

Çalışma Koordinatörü

Nursel GÜNAY	Diyetisyen	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı
--------------	------------	--

Editörler

Murat COŞKUN	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ABD
--------------	-----------	---

Yazarlar*

Esra ÇÖP	Prof. Dr.	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği
Fatih GÜRBÜZ	Prof. Dr.	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi Kliniği
Murat COŞKUN	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ABD
Nusret SOYLU	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ABD
Zeki BAYRAKTAR	Prof. Dr.	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Katkıda Bulunanlar

Abdurrahman Cahit ÖRENGÜL	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ABD
Süreyya KİTAPÇIOĞLU	Dr., Klinik Psikolog	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Tuncay SANDIKÇI	Dr. Öğretim Üyesi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ABD
Olgun ŞENER	Eğitim Uzmanı	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

Grafik Tasarım/Mizanpaj

Selda CAN	Grafiker	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı
-----------	----------	--

*Yazar isimleri; akademik unvan hiyerarşisine göre; her unvan grubu içinde ise alfabetik olarak sıralanmıştır.



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
YAYIN KOMİSYONU**

Ad Soyad	Görev
Doç. Dr. Naim ATA	Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Yusuf AKDOĞAN	Üye
Doç. Dr. Murat GÜLŞEN	Üye
Uzm. Dr. Erkan SANMAK	Üye
Uzm. Dr. Dilek TARHAN	Üye
Sultan OĞRAŞ	Üye



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
ÇALIŞMA EKİBİ	iii
YAYIN KOMİSYONU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR	vi
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	1
1.2. Kapsam ve Hedef Grupları	1
2. CİNSİYET KİMLİĞİNİN GELİŞİMİ	2
3. TEMEL KAVRAMLAR VE TANIMLAR	4
3.1. Biyolojik Yönüyle Cinsiyet (Sex)	4
3.2. Psikososyal Yönüyle Cinsiyet (Gender)	4
3.3. Cinsiyet Kimliği (Gender Identity)	5
3.4. Cinsiyet Rolü (Gender Role)	5
3.5. Cinsel Yönelim (Sexual Orientation)	5
3.6. Transgender	5
3.7. Cinsiyet Disforisi (Gender Dysphoria)	6
4. MEVCUT DURUM, UYGULAMALAR VE TARTIŞMALAR	7
4.1. Puberte Blokajı Hakkındaki Tartışmalar ve Yeni Eğilimler	7
4.2. Ruhsal Sağlık ve İntihar Riski	8
4.3. Fiziksel, Biyolojik ve Gelişimsel Etkiler	9
4.4. Uluslararası Düzenlemeler ve Rehberler	9
4.5. Cinsiyet Disforisinin Doğal Seyri ve Puberte Blokajının Etkisi	11
5. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME, MÜDAHALE VE İZLEM	12
5.1. Mevcut Ruhsal Durum ve Muayene	13
5.2. Cinsiyet Disforisinin Gelişimi ve Seyri	13
5.3. Gelişimsel Öykü ve Değerlendirme	14
5.4. Psikososyal Müdahaleler	15
5.4.1. BDT Temelli Psikososyal Yaklaşım ve Terapötik Hedefler	16
6. TIBBİ DEĞERLENDİRME VE YÖNLENDİRME	17
Kaynakça	19



TABLolar

Tablo 1. Çocuklarda Cinsiyet Disforisi DSM-V Tanı Kriterleri	14
--	----

KISALTMALAR

CD	Cinsiyet Disforisi
DSD	Cinsiyet Gelişim Bozuklukları (Disorders of Sex Development)
DSM	Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESCAP	Avrupa Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)
NHS	Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service)



1. GİRİŞ

1.1. Amaç

Son yıllarda yayımlanan çalışmalar ve literatür incelemelerine dayalı bilimsel raporlar, cinsiyet disforisi (CD) olan çocuk ve ergenlere yönelik yaklaşımlar ve uygulamalar konusunda önemli tartışmalara ve değişimlere yol açmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, bu gelişmelere paralel olarak Haziran 2025'ten itibaren cinsiyet disforisi olan 21 yaş altı çocuk ve ergenlerde ergenliği baskılayan ve karşıt cinsiyet hormonlarını içeren ilaçlara erişimi kısıtlamış; bu durum, cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin tedavi ve izlemine ilişkin kanıta dayalı bir kılavuz oluşturma ihtiyacını doğurmuştur.

Cinsiyet disforisi tanısı, tamamen öznel bildirimlere ve davranışsal gözlemlere dayanmakta olup herhangi bir nesnel fiziksel, görüntüleme veya laboratuvar belirteci bulunmamaktadır. Tanı süreci, ergenlik döneminde dalgalanma gösterebilen tutumlar, duygular ve davranışlar etrafında şekillenmektedir.

Çocuklarının sağlığını ve iyiliğini güvence altına alma arzusuyla hareket eden cinsiyet disforili çocuk ve ergenlerin ebeveynleri, onları en iyi şekilde nasıl destekleyecekleri konusunda sıklıkla zorlanmaktadır. Bu çocuk ve ergenlerin birçoğunda eşlik eden psikiyatrik veya nörogelişimsel durumlar bulunmakta olup onları özellikle kırılgan hâle getirmektedir. Profesyonel yardım arandığında, çocukların ve ailelerinin özgül ihtiyaçlarına göre uyarlanmış, şefkatli ve kanıta dayalı bir bakım almaları esastır (Cass, 2024).

Bu protokolün amacı, cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin tanı, değerlendirme ve izlem süreçlerinde güncel yaklaşımlar, mevcut veriler, bilimsel araştırmalar ve tartışmaları dikkate alarak ortak bir klinik yaklaşım oluşturmaktır.

1.2. Kapsam ve Hedef Grupları

Bu protokol cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin psikiyatrik değerlendirme, psikososyal destek, müdahale ve izleminin yanı sıra tıbbi değerlendirme ve yönlendirme süreçlerini de kapsamaktadır.

Protokolün hedef grupları çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanları başta olmak üzere çocuk ve ergenlerle çalışan klinik psikologlar, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanları, çocuk endokrinoloji uzmanları ve ilgili diğer sağlık çalışanlarıdır.



2. CİNSİYET KİMLİĞİNİN GELİŞİMİ

Cinsiyet kimliği, gebelikte başlayan biyolojik süreçlerin; bebeklikten ergenliğe uzanan ilişkisel, bilişsel ve kültürel–dijital deneyimlerle etkileşimi sonucunda gelişen çok katmanlı bir yapıdır (*Bronfenbrenner, 1979*). Cinsiyet kimliği gelişimini tek bir kuramsal çerçeve ile açıklamak mümkün görünmemektedir. Biyolojik olgunlaşma, erken bakım deneyimleri, özdeşleşme süreçleri, bilişsel örgütlenme ve psikososyal cinsiyet normlarının etkisi, birlikte işleyen bir bütün oluşturur. Neticede cinsiyet kimliği, biyolojik cinsiyetin sağladığı nörogelişimsel zemin üzerinde psikososyal etkileşimlerle şekillenen, içsel ve dışsal faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu ortaya çıkan biyopsikososyal bir süreçtir (*Bem, 1981; Bowlby, 1982*).

Genetik yapı, gonadal gelişim ve prenatal hormon maruziyeti biyolojik bir zemin sağlamakla birlikte cinsiyet kimliğini tek başına belirlememektedir. Nitekim Melissa Hines (2015), cinsiyet gelişimini ele aldığı temel çalışmasında bu ayrımı netleştirerek, prenatal androjen maruziyetinin cinsiyetle ilişkili oyun davranışlarını etkilese de kimlik gelişiminin doğumdan itibaren bakım verenle kurulan ilişki ve sosyal çevrenin tepkileriyle şekillendiğini vurgulamaktadır. Bu süreçte Mahler'in ayrılma-bireyleşme ve Erikson'un psikososyal gelişim aşamaları özdeşim süreçlerine yön verirken, Winnicott'un tarif ettiği geçiş alanı ve gerçek kendiliğin gelişimi erken örgütlenmeye katkıda bulunmaktadır (*Mahler, Pine ve Bergman, 1975; Winnicott, 1971*). Yaşamın ilk yıllarında beliren çekirdek cinsiyet kimliği de bu ilişkisel ve bilişsel temeller üzerinde şekil almaktadır (*Stoller, 1964*).

Bilişsel gelişim sürecinde çocuklar cinsiyeti etiketleme, onun zaman içinde sabit olduğunu kavrama ve durumsal değişikliklere rağmen değişmezliğini anlama gibi aşamalardan geçmektedir (*Kohlberg, 1966; Piaget, 1952*). Campbell Leaper'ın (2015) bilişsel gelişim üzerine yaptığı kapsamlı incelemede ortaya koyduğu üzere, çocuklar bu süreçte sadece pasif alıcılar değil, psikososyal cinsiyet ipuçlarını aktif olarak işleyen ve kendi "cinsiyet şemalarını" oluşturan faillerdir.

Psikososyal cinsiyet normları zamanla zihinsel şemalara dönüşerek davranış örüntülerini yönlendirir (*Bem, 1981*). Bu süreç, Bandura'nın sosyal öğrenme kuramı ile Bronfenbrenner'in ekolojik sistem yaklaşımının öngördüğü üzere aile, akranlar, okul ve kültürel/dijital çevrenin etkileşimiyle sürekli olarak biçimlenmektedir (*Bandura, 1977; Bronfenbrenner, 1979*). Gelişimsel psikoloji literatürü, cinsiyet tipolojisinin oluşumunda sadece biyolojik yatkınlığın değil ebeveyn beklentileri, akran etkileşimi ve sosyokültürel modellemenin de belirleyici olduğunu, dolayısıyla kimlik gelişiminin çevresel dinamiklere açık bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır (*Lamb, 2015*).

Dijital çocukluk çağında idealize beden temsilleri ve kimlik performansları, klasik gelişimsel sürece yeni bir katman ekleyerek kimlik oluşumunu hızlandırabilir ve kırılganlaştırabilir. Ergenlik döneminde biyolojik değişimlerin hızlanması ve soyut düşünmenin gelişmesiyle kimlik yeniden örgütlenir. Bu dönem, bireyin çocukluk bağımlılıklarından ayrılarak kendi kimliğini yapılandırdığı



2. CİNSİYET KİMLİĞİNİN GELİŞİMİ

ikinci bir bireyleşme süreci niteliğindedir (Blos, 1967). Dijital ortamlar, ergenlikteki kimlik sorgulamalarının yoğunluğunu artırabilir. Bu dönemdeki kimlik arayışlarının çeşitliliği, güncel tarama çalışmalarına da yansımış; lise öğrencilerinin %9,2'sinin kendisini cinsiyet uyumsuz/transgender spektrumunda tanımladığı bildirilmiştir (Kidd vd., 2022). Ancak klinik yaklaşım, bu tür beyanların kalıcı bir kimlikten ziyade, ergenliğin psikososyal ve bağlamsal dinamikleriyle ilişkili olabileceğini göz önünde bulundurmaya gerektirir.

Cinsiyet kimliği, biyolojik süreçlerle psikososyal etkileşimlerin birlikte işlediği çok boyutlu bir gelişim hattıdır. Klinik değerlendirme, klasik gelişim kuramlarını çağdaş, dijital ve kültürel dinamiklerle birlikte ele almayı gerektirir. Klinik veriler, ergenlikte görülen cinsiyet disforisinin zaman içinde yüksek oranda gerileyebileceğini göstermektedir. 2024 yılında yayımlanan geniş ölçekli bir boylamsal çalışmada, erken ergenlikte %11 düzeyinde olan cinsiyet memnuniyetsizliğinin genç yetişkinliğe geçişte [klinik müdahale gerektirmeden, doğal seyirde] %4'e gerilediği saptanmıştır (Rawee vd., 2024). Benzer şekilde, çocuklukta tanı alan erkek çocukların uzun dönemli izleminde, disforinin yetişkinlikte sebat etme oranının sadece %12 olduğu, büyük çoğunluğunda ise ergenlik süreciyle birlikte tablonun ortadan kalktığı gösterilmiştir (Singh vd., 2021). Bu veriler, cinsiyet disforisine yaklaşımda aceleci tıbbi müdahaleler yerine, gelişimsel süreci gözetten temkinli bir klinik takibin önemini desteklemektedir.



3. TEMEL KAVRAMLAR VE TANIMLAR

Cinsiyet, eril veya dişil olma çerçevesinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönleri olan çok boyutlu bir kavramdır. Tarih boyunca hemen her toplumda toplumsal düzenin kurulmasında belirleyici bir işlev üstlenmiş olmakla birlikte cinsiyete yönelik akademik ve popüler ilginin belirgin biçimde artması, esas olarak son yarım yüzyılda geliştirilen yeni kuramsal yaklaşımlar ve bu çerçevede yürütülen tartışmalarla ilişkilidir. Bu bağlamda cinsiyete dair ortaya konan veya çıkan kavramların kimi zaman bilimsel olmaktan ziyade popüler bir üretim olduğu, popüler üretimin akademik camiadaki tanımlamaları etkileyebildiği gözlenmektedir. Sık kullanılan kavramların neleri içerip neleri dışarıda tuttuğunu bilmek, ortak bir bilimsel zemin için önemlidir. Bu bölümde cinsiyete ilişkin kavramların güncel kullanımlarına değinilecek, tanı kılavuzlarındaki dönüşümün tarihçesi üzerinde durulacaktır.

3.1. Biyolojik Yönüyle Cinsiyet (Sex)

Biyolojik yönüyle cinsiyet, biyolojik anlamda dişillik ve erilliği tanımlamak için kullanılmaktadır (Rowland ve Incrocci, 2008). Kromozomal, hormonal yapı, gonadlar, iç ve dış genitalya anatomisi, üreme ile doğrudan ilişkisi bulunmayan dimorfik ikincil cinsiyet karakteristikleri, üreme hücrelerinin yapısı da dâhil olmak üzere bedensel özellikleri içerir. Cinsiyetin biyolojik yönünü karşılamak üzere İngilizce literatürde “sex”, “natal sex”, “birth sex”, “assigned sex”, “female/male assigned at birth” şeklindeki tanımlamalar bulunmaktadır.

3.2. Psikososyal Yönüyle Cinsiyet (Gender)

Erillik ve dişillikçe dair psikolojik ve davranışsal özellikleri tanımlayan psikolojik yönüyle cinsiyet kavramı, kişinin cinsiyete dair nasıl bir ruhsal durum ve davranışsal görünüm içinde olduğuna karşılık gelir. *Gender* kavramı tıbbi literatürde ilk olarak John Money tarafından kullanılmıştır (Money vd., 1955). Money, daha çok cinsiyet gelişimi bozukluğu olan vakalarla çalışmış olup bu kişilerin cinsiyetlerinin biyolojik yönüyle psikososyal yönü arasındaki ilişkinin her zaman örtüşmediğinden hareketle, o güne değin kullanılan *sex role* teriminin yetersizliğine kanaat getirmiştir. İlk kullanıma girdiği yıllarda *gender*, daha çok biyolojik süreçlerle ilintili ele alınsa da zamanla biyolojik yönünden arındırılarak sosyal unsurları belirtmek amaçlı dile getirilmiştir. *Gender* kavramının semantik tarihçesinde tıbbi bilimlerden sosyal bilimlere doğru epistemolojik bir geçiş olduğu söylenebilir. Dolayısıyla *gender*, sosyal ve beşerî bilimler literatüründe sosyal inşâcılık ekseninde değerlendirildiğinden Türkçeye toplumsal cinsiyet olarak tercüme edilmiştir. Ancak tıbbi bilimler açısından bu tercümenin kastedilen kavramı tam olarak karşılamadığı ve kapsamadığı söylenebilir. Bu nedenle literatürde daha nötral denebilecek *sex typical*, *sex-dimorphic* gibi kavramlar da kullanılmıştır.



3. TEMEL KAVRAMLAR VE TANIMLAR

Dünya Sağlık Örgütü, *gender* kavramını bir toplumda kadın ve erkeklere uygun görülen ve sosyal olarak inşa edilmiş rol, davranış, tutum ve faaliyetler bütünü olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2025). Bu açıdan *gender*, sosyal bir yapı olarak toplumdan topluma ve zamandan zamana değişkenlik gösterebilir. DSÖ ayrıca, *gender*'ın biyolojik yapıyla ilişkili olmakla birlikte ondan ayrıştığını vurgulamıştır. Amerikan Psikoloji Birliği de benzer şekilde *gender* kavramının belirli bir kültürde kişinin biyolojik cinsiyeti ile ilişkili tutumlarını, hislerini ve davranışlarını ifade ettiğini söyleyerek sosyal bir yapı olduğunu vurgulamaktadır (APA, 2025).

3.3. Cinsiyet Kimliği (Gender Identity)

Cinsiyet kimliği, kişinin kendi cinsiyetinin psikososyal yönüne dair öznel zihinsel süreçlerine karşılık gelen düşünce, duygu veya inançlarını ifade eder. Bu öznel psikolojik fenomen, kişinin bir ait olma yaşantısı formunda özdeşim kurduğu kimlik biçimindedir. İngilizce literatürde bu kavram 1960'lı yıllarda ilk olarak Evelyn Hooker ve Robert Stoller tarafından neredeyse eş zamanlı dile getirilmiştir (Money, 1985). Stoller, "cinsiyet kimliği nüvesi" kavramını ortaya koyarak bunu, çocukta "bir cinsiyete ait olduğuna dair temel his" oluşumu olarak tanımlamıştır (Stoller, 1994).

3.4. Cinsiyet Rolü (Gender Role)

Belirli bir cinsiyete atfedilen sosyal ve davranışsal normları ifade eden cinsiyet rolü; bu normlar ve kültürler arasında ve aynı kültür içinde değişkenlik gösterebilir. Çocuklarda cinsiyet rolü davranışları akran tercihleri, oyun rolleri, oyuncak ilgileri, kostüm seçimi ve hareketli oyunlara yönelim gibi alanlarda gözlenir. Ergenlerde ve yetişkinlerde ise dişilik ve erillik tutumları aile, iş ve diğer sosyal ortamlarda ortaya çıkar (Zucker, 2005).

3.5. Cinsel Yönelim (Sexual Orientation)

Cinsel yönelim, bir kişinin başka bireylere yönelik cinsel bağlamdaki duygusal ve fiziksel çekimini ifade eder. Hangi cinsel uyarana karşı ilgi ve tepki verildiğine göre birey heteroseksüel, homoseksüel, biseksüel veya aseksüel olarak tanımlanır. Yönelinen nesne odaklı terimler ise androfili, jinefili, bifili ve afili şeklinde kullanılır.

3.6. Transgender

Transgender, cinsiyet kimliği düzeyinde, kişinin kendini ifade etme ve davranış örüntülerinin cinsiyetinin biyolojik yönüyle uyum göstermediği durumları tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Daha önceki literatürde erkekten kadına (male to female/MtF) veya kadından erkeğe (female to male/FtM) gibi dikotomik alt tanımlamalar mevcutken güncel literatürde *transfeminine* ve *transmasculine* ve *non-binary* gibi spektral tanımlar kullanılmaktadır. Bu kavramsal genişlemeye paralel olarak biyolojik cinsiyetiyle farklı düzeylerde uyumsuzluk gösteren cinsiyet



3. TEMEL KAVRAMLAR VE TANIMLAR

kimliğine sahip gençleri tanımlamak üzere güncel literatürde "*transgender and gender expansive youth*", "*transgender and gender non-conforming youth*", "*transgender and non-binary youth*", "*gender fluid youth*", "*gender diverse youth*" ve "*gender creative youth*" gibi çoklu ve spektral nitelik taşıyan tanımlamalar bulunmaktadır. Bu uyumsuzluğun klinik olarak anlamlı bir zorluk veya sıkıntıya yol açması durumunda ise cinsiyet disforisi olarak adlandırılan klinik durum ortaya çıkmaktadır. Türkçe literatürde *transgender* kavramı mevcut haliyle kullanılmakta, doğrudan bir tercüme yapılmamaktadır.

3.7. Cinsiyet Disforisi (Gender Dysphoria)

Cinsiyet disforisi, kişinin cinsiyetinin doğuştan belirlenmiş yönü (*assigned sex*) ile deneyimlediği ya da ifade ettiği cinsiyet kimliği (*gender identity*) arasındaki uyumsuzluğa eşlik eden sıkıntıyı tanımlayan bir psikiyatrik bozukluktur (APA, 2022). Çocuk ve ergenler ile erişkinler için iki farklı kriterler bütünü olmakla birlikte her iki grupta da kendi cinsiyet kimliği ve anatomisinden güçlü bir biçimde hoşlanmama ve karşı (ergenler ve erişkinlerde alternatif cinsiyet kimliği diye de bir seçenek vardır) cinsiyette olmayı güçlü bir şekilde arzulama bulunur. CD tanısı konması için bu klinik durumun en az 6 ay süreyle devam etmesi beklenir.

DSÖ, 1975 yılı ICD-9 sınıflandırmasında cinsiyet kimliğiyle ilişkili sorun yaşayan çocuklar için ilk tanısal düzenlemeyi yapmıştır. Bu tablo, "cinsel sapmalar ve bozukluklar" ana başlığı altında, "kimlik bozuklukları" alt grubunda *disorders of psychosocial identity* adıyla yer almış ve "transvestizm ile transseksüalizme benzer şekilde psikoseksüel açıdan olgunlaşmamış ergenlik öncesi çocuklarda görülen davranış örüntüsü" olarak tanımlanmıştır. Bu kategori daha sonra DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sistemine de yansımış ve DSM-III'te *gender identity disorder of childhood* başlığıyla kabul edilmiştir. ICD-10 ile kategori DSM-III'e paralel biçimde yeniden adlandırılmış ve transseksüellik tanısı da ana başlığa eklenmiştir. DSM-IV, bu adlandırmayı sürdürmüştür. DSM-V'te tanının kavramsal çerçevesi yeniden düzenlenmiş ve adı *gender dysphoria* (cinsiyet disforisi) olarak değiştirilmiştir (Drescher vd., 2016). ICD-11'de ise tanı adı *gender incongruence* olarak güncellenmiş ve F kategorisinden (psikiyatrik bozukluklar kategorisi) Z kategorisine (tıbbi ilgi ve desteğin gerekebileceği durumlar>cinsel sağlıkla ilişkili durumlar kategorisi) taşınmıştır. Ayrıca tanı konması için sıkıntı yaşanması gerekliliği de kaldırılmıştır. Bu değişiklikteki ana gerekçe, cinsiyet kimliği uyumsuzluğu yaşayan çocuklarda özel bir tedavinin zaten uygulanmadığı, esas müdahalenin bilgilendirme, yönlendirme ve ailelere destek sağlama olduğu yönündedir.



4. MEVCUT DURUM, UYGULAMALAR VE TARTIŞMALAR

Çocuk ve ergen cinsiyet disforisi (CD) olgularının yönetiminde psikoterapi, dikkatli izlem ve olumlayıcı yaklaşım gibi seçenekler bulunmakta ve bazı ergen CD olgularında puberte blokajı uygulanabilmektedir. Ancak güncel çalışmalar ve sistematik incelemeler puberte blokajının potansiyel zararlarına işaret etmekte, hemen hemen tüm ulusal ve uluslararası güncel kılavuzlar, CD'li çocuk ve ergenlere sunulan bakımın temel bileşeninin psikososyal destek olması gerektiğini vurgulamaktadır (*Heathcote, 2024*).

Psikoterapötik destek, tek başına veya diğer tedavilerle birlikte, eşzamanlı ruhsal hastalıkları veya katkıda bulunan psikiyatrik zorlukları yönetmek, psikolojik işleyişi geliştirmek, ruhsal sağlığı ve genel iyilik hâlini artırmak ve başa çıkma becerilerini desteklemek amacıyla sunulmalıdır (*Sinai ve Sim, 2024; Heathcote, 2024*).

4.1. Puberte Blokajı Hakkındaki Tartışmalar ve Yeni Eğilimler

Hollanda Protokolü olarak bilinen bu yöntemde ergenlik, GnRH analogları ve anti-androjenlerle baskılanmakta, devamında da karşı cinsiyet hormonları uygulanmaktadır. Bu yaklaşım, pubertal baskılama yapılan 70 vakanın yer aldığı 2011 çalışması ile 18 yaşına ulaştıklarında gonadektomi yapılan bazı vakaların raporlandığı 2014 çalışmasına dayanmaktadır (*de Vries vd., 2011; de Vries vd., 2014*). Ancak yöntemin temelini oluşturan bu iki çalışma da metodolojik yanlışlıklar nedeniyle eleştirilmiştir. Bu çalışmalar için ileri sürülen üç ana metodolojik sorun şunlardır:

1. Örneklem seçimi yalnızca en başarılı vakaları içermektedir.
2. Disforinin çözülmesi, anket skorlarının tersine çevrilmesinden kaynaklanmıştır.
3. Eşzamanlı psikoterapi, hormon ve cerrahi etkilerinin ayrılmasını imkânsız kılmıştır (*Abbruzzese, Levine & Mason, 2023*).

Yöntem yaklaşık on yıl boyunca Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'da yaygın olarak uygulanmış olsa da 2018'den itibaren beklenen faydanın sağlanamaması, potansiyel zararları, kanıt yetersizliği ve uzun dönem etkilerin bilinmemesi gibi gerekçelerle birçok ülkede kısıtlamalara gidilmiş veya tamamen yasaklanmıştır. Güncel çalışmalar ve sistematik incelemelerde puberte blokajı ile ilgili güçlü bir kanıt bulunmadığı bildirilmekte ve yöntemin potansiyel zararları vurgulanmaktadır (*Carmichael vd., 2021; Cass, 2024; Ludvigsson, 2023; Miroshnychenko vd., 2025a, 2025b*). Yöntem ABD'de ve Avrupa'da iddia edilen faydayı sağlayamadığı ve kabul edilemez güvenlik riskleri oluşturduğu gerekçesiyle giderek kısıtlanmaktadır. Çünkü puberte blokajının, cinsiyet kimliği gelişiminin seyrini değiştirebileceği ve esasen ergenliğin doğal seyri sırasında biyolojik cinsiyetle uzlaşmış olabilecek bir cinsiyet kimliğini "kilitleyebileceği" konusunda önemli endişeler bulunmaktadır (*Jorgensen vd., 2022; Cass, 2024*). Aslında bu endişeler yeni de değildir.



4. MEVCUT DURUM, UYGULAMALAR VE TARTIŞMALAR

Hollanda yaklaşımının bazı erken dönem eleştirmenleri, erken ve orta ergenlikte hormonal müdahalelerin başlatılmasının "cinsiyet kimliği gelişimini etkileyebileceğini ve hatta iyatrojenik olarak cinsiyet disforisinin kalıcılığını tetikleyebileceğini" belirtmişlerdir (*Korte vd., 2008*).

Birçok çalışma, ergenlik baskılamasından karşıt cinsiyet hormon kullanımına geçiş oranlarının %90'ı aştığını göstermektedir (*Brik vd., 2020; Carmichael vd., 2021; de Vries vd., 2011, de Vries vd., 2014; van der Loos vd., 2023; Wiepjes vd., 2018*). Bu veriler, ergenlik baskılamaya ilişkin algıyı değiştirmiştir. Ergenlik baskılama, düşünmek için zaman sağlayan zararsız bir duraklatma düğmesi olarak görülmekten, tıbbi geçişi hızlandıran bir "gaz pedalı" olarak algılanmaya başlanmıştır. Böylece ergenlik baskılaması, karşıt cinsiyet hormonu kullanımına geçişi destekleyen ve iyatrojenik cinsiyet disforisinin devamlılığını teşvik eden güçlü bir müdahale olarak değerlendirilmektedir.

Cass İncelemesi'nde de belirtildiği üzere, ergenlik baskılayıcıları düşünmek için zaman kazandırmamakta, bilakis ergenlik baskılama tedavisine başlayanların büyük çoğunluğu, özellikle tedaviye ergenliğin erken dönemlerinde başladığında, maskülenizan/feminizan hormon kullanımına devam etmektedir (*Cass, 2024*).

4.2. Ruhsal Sağlık ve İntihar Riski

Puberte blokajının CD'li ergenlerde ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirdiğine dair güçlü bir kanıt bulunmamaktadır. Birleşik Krallık Tavistock Kliniği (*Gender Identity Development Service, GIDS*) verileri, yöntemin ruhsal durum üzerinde anlamlı ve kalıcı bir iyileşme sağlamadığını göstermiştir (*Carmichael vd., 2021*). Depresyon, anksiyete, özsaygı, intihar riski ve genel psikolojik işlevsellik açısından puberte blokajının bildirilen sonuçları da belirsizlik içermektedir (*Cass, 2024; McDeavitt vd., 2025*).

Finlandiya'da yapılan büyük ölçekli ulusal kohort çalışması, 1996-2019 arasında cinsiyet disforisi nedeniyle kayıtlı olan gençlerde intihar, intihar girişimi ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarını incelemiştir. Medikal müdahale gören gençlerde intihar veya ölüm oranlarının azaldığını gösteren hiçbir kanıt bulunmadığı gibi riskin büyük ölçüde eşlik eden psikiyatrik komorbiditelerle ilişkili olduğu görülmüştür (*Ruuska vd., 2024*). Bu bulgular, CD'li gençlerde intihar riskinin puberte blokajı ile azaldığına dair iddiaların kanıt temelli destekten yoksun olduğunu göstermektedir.

Aynı kohorttan yapılan tamamlayıcı bir kayıt çalışması daha da çarpıcı bulgular ortaya koymuştur. Finlandiya ulusal verilerine dayanan, 1999-2019 yılları arasında kaydedilen ve 2022'ye kadar izlenen (takip süresi 2–25 yıl; ortalama 6,5 yıl) bu çalışmada, CD nedeniyle 23 yaş altında hormon ve cerrahi müdahale uygulanan 2.083 olgu, cinsiyet ve doğum yılına göre eşleştirilmiş ve 16.643 akran kontrol ile (yaklaşık her olguya karşılık 8 kontrol) karşılaştırılmıştır. Bulgular, psikiyatrik morbiditenin feminizasyon (MtF) grubunda %9,8'den %60,7'ye, maskülenizasyon (FtM) grubunda ise %21,6'dan %54,5'e yükseldiğini göstermiştir (*Ruuska vd., 2026*).



4.3. Fiziksel, Biyolojik ve Gelişimsel Etkiler

Puberte blokajı kemik, beyin, üreme ve cinsel gelişim üzerinde çok sayıda istenmeyen etkiye yol açabilmektedir (*Betsi, 2024; Cohen-Kettenis, 2008; Giovardani, 2017; Lemma, 2016; McDeavitt vd, 2025*);

- Kemik mineral yoğunluğu birikiminde azalma (BMD z-skorlarında düşme)
- Büyüme hızında yavaşlama (boy uzamasında azalma)
- Yağ kütlesinde artış
- Sperm ve oosit olgunlaşmasının durması (fertilite kaybı)
- Fallus gelişiminin baskılanması (fallopласти için anatomik yetersizlik)
- Bilişsel ve nörogelişimsel işlevler üzerinde cinsiyete özgü olumsuz etkiler bildirilmiştir.

Bu etkilerin geri döndürülebilir olduğuna dair kanıt bulunmamaktadır (*Baxendale, 2024*). Mevcut çalışmaların çoğu küçük örneklemliler, kontrol grubundan yoksun ve kısa takip süreli olduğundan etkinlik ve güvenlik açısından güvenilir sonuçlar çıkarmak mümkün değildir (*Betsi, 2024*).

4.4. Uluslararası Düzenlemeler ve Rehberler

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri raporu, puberte blokajına ilişkin kanıt kalitesinin düşük olduğunu, medikal müdahalelerin yararlarına dair güçlü kanıt bulunmadığını ve risklerin yeterince anlaşılmadığını bildirmekte olup bunun yerine psikoterapi ve keşif odaklı yaklaşımları önermektedir (*HHS, 2025*). Mevcut veriler doğrultusunda puberte blokajı uygulamaları, 2023 yılına kadar ABD’de çok sayıda eyalette yasal sınırlamalara tabi tutulmuştur. 2025 yılının başında yayımlanan ve 19 yaş altı bireylerde bu tür müdahalelere yönelik federal düzeyde kısıtlayıcı bir çerçeve ortaya koyan başkanlık kararnamesiyle, uygulamanın ülke genelindeki hukuki statüsü daha da daraltılmıştır (*White House, 2025*).

Puberte blokajı müdahalesini Avrupa’da ilk kısıtlayan ülkelerden biri İngiltere’dir. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), Hilary Cass tarafından yürütülen dört yıllık sistematik incelemeyi temel alarak yöntemin rutin kullanımını durdurmuştur. Cass incelemesi bin civarında vaka görüşmesi ve 7 sistematik derleme içermektedir (*Cass, 2024*). Carmichael ve arkadaşlarının Tavistock Kliniği verilerine dayanan çalışması da puberte blokajı uygulanan gençlerde, 3 yıla kadar takipte ruhsal sağlıkta belirgin bir iyileşme olmadığını göstermiştir (*Carmichael vd., 2021*).

Finlandiya Sağlık Hizmetlerinde Tercihler Konseyi, Finlandiya’da, puberte blokajının reşit olmayanlarda rutin kullanımını 2020 yılında yasaklamış ve psikososyal müdahaleleri birinci basamak tedavi olarak önermiştir (*COHERE, 2020*). Finlandiya’da 1996-2019 yılları arasında cinsiyet disforisi tanısı almış gençlerde yapılan büyük ölçekli nüfus temelli çalışma (2024 Ulusal Mortalite Çalışması), tıbbi müdahalelerin intihar ve ölüm oranlarını azaltmadığını, mortalitenin



4. MEVCUT DURUM, UYGULAMALAR VE TARTIŞMALAR

büyük ölçüde eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (*Ruuska vd., 2024*).

İsveç Ulusal Sağlık ve Refah Kurumu, reşit olmayanlar için puberte blokajı müdahalesini 2022'de durdurmuş, yalnızca araştırma koşullarında uygulanması gerektiğini bildirmiştir (*Socialstyrelsen, 2022*). Karolinska Enstitüsü'nün 2023 yılı sistematik incelemesi, hormon tedavisinin psikososyal, bilişsel, metabolik veya ruhsal sağlık sonuçlarına dair yeterli kanıt olmadığını belirtmiştir (*Ludvigsson, 2023*).

Norveç ve Danimarka'da da müdahale büyük ölçüde sınırlandırılmış olup gençlerin çoğuna medikal müdahale yerine danışmanlık ve psikoterapi sunulmaya başlanmıştır (*Block, 2023*).

İtalya Ulusal Biyoetik Komitesi 2024 yılında yöntemi yasaklamış, puberte baskılayıcıların yalnızca ruh sağlığı müdahaleleri başarısız olduktan sonra ve yalnızca uygun araştırma ortamında kullanılabileceğini bildirmiştir (*Italian National Bioethics Committee, 2024*).

Fransa Ulusal Tıp Akademisi puberte blokajı konusunda "en üst düzeyde rezerv" açıklaması yapmış ve psikoterapinin öncelenmesini önermiştir (*Académie Nationale de Médecine, 2022*).

Avrupa Pediatri Akademisi, puberte blokajının seçim özgürlüğünü artırmaktan ziyade sınırlayabileceğini, uzun vadeli özerkliği zayıflatabileceğini, CD'li ergenleri geri döndürülemez nitelikte karşıt cinsiyet hormon kullanımına ve cerrahi müdahalelere yönlendirebileceğini bildirmiştir (*Brierley vd., 2024*).

Avrupa Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği (ESCAP), CD yaşayan çocuk ve ergenlerin bakımında yaygın olarak kabul görmüş klinik, bilimsel ve etik standartların uygulanmasına acil ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, CD'nin doğal seyrini ve tıbbi geçişin sonuçlarını daha iyi anlayabilmek için, farmakolojik müdahale içermeyen uzun dönemli takip çalışmalarına acil gereksinim bulunduğunu belirtmektedir. Kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda, bu son derece savunmasız çocuk ve ergen grubundaki her birey için mümkün olan en iyi ve en güvenli bakımın sağlanması gerekmektedir. Bu bağlamda ESCAP, sağlık hizmeti sunucularını, psiko-sosyal etkileri kanıtlanmamış, deneysel nitelikteki invaziv tedavileri gereksiz yere teşvik etmekten kaçınmaya; dolayısıyla "primum non nocere" (öncelikle zarar vermeme) ilkesine bağlı kalmaya çağırmaktadır (*Radobuljac vd., 2024*).

Yeni Zelanda hükümeti 19 Kasım 2025 tarihinde puberte blokajıyla ilgili önemli kısıtlamalar getirdiğini duyurmuştur (*beehive.govt.nz, 2026*).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı da ilgili çalışmaların ve sistematik incelemelerin sonuçlarını dikkate alarak, Haziran 2025 itibarıyla çocuk ve ergen cinsiyet disforisi olgularında GnRH analoglarına ve hormonlara erişimi kısıtlamıştır.



4.5. Cinsiyet Disforisinin Doğal Seyri ve Puberte Blokajının Etkisi

Çocukluk döneminde başlayan CD olgularının yaklaşık %80'i ergenlik döneminde gerilemektedir (*Ristori & Steensma, 2016*). Hollanda'da yapılan güncel bir çalışma, bu gerilemenin 18 yaş sonrasında da devam edebileceğini göstermiştir (*Rawee, 2024*). Bu uzunlamasına kohortta erken ergenlikte %11 olan cinsiyet disforisi, 26 yaş civarında %4'e düşmüş; vakaların %78'inde tamamen çözülmüş, %19'unda azalmış ve yalnızca %2'sinde artmıştır. Singh ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, çocuklukta CD tanısı alan olgular 20'li yaşlarda yeniden değerlendirildiğinde sebat oranı yalnızca %12 bulunmuş, doğal seyirde olguların yaklaşık yüzde 90'ının gerilediği görülmüştür. Bu veriler doğal seyirde olguların yaklaşık yüzde 10-12'sinin transseksüel kimlikte sebat ettiğini göstermektedir. Buna karşı, puberte blokajı uygulanan olguların yaklaşık yüzde 95–100'ü karşı cinsiyet hormonlarını kullanmaya başlamakta ve transseksüel olmaktadır (*Brik, 2020; Carmichael vd., 2021; de Vries vd., 2011*). Bu durum, doğal seyirde gerilemesi olası bir grubun tedavi nedeniyle CD'de sebat etmesi anlamına geldiğinden, bu şekildeki olgular "iyatrojenik cinsiyet disforisi" çerçevesinde değerlendirilmektedir (*Bayraktar, 2025; Cass, 2024; Zucker, 2020*). Bu olgular yaşam boyunca hormon kullanmaya ve komplikasyon oranı yüksek cerrahi operasyonlara sürüklenmiş olmaktadır.



5. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME, MÜDAHALE VE İZLEM

CD olan çocuk ve ergenlerde öncelikli ve temel müdahale yöntemi, psikososyal destek ve komorbid psikiyatrik bozuklukların tedavisidir. Bu bağlamda psikososyal değerlendirme ve desteğin farklı bileşenleri aşağıda kısaca tanımlanmıştır. CD olan çocuk ve ergenlerin değerlendirme, müdahale ve izlemleri çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından yapılır. Cinsiyet disforisi olgularının büyük bir kısmında, şiddetli vakalar da dahil olmak üzere zaman içinde gerileme görüldüğü bilindiğinden izlem sürecinde çocuk veya ergenin olumsuz dışsal etkilerden, bedene yönelik tıbbi/cerrahi girişimlerden ve cinsel/ruhsal travmalardan olabildiğince korunması esastır. Cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin değerlendirme ve izlem süreçlerinde görev alan uzmanların, cinsiyet kimliğinin gelişimine ilişkin temel biyolojik, psikososyal ve gelişimsel süreçler ile bu süreçlere eşlik eden özgül gereksinimler konusunda yeterli kuramsal ve klinik bilgiye sahip olmaları beklenmektedir. Benzer şekilde cinsiyet disforisinin ortaya çıkmasındaki muhtemel biyolojik, psikososyal ve çevresel risk faktörlerinin neler olduğu ve bunların nasıl yönetilebileceği, koruyucu, önleyici veya tedavi edici girişimlerin nasıl uygulanacağı konusunda bilgi, beceri ve deneyim sahibi olunmalıdır.

Psikososyal değerlendirme ve müdahalede dikkate alınması gereken bir diğer önemli unsur, ergenlik döneminde ortaya çıkabilen kimlik karmaşasıdır. Bu sorunla başvuran ergenlerin büyük bir kısmında kimlik karmaşası ve/veya anksiyetesinin birkaç yıllık zaman içinde kendiliğinden gerilediği, bunların ancak çok az bir kısmında CD geliştiği bilinmektedir. Bazı ergenlerin bu tür zorluklar yaşayabileceği, bunun geçici bir durum olabileceği ve bu süreci yaşayan ergenler için temel, basit bir psikoeğitimin faydalı olabileceği söylenebilir. Cinsiyet kimliği karmaşası veya CD olan ergenlerde depresyon, TSSB, bipolar bozukluk, disosiyatif bozukluk gibi majör ve akut psikiyatrik tabloların var olması halinde bu durum(lar) tedavi edilmeden veya stabil hale gelmeden/getirilmeden ergenin cinsiyet kimliği hakkında kesin karar vermemek veya ergenin bu konuda bedensel müdahale gerektirecek taleplerine karşı temkinli olmak gerekir. Özellikle psikiyatrik komorbiditesi olan ergenler yaşadıkları bütün psikolojik sorunları doğrudan cinsiyet disforisine bağlayabilir, tıbbi ve cerrahi işlemler sonrası tümüyle düzeleceklerine inanıp bunda ısrar edebilirler. Bu durumda, yakın zamanda yapılan geniş ölçekli çalışmaların bu düşüncüyü desteklemediği, tıbbi ve cerrahi müdahalelerin uzun vadede ruh sağlığını iyileştirmekten ziyade kötüleştirebildiği (*Lewis vd., 2025*) ve ayrıca yaşam kalitesini düşüren ciddi ürogenital komplikasyonlara yol açabildiği (*Bayraktar, 2024*) uygun bir şekilde ifade edilebilir.

CD tanısı olan çocuk ve ergenlerin izlem sürecinde ve psikiyatrik görüşmelerde, odağın yalnızca bu konuya yöneltilmesinin doğru olmadığı unutulmamalıdır. Çocuğun genel anlamdaki iyilik haline, güçlü yanlarına, ilişkilerine ve işlevselliğine vurgu yapmak, çocuk/ergenle olan ilişkiyi sadece bu konuya indirgememek önemlidir.

CD tanısı olan çocuk ve ergenlerde psikososyal değerlendirme, müdahale ve izlem sürecinde dikkate alınması gereken birden fazla boyut ve alan bulunmaktadır.



5.1. Mevcut Ruhsal Durum ve Muayene

CD olan çocuk ve ergenler birçok psikiyatrik bozukluk veya sorun açısından yüksek riskli grup olarak görülmelidir. Özellikle depresyon, anksiyete, travma ilişkili bozukluklar, nörogelişimsel bozukluklar, intihar düşüncesi veya girişimleri ve kendine zarar verme davranışları bu grupta sık görüldüğünden tanısal görüşmeyi de içeren detaylı bir psikiyatrik muayene yapılmalıdır. Çocuk veya ergenin şu anki ruhsal durumu, psikososyal, ailevi ve akademik işlevselliği detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Çocuğa yönelik akut veya fiziksel bir tehdit olup olmadığı, çocuğun kendisine veya çevresine yönelik fiziksel bir tehdit oluşturup oluşturmadığı araştırılmalıdır. Çocuk veya ergenin aile, akran ve çevreyle olan ilişkilerini, alışkanlıklarını, güçlü ve zayıf yanlarını bilmek önemlidir. Cinsel açıdan riskli alışkanlıkları veya özellikle cinsel istismar kapsamına girecek eylemleri olup olmadığı uygun şekilde incelenmelidir. Özellikle ergen yaş grubunda tıbbi ve cerrahi bir işlem geçmişi veya talebi olup olmadığı da dikkate alınmalıdır. Son olarak ailenin ve/veya çocuğun tedavi iş birliği, motivasyonu ve beklentilerinin neler olduğu da önemli bir diğer konudur.

5.2. Cinsiyet Disforisinin Gelişimi ve Seyri

Cinsiyet disforisi olan çocukların birçoğunda belirtiler klasik olarak erken çocukluk yıllarında ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte günümüzde ergenlik döneminde ortaya çıkan cinsiyet disforisi vakalarında, özellikle ergen kız vakalarda ciddi bir artış görülmektedir (*Littman, 2018; Zucker, 2019*). Bu artış 2000'lerden önce başlamış olsa da, eğilim sonraki yıllarda devam etmiş ve özellikle 2010'dan sonra keskin bir ivme kazanmıştır (*Cass, 2024; Zucker, 2019*).

Erken çocukluk döneminde ortaya çıkan cinsiyet disforisinin, şiddetinden bağımsız olarak, büyük ölçüde ergenlik döneminde ya da sonrasında gerilediği bildirilmektedir (*Ristori & Steensma, 2016*). Güncel çalışmalar ise bu gerileme eğiliminin 18 yaş sonrasında da devam edebildiğini göstermektedir (*Rawee, 2024; Singh vd., 2021*).

Güncel DSM-V sınıflamasındaki tanı kriterlerine göre çocuklarda cinsiyet disforisi tanısının konulabilmesi için gerekli kriterler Tablo 1'de verilmiştir. Söz konusu tanı kriterlerinden de anlaşılacağı üzere çocuklarda cinsiyet disforisi tanısı koymak için karşıt cinsiyetten olmak isteme veya olduğunda ısrar etmenin yanı sıra farklı alanlardan çok sayıda karşıt cinsiyet davranış veya özelliklerinin var olması gerekmektedir. Bu bağlamda erken çocukluk döneminde karşıt cinsiyet davranışları veya özellikleri sergileyen her çocukta cinsiyet disforisi olmadığı unutulmamalıdır. Bu çocuklarda cinsiyet disforisi tanısı konulmadan önce ebeveyn danışmanlığının ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin merkezde olduğu bir psikososyal destek süreci yürütülmelidir.



5. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME, MÜDAHALE VE İZLEM

Tablo 1. Çocuklarda Cinsiyet Disforisi DSM-V Tanı Kriterleri

A.	Kişinin deneyimlediği/ifade ettiği cinsiyet ile doğuştan kendisine atanan cinsiyet arasında en az 6 ay süren belirgin bir uyumsuzluk; aşağıdaki belirtilerden en az altısıyla kendini gösterir. (Kriterlerden birisi A1 olması gerekir).
A.1.	Karşı cinsten olmayı çok isteme ya da karşı cinsten olduğu konusunda diretme vardır.
A.2.	Erkeklerde, karşı cinsin giysilerini giymek isteme ya da kadınsı giyime ileri derecede öykünme, kızlarda, yalnızca erkek giysilerini giymek isteme, kadınsı giysiler giymeme konusunda çok diretme vardır.
A.3.	İmgesel ve düşlemsel oyunlarda karşı cinsin yerine geçmeyi çok ister.
A.4.	Genelde karşı cinsin oynadığı oyuncaklarla oynamayı, oyunlara ya da etkinliklere katılmayı çok ister.
A.5.	Oyun arkadaşlarını karşı cinsten seçmeyi çok ister.
A.6.	Erkeklerde, erkeksi oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere karşı çıkma ve itiş-kakışlı oyunlardan belirgin kaçınma, kızlarda, kızların oynadığı oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere belirgin karşı çıkma vardır.
A.7.	Cinsel anatomisinden hiç hoşlanmama söz konusudur.
A.8.	Kişinin yaşadığı cinsel kimlikle eşleşen birincil ve/ veya ikincil cinsel özellikleri çok isteme vardır.

Diğer taraftan, ergenlikte (geç) başlangıç gösteren olguların bir kısmında, kişi veya ailesi çocukluk dönemine ilişkin herhangi bir şikâyet ya da bulgu tarif etmezken, bu olguların bir bölümünün, ergenlik öncesinde sözlü olarak ifade edilmemiş disfori vakaları olması mümkündür. Ergenlik süreci, sekonder cinsiyet özelliklerinin gelişmesi, sosyal ve çevresel faktörler, medya ve internet etkisi, anatomik disfori gibi birtakım sebeplerle, daha öncesinde ifade edilmemiş disforinin belirginleşmesine yol açabilir. Özellikle kız ergenlerde bedeninin tamamı veya bir kısmıyla (örneğin göğüslerle) ilgili anatomik disforinin cinsiyet disforisi için bir risk faktörü veya öncülü olabileceği akılda tutulmalıdır.

5.3. Gelişimsel Öykü ve Değerlendirme

Gebelikten başlayarak bebeklik ve erken çocukluk dönemi başta olmak üzere detaylı gelişimsel öykü ve değerlendirme, cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin psikiyatrik değerlendirmesinin rutin bir parçasıdır. Bu değerlendirme söz konusu gelişim aşamalarındaki muhtemel biyolojik ve psikososyal risk faktörlerini, ihmal ve istismar gibi travmatik deneyimleri kapsamalıdır. Erken dönem travmatik deneyimlerin kimlik gelişimi açısından önemli bir risk oluşturduğu, cinsiyet disforisi olan bireylerde çocukluk ve ergenlik döneminde bağlanma sorunları, olumsuz yaşam deneyimleri ve ruhsal travma öykülerinin belirgin olarak daha fazla olduğu bilinmektedir (Giovanardi vd., 2018; Kozłowska vd., 2021a; Kozłowska vd., 2021b). Otizm spektrum bozukluğu



5. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME, MÜDAHALE VE İZLEM

ile cinsiyet kimliği gelişimindeki farklılıklar ve cinsiyet disforisi arasında karşılıklı (çift yönlü) bir komorbidite ilişkisi olduğuna dair giderek artan klinik gözlemler ve araştırma bulguları bulunmaktadır. Bu durum, otizm tanısı olan bireylerde cinsiyet disforisinin daha sık görülmesiyle birlikte cinsiyet disforisi olan bireylerde de otizmin genel popülasyona kıyasla belirgin biçimde daha yüksek oranda saptanması şeklinde açıklanabilir (*Cooper vd., 2022; Kallitsounaki ve Williams, 2023; Kozłowska vd., 2021; Nyquist vd., 2024*). Otizm ile cinsiyet disforisi arasındaki söz konusu ilişkinin ileri araştırmalara konu olmaya devam ettiği bilinmekle birlikte CD olan çocuk ve ergenlerle çalışan uzmanların bu bağlantının farkında olmaları ve vakaları yönetirken otizm spektrum bozukluğuna yönelik rutin bir değerlendirme yapmaları önemlidir. Böyle bir durumda çocuk veya ergenin cinsiyet disforisi kliniğinden bağımsız olarak otizmle ilişkili sosyal ve davranışsal zorluklarına yönelik tıbbi veya psikososyal adımlar atılmalıdır.

5.4. Psikososyal Müdahaleler

Olumlayıcı yaklaşım kapsamında uygulanan erken sosyal geçiş ve hormonal uygulamaların kanıta dayalı değerinin bir hayli düşük olması ve genel tıbbi etik ilke olan “önce zarar verme” prensibi ile çelişmesi nedeniyle yeniden psikososyal müdahalelerin öncelendiği görülmektedir. Ülkeler tutumlarını bu bağlamda değiştirmekte ve olumlayıcı yaklaşımı sorgulamaktadır (*Abbruzzese et al., 2023; D'Angelo, 2023; Kaltiala, 2025*). Bu açıdan, her ne kadar kanıta dayalı değeri henüz bilinmiyor olsa da bazı psikoterapötik yaklaşımların genel ilkelerinden bahsetmek yerinde olacaktır (*D'Angelo, 2021; D'Angelo, 2024; D'Angelo, 2025; Hakeem, 2012; Kozłowska et al., 2024*). Bu genel prensiplere kılavuz yazarlarınca da bazı eklemeler yapılarak geniş bir perspektif sunulmaya çalışılmıştır. Yazarlar ayrıca, mevcut psikoterapi uygulamalarındaki kuramsal yaklaşımlara bütünüyle katılmamakla birlikte genel tutumun izlenmeye değer olduğunu bildirmektedir.

İlgili psikoterapötik müdahale programlarında ana odak uyumsuzluk üzerine değil, daha çok huzursuzluğu araştırmak temellidir. Yönlendirme ve doğrudan telkinler kullanılmaz. Cinsiyet kimliğini incelemeye alarak cinsiyet disforisinin gelişiminde muhtemel psişik veya sosyal etkenleri ve transgender kimlik gelişimine ilişkin psikososyal faktörleri gündeme getirir. Çeşitli türden emosyonel zorlukların kimlik üzerinde yaşanıyor olma ihtimali gözden geçirilir. Bu esnada çocuğun yaşamındaki güçlükler, akran ilişkileri ele alınır ve çocuğun otonomisi desteklenir. Eş zamanlı aile ile de çalışılarak ergenlik süreci ve kimlik edinimine dair danışmanlık sağlanır. Süreç içerisinde herhangi bir açıdan değişime zorlama bulunmaz, planlanmış ve önceden belirlenmiş bir tedavi sonucu dikte edilmez. Bu anlamda hastanın özerkliği ön planda tutulur. Kişinin kendini tanıma, hayata katılma, cinsel kabiliyeti artan bedenini fark etme ve her türden sosyal kimlik edinme sürecinde ona eşlik edilir. Böylelikle karar vermede özerklik desteklenmiş olur. Ek olarak, cinsiyet kimliğinin olası psikolojik etyopatogenezi araştırmak hekimin etik sorumluluğundadır. Hızlıca verilen kararlar ve konan tanılar iyatrojenik hata riski altındadır. Tüm bu yaklaşımın temelinde, diğer birçok psikopatolojide olduğu gibi, cinsiyet disforisinin gelişimine dair, çok boyutlu bir formülasyon



5. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME, MÜDAHALE VE İZLEM

bulunur (Cass, 2024; Levine, 2024). Predispozan etmenler arasında biyolojik yatkınlık, nöro-çeşitlilik ve erken dönem olumsuz çocukluk yaşantıları vardır. Ergenlikle beraber bedensel bir huzursuzluk baş gösterebilir ve bu dönem tüm ruh sağlığı sorunları için genel kırılganlık taşımaktadır. Bununla birlikte cinsiyet kalıplarının sosyal beklentilerini karşılamakta zorlanma ve yeni gelişen cinsellikle baş etme olası sosyal stres etmenleri olarak ele alınır. Ailenin cinsiyet rollerine dair tutumları, online stresörler (medya, sosyal medya vb.), popülerize transgender anlatısı (erkeklik ve kadınlığın reddi, alternatif kimliklere acele kucak açan tutum) ve cinsiyet eksenindeki dini inançlar formülasyonda yer alan ve araştırılması gereken diğer önemli etmenlerdir.

Bu genel psikososyal yaklaşım çerçevesinde bilişsel-davranışçı terapi (BDT) temelli müdahaleler aşağıda ayrıca ele alınmaktadır.

müdahaleler aşağıda ayrıca ele alınmaktadır.

5.4.1. BDT Temelli Psikososyal Yaklaşım ve Terapötik Hedefler

BDT, işlevsiz, olumsuz ve irrasyonel düşünce kalıpları ile davranış örüntülerinin belirlenmesine ve daha işlevsel başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine odaklanması nedeniyle, cinsiyet hoşnutsuzluğu ile başvuran bireylerde umut vadeden psikoterapötik yaklaşımlardan biri olarak değerlendirilmektedir (Bailey & Zucker, 2026). Ayrıca BDT'nin, bu klinik tabloda sıklıkla eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkinliği iyi bilinen bir yaklaşım olduğu kabul edilmektedir (Cass, 2024).

Bu çerçevede terapötik hedef, transizyon süreçlerini merkeze almak değil, psikolojik iyilik halini ve genel işlevselliği güçlendirmektir. Terapistin temel amacı sosyal, tıbbi veya cerrahi transizyonu yönlendirmek değil; cinsiyet hoşnutsuzluğu ile ilişkili psikolojik sıkıntının azaltılması ve bireyin genel işlevselliğinin artırılmasıdır (Bailey & Zucker, 2026).

Desistans kavramı, cinsiyet hoşnutsuzluğunun zaman içinde şiddetinin azalması ve buna bağlı olarak cinsiyet geçişi talebinin ortadan kalkması ya da belirgin şekilde zayıflaması durumunu ifade etmektedir. Desistans, klinik müdahalenin doğrudan hedefi olarak değil, bazı olgularda gözlenebilen doğal gelişimsel seyirlerden biri olarak değerlendirilmelidir. Çocukluk başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olgularına ilişkin takip çalışmalarında önemli oranda desistans görülmektedir (Cass, 2024). Ergenlik başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olguları için uzun dönem prospektif takip verileri sınırlıdır. Bununla birlikte detransizyonları inceleyen son çalışmaların önemli bir kısmında, başlangıcın ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde olduğu bildirilmiştir (Bailey & Zucker, 2026; Littman, 2024).

Bu bulgular, klinik değerlendirme sürecinde gelişimsel başlangıç tipi ile birlikte eşlik eden psikopatoloji ve sosyal bağlamın dikkatle ele alınmasının önemini desteklemektedir (Bailey & Zucker, 2026).



6. TIBBİ DEĞERLENDİRME VE YÖNLENDİRME

Cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerde doğrudan bu durumla ilişkili konjenital, anatomik, genetik veya hormonal bir patoloji bulunmamakla birlikte aşağıda belirtilen durumlarda endokrinolojik, ürolojik ve/ya jinekolojik incelemeleri içeren tıbbi yönlendirme ve değerlendirme yapılması tavsiye edilmektedir (Cass, 2024; WPATH SOC8, 2022; Endocrine Society, 2017; ESPU–DSD Consensus; NHS England, 2024).

İnterseks/seksüel gelişim bozukluğu şüphesi veya belirsiz genital görünüm: Dış genital yapıda belirsizlik, konjenital anomali veya cinsiyet gelişimi ile uyumsuz özellikler varsa pediatrik endokrinoloji ve üroloji/jinekoloji tarafından acil değerlendirme yapılmalıdır. Gerekirse karyotip, hormon paneli ve pelvis USG istenir.

Seksüel gelişim bozukluğu bulguları: Erken puberte, puberte gecikmesi, asimetrik gonadal gelişim, hormon düzeyleri ile fenotip arasında uyumsuzluk gibi durumlarda kapsamlı endokrinolojik değerlendirme gerekir.

Ailede seksüel gelişim bozukluğu/interseks öyküsü: Ailede bilinen cinsel gelişim bozuklukları (DSD) olgusu olması hâlinde, çocuk ve ergen düşük eşikli olarak endokrin ve genetik incelemeye yönlendirilmelidir.

Genital veya üriner sistemle ilgili anatomik/işlevsel sorunlar: İşeme güçlüğü, tekrarlayan üriner enfeksiyon, genital ağrı, kitle, anormal kanama, travma veya anatomik varyasyon varlığında pediatrik üroloji/adölesan jinekoloji değerlendirmesi yapılmalıdır.

Laboratuvar bulgularında anormallik: 17-OH progesteron, AMH, DHEA-S, testosteron/estradiol gibi hormonlarda yaşa ve pubertal evreye uymayan değerler saptanırsa endokrinoloji tarafından ileri değerlendirme gereklidir.

Fertilite, üreme sağlığı veya gelecekteki cerrahi girişimlere ilişkin sorular/talepler: Aile veya ergen tarafından anatomik yapı, fertilite, ileride planlanabilecek cerrahi işlemler veya reproduktif sağlık konularında bilgi talebi olduğunda ilgili branşlara yönlendirme yapılmalıdır.

Psikiyatrik belirtilerle birlikte genital sorunlar: Ciddi psikiyatrik tabloya eşlik eden genital ağrı, travma, kendine zarar verme veya şüpheli genital yaralanma durumlarında acil ürolojik/jinekolojik ve psikiyatrik değerlendirme gerekir.

Aile veya ergen talebi: Aile veya ergen tarafından hormonal bir bozukluk, gelişimsel bir problem veya interseks/seksüel gelişim bozukluk olasılığı konusunda merak, endişe veya değerlendirme talebi dile getirildiğinde, klinik olarak belirgin bir bulgu olmasa dahi temel pediatrik değerlendirme yapılmalı, gerek görüldüğünde pediatrik endokrinolojiye yönlendirme sağlanmalıdır. Bu durum, özellikle kültürel ve toplumsal etkenler nedeniyle sık karşılaşılan başvuru motivasyonları arasında olup klinik dikkat gerektirir.



6. TIBBİ DEĞERLENDİRME VE YÖNLENDİRME

Tüm çocuk ve ergen başvurularında kapsamlı ve bütüncül bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu, yalnızca belirgin medikal endikasyonların olduğu durumlardır değil aile veya ergenin "hormonal bir bozukluk olabilir mi?" gibi sorularla başvurduğu durumları da kapsamalıdır (*Cass, 2024; NHS England, 2024*).



Kaynakça

- Abbruzzese, E., Levine, S. B., & Mason, J. W. (2023). The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 673–699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Amerikan Psikoloji Birliği, "Gender", <https://dictionary.apa.org/gender>, Erişim Tarihi: 10.12.2025
- Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (2026). Cognitive-behavioral treatment of gender dysphoria in youth: Opportunities, challenges, and responsibilities. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2026.102323>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bayraktar, Z. (2024). Urogenital complications that decrease quality of life in transgender surgery. *The New Journal of Urology*, 19(1), 52–60.
- Bayraktar, Z. (2025). Iatrogenic gender dysphoria and harm cycle in gender affirming care. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 51(4), 364–382. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2025.2480648>
- Baxendale, S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review. *Acta Paediatrica*, 113(6), 1156–1167. <https://doi.org/10.1111/apa.17150>
- Beehive.govt.nz (2026). <https://www.beehive.govt.nz/release/new-safeguards-puberty-blocker-prescribing>. 15.06.2026
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354–364. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
- Betsi, G., Goulia, P., Sandhu, S., & Xekouki, P. (2024). Puberty suppression in adolescents with gender dysphoria: An emerging issue with multiple implications. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1309904. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1309904>
- Block, J. (2023). Raft of US state laws restrict access to treatments for gender dysphoria. *BMJ*, 380, 533. <https://doi.org/10.1136/bmj.p533>
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162–186. <https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.)*. Basic Books. (Orijinal çalışma 1969'da yayımlanmıştır)
- Brierley, J., Larcher, V., Hadjipanayis, A. A., & Grossman, Z. (2024). European Academy of Paediatrics statement on the clinical management of Children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1298884.
- Brik, T., Vrouwenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611–2618.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12–15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS ONE*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Cass, H. (2024). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for Children and adolescents with gender dysphoria (Final Report) & Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with



- gender dysphoria (Final Report). <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1892–1897. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>
- Council for Choices in Health Care in Finland (COHERE). (2020). Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – Recommendation. https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf
- Cooper, K., Mandy, W., Butler, C., & Russell, A. (2022). The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: An interpretative phenomenological analysis. *Autism*, 26(4), 963–974.
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. vd. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* 50, 7–16 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- D'Angelo R. (2023). Supporting autonomy in young people with gender dysphoria: psychotherapy is not conversion therapy. *Journal of medical ethics*, jme-2023-109282. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109282>
- D'Angelo R. (2024). Supporting autonomy in young people with gender dysphoria: psychotherapy is not conversion therapy. *Journal of medical ethics*, 51(1), 3–9. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109282>
- D'Angelo R, (2025) Do we want to know?, *The International Journal of Psychoanalysis*, 106:1, 82-108, DOI: 10.1080/00207578.2024.2395964
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of Childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet PsyChiatry*, 3(3), 297–304.
- Drobnič Radobuljac M, Grošelj U, Kaltiala R, Vermeiren R, Crommen S, Kotsis K, Danese A, Hoekstra PJ, Fegert JM; ESCAP Policy Division; ESCAP Board. ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(6):2011-2016. doi:10.1007/s00787-024-02440-8.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "Gender and Health", https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 10.12.2025
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- ESPU & SPU. (2020). Consensus statement on the management of differences/disorders of sex development (DSD). European Society for Paediatric Urology & Societies for Pediatric Urology. <https://www.espu.org/members/documents/383-espu-spu-consensus-statement-2020-management-of-differences-of-sex-development-dsd>
- Giovanardi, G. (2017). Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans Children and adolescents. *Porto Biomedical Journal*, 2, 153–156.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in psychology*, 9, 60.



- Hakeem, A. (2012). *Psychotherapy for gender identity disorders*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(1), 17–24. doi:10.1192/apt.bp.111.009431
- Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S. W., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). *Psychosocial support interventions for Children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review*. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s19–s32. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. (2017). *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945902/> PubMed
- Italian National Bioethics Committee. (2024). *Comunicato su triptorelina e minori*. <https://bioetica.governo.it/media/kxndqsli/comunicato-triptorelina-16-dicembre.pdf>
- Hines, M. (2015). *Gendered Development*. In R. M. Lerner (Editor-in-Chief) & M. E. Lamb (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, Vol. 3: Socioemotional Processes (7th ed., pp. 842–887). John Wiley & Sons.
- Jorgensen, S. C. J., Hunter, P. K., Regenstreif, L., Sinai, J., & Malone, W. J. (2022). *Puberty blockers for gender dysphoric youth: A lack of sound science*. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 1005–1007(9), 3.
- Kallitsounaki, A., & Williams, D. M. (2023). *Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence. A systematic literature review and meta-analysis*. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(8), 3103–3117.
- Kaltiala, R. (2025). *Medical gender reassignment in minors – why are we cautious in Finland?* *European Journal of Developmental Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/17405629.2025.2533168>
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Rothenberger, S. D., vd. (2022). *Operationalizing and analyzing 2-step gender identity questions: Methodological and ethical considerations*. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(2), 249–256.
- Kohlberg, L. (1966). *A cognitive-developmental analysis of Children's sex-role concepts and attitudes*. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford University Press.
- Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Gruters-Kiesli, A., & Beier, K. M. (2008). *Gender identity disorders in Childhood and adolescence*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(48), 834–841.
- Kozłowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A. M., & Ambler, G. R. (2021a). *Attachment patterns in Children and adolescents with gender dysphoria*. *Frontiers in psychology*, 11, 582688.
- Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021b). *Australian Children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and Challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service*. *Human Systems*, 1(1), 70–95.
- Kozłowska, K., Ambler, G. R., Dechêne, S., Almaraz Almaraz, M. C., Eliacheff, C., Entwistle, K., Esteva de Antonio, I., Gómez Gil, E., Hofman, P., Hunter, P., Kaltiala, R., Koener, B., Landén, M., Ledrait, A., Maguire, A. M., Masson, C., O'Malley, S., Raven, M., Ryan, H., ... Scher, S. (2024). *Evolving national guidelines for the treatment of Children and adolescents with gender dysphoria: International perspectives*. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 5(2), 89–152. <https://doi.org/10.1177/26344041241269298> (Original work published 2025).
- Lamb, M. E. (Ed.). (2015). *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, Vol. 3: Socioemotional Processes (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Leaper, C. (2015). *Gender and Social-Cognitive Development*. In R. M. Lerner (Editor-in-Chief), L. S. Liben & U. Müller (Vol. Eds.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, Vol. 2: Cognitive Processes (7th ed., pp. 806–853). John Wiley & Sons.



- Lerner, R. M., & Lamb, M. E. (Eds.). (2015). *Handbook of Child Psychology and Developmental Science, Vol. 3: Socioemotional Processes* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Lemma, A. (2016). *Present without past: The disruption of temporal integration in a case of transsexuality. Psychoanalytic Inquiry, 36*(5), 360–370.
- Levine, SB (2024) *What is the Purpose of the Initial Psychiatric Evaluation of Minors with Gender Dysphoria, Journal of Sex & Marital Therapy, 50*:6, 773-786, DOI: 10.1080/0092623X.2024.2362774
- Lewis, J. E., Patterson, A. R., Effirim, M. A., Patel, M. M., Lim, S. E., Cuello, V. A., ... & Lee, W. C. (2025). *Examining gender-specific mental health risks after gender-affirming surgery: a national database study. The Journal of Sexual Medicine, 22*(4), 645-651.
- Littman, L. (2018). *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PloS One, 13*(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H., & Bailey, J. M. (2024). *Detransition and desistance among previously trans-identified young adults. Archives of Sexual Behavior, 53*, 57–76. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>
- Ludvigsson, J. F., Adolfsson, J., Höistad, M., Rydelius, P. A., Kriström, B., & Landén, M. A. (2023). *A systematic review of hormone treatment for Children with gender dysphoria and recommendations for research. Acta Paediatrica. https://doi.org/10.1111/apa.16791*
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation. Basic Books.*
- McDeavitt, K., Cohn, J., & Kulatunga-Moruzi, C. (2025). *Pediatric gender affirming care is not evidence-based. Current Sexual Health Reports, 17*, Article 12. <https://doi.org/10.1007/s11930-025-00404-w>
- Miroshnychenko, A., Ibrahim, S., Roldan, Y. M., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G., & Brignardello-Petersen, R. (2025a). *Puberty blockers for youth experiencing gender dysphoria: A systematic review and meta-analysis. Archives of Disease in Childhood. Advance online publication. https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327909*
- Miroshnychenko, A., Ibrahim, S., Roldan, Y. M., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G., & Brignardello-Petersen, R. (2025b). *Gender-affirming hormone therapy for individuals below 26 years of age: A systematic review and meta-analysis. Archives of Disease in Childhood. Advance online publication. https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327921*
- Money, J., JG, H., & JL, H. (1955). *Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, Change of sex and psychologic management. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 97*(4), 284-300.
- Money, J (1985). *"The Conceptual Neutering of Gender and the Criminalization of Sex", Archives of Sexual Behavior 14*/3 (1985): 279-290.
- NHS England. (2024). *Referral pathway for Children and Young People's Gender Services. NHS England. https://www.england.nhs.uk/long-read/referral-pathway-for-Children-and-young-peoples-gender-services-community-and-hospital-paediatric-services/*
- Nyquist, C. B., Torgersen, L., David, L. W., Diseth, T. H., Magnus, P., Biele, G. P. E., & Waehre, A. (2024). *Population-adjusted numbers, demographics and mental health among Children and adolescents referred to the Norwegian National Center for Gender Incongruence over two decades. European Child & Adolescent Psychiatry, 1–11. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02508-5*
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in Children. International Universities Press.*
- Rawee, P., Rosmalen, J. G. M., Kalverdijk, L., & Burke, S. M. (2024). *Development of gender non-contentedness during*



- adolescence and early adulthood. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02817-5>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in Childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20.
- Rowland DL & Incrocci, L (Ed) (2008) *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*, (John Wiley & Sons, 2008), 377.
- Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland: 1996–2019. *BMJ Mental Health*, 27(1), e300940. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940>
- Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2026). Psychiatric morbidity among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: A register study. *Acta Paediatrica*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/apa.70533>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784.
- Sinai, J., & Sim, P. (2024). Psychodynamic psychotherapy for gender dysphoria is not conversion therapy. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(2), 145–153.
- Socialstyrelsen – Swedish National Board of Health and Welfare. (2022). Summary of key recommendations for minors. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf>
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stoller, RJ (1994). *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity* (New York: Routledge, 1994).
- Van der Loos, M. A. T. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., Bruinsma, S., Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Children and adolescents in the Amsterdam cohort of gender dysphoria: Trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch protocol. *J Sex Med*. 2023 Feb 27;20(3):398-409. doi: 10.1093/jsxmed/qdac029
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590.
- White House. (2025). Protecting Children from Chemical and surgical mutilation: Presidential executive order. <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/protecting-children-from-chemical-and-surgical-mutilation>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.
- World Professional Association for Transgender Health. (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People (Version 8)*. WPATH. <https://wpath.org/publications/soc8/WPATH>
- Zucker, KJ (2005) "Measurement of Psychosexual Differentiation", *Archives of Sexual Behavior* 34/4 (2005): 375–388.
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some clinical and research issues. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 59. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1055-3>
- Zucker, K. J. (2020). Debate: Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(1), 36–37. <https://doi.org/10.1111/camh.12330>