

# ÇOCUK VE ERGENLERDE CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞU

## GENDER DYSPHORIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Gözde YAZKAN AKGÜL<sup>1</sup> , Ayşe Burcu AYAZ<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Tekirdağ, Türkiye

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**ORCID IDs of the authors:** G.Y.A. 0000-0001-8245-0176; A.B.A. 0000-0002-7304-5109

**Cite this article as:** Yazkan Akgul G, Ayaz AB. Gender dysphoria in children and adolescents. J Ist Faculty Med 2021;84(Suppl.1):S4-S10. doi: 10.26650/IUITFD.2021.0202

### ÖZET

Cinsiyet Hoşnutsuzluğu (CH), kişinin yaşadığı ya da dışı vurduğu cinsel kimlikle, onun için doğumda belirlenen cinsiyet kimliği arasında belirgin bir uyumsuzluk olması olarak tanımlanmaktadır. Dünya genelinde bu durumdaki çocuk ve ergenlere yönelik ortak yaklaşım kılavuzları oluşturulmaya çalışılmaktadır. Son yapılan çalışmalar cinsiyet hoşnutsuzluğu için bütüncül bir model olan biyo-psiko-sosyal modelin önemini vurgulamaktadır.

Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan gençlerde, bir azınlık olmanın verdiği stres ve deneyimlenen cinsiyet ile eşleşmeyen bir bedende yaşamının verdiği sıkıntı sonucunda yüksek oranlarda duygusal ve davranışsal sorunlar saptanmaktadır. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan gençlere yönelik değerlendirme süreçleri karmaşıktır. Bu süreçte Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ile ilgili uzman bir hekim tarafından cinsiyete özgü belirtiler ve olası psikopatolojilere yönelik birçok önemli faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi kılavuzlarına göre farklı yaş gruplarında tedavi başlangıcı ile ilgili farklılıklar bulunmakla birlikte, klinikler arasında uygulanan farklı yaklaşımlar açısından henüz görüş birliği sağlanamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsiyet hoşnutsuzluğu, biyo-psiko-sosyal model

### ABSTRACT

Gender dysphoria (GD) is defined as an apparent incongruence between assigned sex and experienced gender. Scholars across the world are attempting to achieve guidelines for a universal approach for children and adolescents experiencing GD. Recent studies have highlighted the importance of the biopsychosocial model as a holistic template for gender dysphoria.

Youth with gender dysphoria often evince emotional and behavioral problems resulting from the stress of being marginalized and being forced to inhabit a body that does not match the experienced gender. The assessment processes for young people with GD are complex: numerous crucial factors regarding gender identity and possible psychopathologies must be contemplated by a child and adolescent psychiatrist. Treatment guidelines establish different protocols of beginning treatment for different age groups; however, consensus has not yet been achieved in approaches applied to GD in discrete clinics.

**Keywords:** Gender dysphoria, bio-psycho-social model

### GİRİŞ

Cinsiyet Hoşnutsuzluğu (CH) doğumda saptanmış cinsiyet ve kişinin cinsel kimliği arasında belirgin bir uyumsuzluk olma durumudur (1). Son on yıl içerisinde yaşam boyu CH ve bu spektrumdaki gençler ile ilgili konulara yönelik bilimsel ilgide bir artış gözlemlenmektedir. Özellikle Kuzey Amerika ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde özelleşmiş cinsel kimlik klinikleri kurulmaya başlanmıştır (2).

Dünya genelinde bu çocuk ve ergenlere yönelik ortak yaklaşım kılavuzları oluşturulmaya çalışılmaktadır (3,4). Bunun yanı sıra bu konu ile ilgili bilimsel literatür de ivmeli bir artış göstermekte olup; son yapılan çalışmalar cinsiyet hoşnutsuzluğu için bütüncül bir model olan biyo-psiko-sosyal modelin önemini vurgulamaktadır (5).

### Terminoloji ve tanımlar

Bu özelleşmiş alandaki terminoloji sürekli olarak gelişme-

**İletişim kurulacak yazar/Corresponding author:** drgozdeyazkan@gmail.com

**Başvuru/Submitted:** 15.07.2020 • **Revizyon Talebi/Revision Requested:** 28.08.2020 •

**Son Revizyon/Last Revision Received:** 09.12.2020 • **Kabul/Accepted:** 28.01.2021 • **Online Yayın/Published Online:** 00.00.0000



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

**Tablo 1:** Cinsiyet terminolojisi

<b>Doğumda saptanmış cinsiyet/ Natal cinsiyet/doğum cinsiyeti</b>	Genellikle fiziksel özelliklere (örn. genital organlar) göre doğumda saptanan/belirlenen cinsiyet
<b>Deneyimlenen cinsiyet/cinsel kimlik</b>	Bireyin psikolojik olarak benimsediği cinsiyeti (kadın, erkek veya bu iki cinsiyetten farklı olarak herhangi bir durum örn: gender fluid, agender)
<b>Bildirilen/onaylanmış cinsiyet</b>	Bireyin psikolojik ya da sosyal olarak benimsediği cinsiyet
<b>Cinsel oryantasyon</b>	Romantik ve/veya cinsel olarak duyulan ilgiye göre belirlenen cinsiyeti
<b>Transbirey</b>	Doğumda saptanmış cinsiyet ve cinsel kimliği arasında belirgin bir uyumsuzluk deneyimleyen bireyi tanımlar.
<b>Cinsiyet hoşnutsuzluğu</b>	Bireyin deneyimlediği cinsiyet ile ilişkili olarak yaşadığı psikolojik sıkıntıyı tanımlamaktadır; aynı zamanda psikiyatrik yazında da kullanılan sınıflandırmadır.
<b>Disgender</b>	Deneyimlenen cinsiyet ile doğumda saptanan cinsiyeti uyumlu olan birey
<b>Hiçbir cinsiyete uymayan/değişken cinsiyet</b>	Cinsel rol davranışlarının gelişimsel normlardan farklılıklarını tanımlamaktadır. Her iki cinsiyet veya cinsiyetsiz olarak tanımlanmayı kapsayabilir.
<b>Transseksüel</b>	Fizyolojilerini, cinsel kimliğine uygun olarak düzenlemek için tıbbi müdahale isteyen bireyleri tanımlamak için kullanılır.

ye devam etmektedir. Bu bölümde anlatılan terimler en güncel tanımları içermektedir (6) (Tablo 1).

Günümüzde yaşam içerisinde ve klinik uygulamada bireylerin cinsiyet deneyimlerini artık kadın-erkek şeklinde dikotomik bir yaklaşımla ele almak yetersiz kalmaktadır (7). Çoğu genç kendisini kadın-erkek veya transeksüel olarak deneyimlemek yerine daha geniş bir yelpazeye ait olan "üçüncü cinsiyet (third gender)", "pan-gender" veya "gender queer" olarak deneyimlemektedir. Cinsiyet uyumsuzluğu yaşayan gençlerin bazıları hormonal tedavi ve cerrahi uygulama sonrasında kalıcı bir şekilde karşı cins olmayı talep ederken, bazı gençler ise herhangi bir tedavi talebinde bulunmamakta ve klinik başvuru yapmamaktadır (8).

### Tanı ve değerlendirme

DSM-5'te "Cinsel Kimlik Bozuklukları" tanısı, ilgili etiketlenmeyi azaltmak ve tanı konulma sürecinde güvenli bir başvuru olanağı oluşturmak için Cinsiyet Hoşnutsuzluğu olarak yeniden isimlendirilmiştir (9).

Güncel DSM-5 kriterlerine göre çocuklarda cinsiyet hoşnutsuzluğu tanısı, deneyimlenen/gösterilen cinsiyet ve doğumda saptanan cinsiyet arasında belirgin bir uyumsuzluk olmasını, bu durumun en az 6 ay sürmesini, 8 kriterden 6'sının karşılanması ve bir kriterin mutlaka "karşı cins olmayı güçlü bir şekilde arzulama veya karşı cins (veya doğumda saptanan cinsiyetten farklı alternatif bir cinsiyet) olduğu yönünde ısrar etme" yi içermelidir. Buna ilave olarak, kişinin sosyal alan, okul veya işlevselliğin diğer önemli alanlarında klinik düzeyde anlamlı bir bozul-

ma veya sıkıntı deneyimlemesi gerekmektedir. Ergenler ve yetişkinlerde ise DSM-5'te CH açısından 6 kriterden ikisinin karşılanması yeterlidir (9).

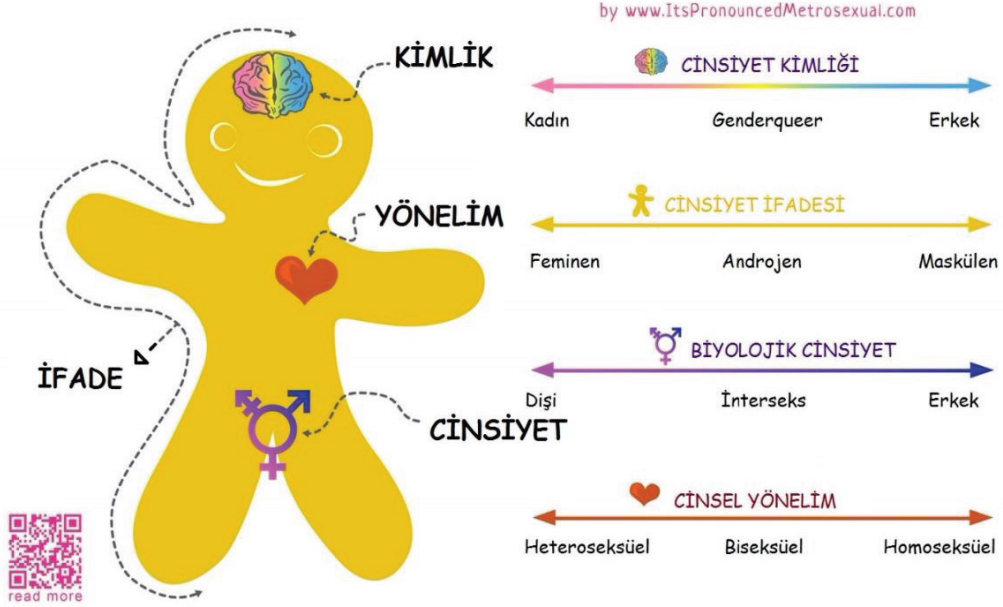
Değerlendirmenin başlangıcında, çocuk/ergenler ve aileleri ile yapılan görüşmelerde cinsel kimlik, cinsiyetin ifade edilmesi ve cinsel yönelimle ilgili açık-uçlu sorular sorulmalıdır. Çocuk ve ergenlerin kendilerini tanımlama süreçlerinde gelişimsel basamaklar ve kavramsallaştırmalar göz önünde bulundurulmalıdır. Birey kendi kimliğini, kendi vücudunu nasıl algılıyor ve cinsiyeti toplumsal rolünü ve kişiler arası ilişkilerini nasıl etkiliyor; bu konuların aynı kalmasını mı yoksa değişmesini mi istiyor anlaşılmalıdır. Bu konular ile ilgili değerlendirme yapan ruh sağlığı uzmanının çocuk/ergenden aldığı değerli klinik bilgiler hakkında varsayımlar yapılmasından kaçınılması gerekmektedir ve detaylı bir öykü alınmasına odaklanılmalıdır (3).

### Cinsiyet hoşnutsuzluğu epidemiyolojisi

Çocuk ve ergenlerde CH prevalansını ölçen resmi epidemiyolojik çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak çeşitli çalışmalardan edinilen bilgiler mevcuttur. San Francisco ve Yeni Zelanda'da lise öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda transbirey yaygınlığı %1,2-1,3 arasında değişmektedir (10).

Yakın zamanda yapılan 21 çalışmanın katıldığı bir meta-analizde, 100 bin erkek doğumda 6,8 oranında transkadın (1:14705); 100 bin kadın doğumda ise 2.6 (1:38461) oranında transerkek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların tıbbi bakıma başvurmayan kişilerin çalışmaya dahil edilmemesi nedeniyle kısıtlılıkları mevcuttur (11).

## Cinsiyet Kurabiyesi



**Şekil 1:** Cinsiyet Kurabiyesi (Cinsiyet Kurabiyesi, 2017 yılında Sam Killermann tarafından oluşturulmuştur ve telif hakkı bulunmamaktadır.)

### Cinsiyet hoşnutsuzluğu gelişimi

Karşı cins kimliğinin ve bununla birlikte gelişen davranışların etiyojisi halen tam olarak anlaşılammıştır. Çalışmaların odağı psikolojik ve sosyal faktörler iken, yakın zamanlarda özellikle de normal cinsiyetin gelişiminde dikkatler biyolojik mekanizmalara yönelmiştir. Şu anda, kanıtlar CH'nin biyolojik, çevresel ve kültürel unsurların karmaşık bir şekilde etkileşiminden ortaya çıktığını göstermekte ve cinsiyet gelişimi sürecinde hangisinin daha ön planda olduğunu öngörememektedir (3,12).

### Biyolojik faktörler

İkiz çalışmaları çevresel faktörlerin de katkısıyla güçlü bir genetik aktarımı öne sürmektedir. Hollanda ikizleri çalışmasında (n=23,393) yaşları 7-10 arasında olan monozygotik ve dizigotik ikizler karşılaştırılmış ve genetik faktörlerin karşı cins davranışı göstermeye %70 katkısının olduğu bildirilmiştir (13).

Biyolojik temelli araştırmaların erken dönemlerinde, transbirey olan ve olmayan kişilerde hormon seviyelerinin farklı olduğu öne sürülmüş ancak yapılan birçok çalışmada anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (15). Transbireyler yönelik biyolojik temelli araştırmaların diğer bir ana hedefi de doğum öncesi hormonlar ve bu hormonların fetal beyin üzerindeki organizasyonel etkileri olmuştur (14). Organizasyonel etki, belirgin olarak prenatal dönemde ve ergenlik döneminde beyin yapılarındaki cinsiyet farklılıklarına yol açmaktadır. Bu etkinin sonuçları olarak erkekler kadınlara göre daha fazla beyin hacmine, daha fazla

beyaz madde, gri madde ve serebrospinal sıvıya sahiptir (16). Toplam hacme göre düzeltme yapıldığında ise kadınlarda daha fazla gri madde ve daha geniş hacimli bir korteks mevcuttur (17). Ancak günümüzde prenatal hormon teorisinin cinsel kimlik ve cinsel yönelim gelişimine katkısı halen tam olarak açıklanamamıştır (15).

Yapılan işlevsel ve yapısal manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları transbirey olmanın altında yatan nörobiyolojik belirteçleri tanımlamayı hedeflemiştir (18). Bu çalışmalarda transbireylerin beyin özelliklerinin kendi natal cinsiyetlerine veya cinsel kimliklerine benzerliği veya her iki cinsiyetin arasında olması araştırılmıştır. Deneyimlenen cinsiyete özgü tedavi almadan önce, bu bireylerin beyin anatomisinde hacim, gri ve beyaz madde ve serebrospinal sıvı miktarı açısından yapılan değerlendirmede, doğumda saptanan cinsiyete göre bir farklılık saptanmamıştır. Ancak transbireylerde, beyaz maddedeki mikroyapıların kadın ve erkek cinsiyet arasında bir yapıda olduğu belirlenmiştir (17). İşlevsel nörogörüntüleme çalışmalarında ise transbireyler, deneyimlenen cinsiyete benzer işlevsellik (koku alma) veya hem deneyimlenen hem de doğumda saptanan cinsiyetten farklı bir işlevsellik (mental rotasyon), veya doğumda saptanan cinsiyete benzer (sözel akıcılık) işlevselliğe sahip olabilmektedir (19-21).

### Psikososyal faktörler

Psikodinamik teorilere göre, cinsiyete özgü davranışlar ebeveyn-çocuk arasındaki kişilerarası ilişkiden veya travmalardan (örn. baba yokluğu, karşı cinste çocuk isten-

mesi) köken alır. Ancak bu teoriler bilimsel olarak yeterli oranda test edilememiştir (22). Bilişsel ve sosyal öğrenme teorilerinin bakış açısından bakıldığında ise cinsel kimlik gelişimi çevre ve bilişsel şemaların devam eden etkileşiminden köken almaktadır. Araştırmalar, erken sosyal deneyimlerin epigenetik etkilerinin beyin ve davranıştaki cinsiyete özgü farklılıkları şekillendirebileceğini öne sürmektedir (23).

Cinsel kimlik uyumsuzluğunun gelişiminde herhangi bir psikososyal unsurun etkisi tam olarak kanıtlanamamakla birlikte günümüzde araştırmacılar CH için gelişim boyunca devam eden biyo-psiko-sosyal işlemlere odaklanılması gerektiğini savunmaktadırlar (22-25).

### **Klinik gidiş**

Sağlıklı çocuklarda cinsiyete özgü davranışlar çok fazla değişkenlik gösterebilmektedir (26). Bunun yanı sıra çocuklara CH tanısı koymak çocukları erken yaşta bu tanıya karşı stigmatize etme riskini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenlerle çocuklara CH tanısı koymak uzmanlar arasında tartışılmaya devam eden konulardan birisidir (27).

Yapılan çalışmalarda çocuklarda CH kalıcı (persisters) veya kalıcı olmayan (desisters) olarak tanımlanmıştır. Çoğu çocuk ergenlik dönemine girilmesi ile 10-13 yaşları arasında CH hakkında bir karara varmıştır (28). Ristori ve Steensma'nın 10 takip çalışmasını özetlediği bir çalışmada CH olan çocukların yaklaşık %80'i ergenlik dönemine girdikten sonra bu tanı kriterlerini karşılamamaktadır (29). Steensma ve arkadaşları, ergenlik döneminde CH durumu ortadan kalkan/devam eden gençler ile görüşme yapmıştır ve ergenlerde sosyal çevre, olası bedensel değişimler ve yaşanan ilk romantik ilişkinin kalıcılık oranlarını etkilediğini bildirmiştir (28).

Yakın zamanlı yapılan kohort çalışmalarında (%12-39), eski yıllara (%2-9) göre kalıcılık oranlarında yükselme olduğu bildirilmiştir. Kalıcılığın, CH'nin şiddetinin yüksek olması, değerlendirme sırasındaki yaşın büyük olması ve doğum cinsiyetinin kadın olması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (28). Buna rağmen, birey olarak çocuktaki karşı cinse özgü davranışların ergenlik döneminde de devam etmesini yordamak çok güçtür.

Çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde görülen düşük oranlara kıyasla, çoğu transbirey ergen yetişkinlik döneminde de transbirey kimliklerine devam etmektedir ve kalıcılık oranları yüksektir (30).

### **Eşlik eden psikopatolojiler**

Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojiyi saptamaya yönelik çoğu çalışma CH nedeni ile kliniğe başvuran bireylerde yapılmıştır. Bu nedenle yapılan çoğu çalışmada eşlik eden psikopatoloji oranları yüksek olarak saptanmıştır (3). Kuzey Amerika ve bazı Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda oranlar yüzde 40-50

arasında değişmektedir (31, 32). En yüksek oran Finlandiya ve Kanada'da %75'lere ulaşmakta iken, en düşük oran %30'lar ile Hollanda'ya aittir (31-33). Prevalans oranları; kültürel farklılıklara, farklı tanı kriterlerine ve değerlendirme sırasındaki yaşa göre değişmektedir. Saptanan ruhsal bozuklukların sıklığının yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir.

En sık görülen psikiyatrik bozukluklar anksiyete ve depresif bozukluklar iken bu bozuklukları daha sonrasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu da kapsayan yıkıcı davranış bozuklukları takip etmektedir (3, 34). Ülkemizde Yıldırım ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada da yüksek oranlarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bildirilmiştir (36).

CH olan gençlerde görülen yüksek oranlardaki psikopatolojilerin en önemli sebeplerinden birisi azınlık stresidir (3). Aile tarafından reddedilme, toplumsal ayrımcılık, yüksek oranlarda görülen akran zorbalığı gençlerin azınlık stresi yaşamasına ve içe yönelim problemlerine neden olmaktadır (3). Bu bireyler %80-85 oranlarında akran zorbalığına maruz kalmaktadır (37). Bu gençlerdeki zayıf akran ilişkileri çoğu sorunlu davranış ve duygunun yordayıcısı olmaktadır. Toplumsal kabulün erkek cinsiyette daha az olması nedeni ile içe yönelim sorunları transkadınlarda daha çok görülmektedir (37). Bazı teorilere göre de eşlik eden psikopatolojilerin sebebi CH'nin sınırda kişilik bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu gibi primer başka psikiyatrik bozukluklara ikincil olarak ortaya çıkmasıdır (38).

### **Kendine zarar verme davranışı ve intihar**

Son yıllarda CH'ye eşlik eden psikopatolojilere ilave olarak, intihar riski de odak konularından biri olmuştur (38). Cinsiyet kimliği konusunda özelleşmiş birçok klinik intihar düşüncesi/kendine zarar verme ve intihar girişimleri konusunda araştırma yapmıştır. 2019 yılında Toronto, Amsterdam ve Londra kliniklerindeki CH örneklemi dahil edilerek yapılan bir çalışmada (n:2065) kendine zarar verme düşünceleri/girişim oranları Toronto'da %32,5; Amsterdam'da %26,9; Londra'da %33,3 olarak saptanmıştır (39). Yakın zamanlı başka bir çalışmada da natal kadın cinsiyetteki transbireylerdeki intihar girişimleri transbirey olmayan kadınlara göre neredeyse 3 kat fazladır (38).

Tedavi bakış açısından intihar riskini spesifik ve non-spesifik olarak azaltmak mümkün olabilir. Örneğin transbirey gencin tercih ettiği kimliğine yönelik destek sağlamak; gencin kendini sosyal olarak rahat hissettiği ortamların sayısının artırılması ve cinsiyet geçişine yönelik tedavilerin ulaşılabilir kılınması önemli faktörlerin başında gelmektedir (38).

### **Otizm spektrum bozuklukları**

Son yirmi yıl içerisinde CH'ye eşlik eden otistik belirtiler ve otizm spektrum bozuklukları (OSB) ile ilgili çalışmaların sayısında hızlı bir artış saptanmıştır. CH olan çocukların %6,4'ünde, ergenlerin %7,8'inde, erişkinlerinse %5,5'inde

OSB olduğu bildirilmiştir (40). Ülkemizde yapılan bir araştırmada da otistik belirtiler CH olan grupta daha fazla bulunmuştur (41). Bu eşitlikliğin altında yatan mekanizmalar biyolojik (aşırı maskülenize beyin teorisi, yüksek doğum ağırlığı), sosyal (CH'nin kendisinden köken alan sosyal iletişim becerilerindeki yetersizlikler ve akran zorbalığına maruz kalma sonucu toplumsal olarak geri çekilme), psikolojik (yoğun ilgi alanları ve takıntılar) gibi başlıklar altında incelenmektedir (42).

Klinik olarak iki durumun beraber görüldüğü durumlarda OSB belirtilerinden ötürü CH'yi değerlendirmek ve tanı koymak zor olabilir. Bu iki durumun beraber görüldüğü bireylere yönelik yakın zamanlı olarak bir kılavuz yayınlanmıştır. Bu kılavuza göre iki alan için de daha geniş bir zaman ayrılacak tanı koyma süreçleri sonucunda, risk değerlendirmeleri ve güvenlik ile ilişkili sorunlar göz önünde bulundurularak bir yönetim protokolü oluşturulmaktadır (6).

### Çocuklarda ve ergenlerde tedavi yaklaşımları

Son on yıl içerisinde CH durumu olan çocuklara yaklaşımla ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Bu görüşler ele alındığında, genel olarak üç farklı yaklaşımdan bahsedilebilir (6):

- 1- *Tedavi edici model (en eski model):* Doğrudan (ailelere yönelik çevresel düzenlemeler) veya dolaylı (CH'ye yol açtığı farz edilen nedenlere yönelik psikodinamik olarak bilgilendirme yaklaşımı) yöntemler ile karşı cinsle özgü davranışları aktif olarak azaltmayı hedefler.
- 2- *İzlem ile bekleme:* Çocuğun karşı cinsle özgü davranışları yasaklanmaz, ebeveynlere çocuğun gelecekteki cinsel kimliğine yönelik seçeneklere açık olması önerilir ve erken geçişten kaçınılır (43).
- 3- *Kabullenici model:* Yakın zamanlı olan bu modelde, çocuğun cinsel kimliğinin tüm sonuçları eşit olarak geçerli ve arzu edilen düzeyde değerlendirilir, dikkatli bir danışmadan sonra sosyal olarak geçiş arzu eden çocuğa izin verilir (44).

Üç modelin birbirinden çok farklı tedavi hedefleri olsa da herhangi bir yaklaşım modeli için kanıtlamış randomize kontrollü bir çalışma yapılmamıştır.

Ergenlik dönemine ulaşan çoğu transbirey için medikal tedavi göz önünde bulundurulmaya başlanır. Bu gençlerin tedavi süreçlerinde Endokrin Topluluğu Kılavuzu ve Dünya Transbirey Sağlığı Derneği Standart Bakım kılavuzları kullanılmaktadır (4, 45). Bu kılavuzlara göre müdahalelerin arasında, tamamen geri dönüşümlü (puberte blokajı), kısmi dönüşümlü (karşı-cins hormon tedavisi) ve geri dönüşümü olmayan müdahaleler (cinsiyet-onaylayıcı cerrahi) uygulanabilmektedir. Tedavi kılavuzlarına göre farklı yaş gruplarında tedavi başlangıcı ile ilgili fark-

lılıklar bulunmakla birlikte, klinikler arasında uygulanan farklı yaklaşımlar açısından henüz görüş birliği sağlanmamıştır.

Endokrin Topluluğu Kılavuzuna göre hormon temelli tıbbi müdahale ergenlik döneminin ilk sinyalleri ile beraber başlanmalıdır (12 yaşından sonra ve Tanner 2 veya 3 aşamasında). Diğer uygunluk kriterleri; CH için gerekli kriterleri karşılama, erken pubertal değişimlere yönelik hoşnutsuzluk, tedavi için yeterli psikolojik ve sosyal desteğe sahip olma ve tıbbi tedaviyi engelleyebilecek ruhsal bir eşitlik olmamasını içerir (45).

Uygunluğu değerlendirmek için çoğu klinik tıbbi bir müdahale öncesinde, ruh sağlığı çalışanı tarafından ergenin ailesi ile birlikte yeteri kadar uzun zamandır takibini gerekli görmektedir. Bu süreçte, tedavinin yaşam boyu sürecektir sonuçları üzerinde düşünmek için yeterli zaman ayrılmalı, olası yararlar ve zararlar göz önünde bulundurulmalıdır. Çoğu ergen tedavi konusunda emin olsa da bazı ergenler henüz emin olamayabilir ve CH ile ilişkili hislerini daha uzun süre keşfetmek isteyebilir. Eşlik eden ruhsal bozukluklarda, tıbbi tedavi için düzenli olarak takibe gelmek ve ilaç tedavisine uyum sağlamak olanaksız olabilir. Endokrin müdahaleden önce bu ruhsal bozuklukların tedavisi sağlanmalıdır. Psikolojik olarak iyilik halinin sağlanması için ebeveyn desteğinin önemi bilinmektedir. Değerlendirme için kullanılan zaman, ebeveynlerin endişelerini azaltmak ve ergen- ebeveyn ilişkilerini geliştirmek için kullanılabilir (3, 6).

Cinsiyet gelişimi, sosyal olarak cinsiyet geçişi, ruh sağlığı desteği ve psikolojik müdahaleler, farklı cinsiyet spektrumundaki gençlerde olumlu duygusal, psikolojik ve toplumsal sonuçların gelişmesi için temel bir rol oynar. Bu müdahaleler aynı zamanda cinsiyetin tam olarak belirlenemediği zamanlarda cinsiyeti keşfetmek, eşlik eden komorbid psikiyatrik durumların CH'dan kaynaklanabileceğini tespit etmek anlamında da önem unsurlardır. Bu gençlere klinik olarak yaklaşımın karmaşık yapısını kavrayan ve bu nüanslara uygun olarak hareket eden çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının rolü hayat kırtarıcı olabilmektedir (3).

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Çalışma Konsepti/Tasarım- G.Y.A., A.B.A.; Veri Toplama- G.Y.A., A.B.A.; Veri Analizi/Yorumlama- G.Y.A., A.B.A.; Yazı Taslağı- G.Y.A., A.B.A.; İçeriğin Eleştirel İncelemesi- G.Y.A., A.B.A.; Son Onay ve Sorumluluk- G.Y.A., A.B.A.; Malzeme ve Teknik Destek- G.Y.A., A.B.A.; Süpervizyon- G.Y.A., A.B.A.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Peer Review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Conception/Design of Study- G.Y.A., A.B.A.; Data Acquisition- G.Y.A., A.B.A.; Data Analysis/Interpretation- G.Y.A., A.B.A.; Drafting Manuscript- G.Y.A., A.B.A.; Critical Revision of Manuscript- G.Y.A., A.B.A.; Final Approval and Accountability- G.Y.A., A.B.A.; Technical or Material Support- G.Y.A., A.B.A.; Supervision- G.Y.A., A.B.A.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support.

## KAYNAKLAR

1. Akgül GY, Budak BY, Ayaz AB, Fiş NP. Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Olan Ergenlerin Psikiyatrik İzlemleri: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Kliniği Deneyimi. *Türk J Child Adolesc Ment Health* 2020;27(3):156-62.
2. Hsieh S, Leininger J. Resource list: Clinical care programs for gender-nonconforming children and adolescents. *Pediatric Annals* 2014;43:238-44. [CrossRef]
3. Janssen A, Leibowitz S (Eds.). *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth: A Clinical Guide*. Springer, 2018. [CrossRef]
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism* 2012;13(4):165-232. [CrossRef]
5. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työlajärvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2018;9:31. [CrossRef]
6. Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ, Shadianloo S. Transgender and gender non-conforming youth. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.
7. Bockting W. From gender dichotomy to gender diversity: implications for psychotherapy and the real life experience. *Sexologies* 2008;17:211e24. [CrossRef]
8. Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2015;29(3):485-95. [CrossRef]
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth ed*. Arlington, VA, American Psychiatric Press, 2013. [CrossRef]
10. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, et al. The health and wellbeing of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health* 2014;55:93-9. [CrossRef]
11. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry* 2015;30:807-15. [CrossRef]
12. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav* 2013;64:288-97. [CrossRef]
13. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics* 2002;32:251-7. [CrossRef]
14. Erickson-Schroth L. Update on the biology of transgender identity. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 2013;17(2):150-74. [CrossRef]
15. Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, Hayashi T, Ikeda H, et al. Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction* 2007;22:1011-6. [CrossRef]
16. Ruigrok AN, Salimi-Khorshidi G, Lai MC, et al. A metaanalysis of sex differences in human brain structure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2014;39:34-50. [CrossRef]
17. Guillamon A, Junque C, Gomez-Gil E. A review of the status of brain structure research in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 2016. [CrossRef]
18. Mueller SC, De Cuypere G, T'Sjoen G. Transgender research in the 21st century: a selective critical review from a neurocognitive perspective. *American Journal of Psychiatry*, 2017;174(12):1155-62. [CrossRef]
19. Berglund H, Lindstrom P, Dhejne-Helmy C, et al. Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebra Cortex* 2008;18:1900-8. [CrossRef]
20. Schoning S, Engelien A, Bauer C, et al. Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *Journal of Sexual Medicine* 2010;7:1858-67. [CrossRef]
21. Soleman RS, Schagen SE, Veltman DJ, et al. Sex differences in verbal fluency during adolescence: A functional magnetic resonance imaging study in gender dysphoric and control boys and girls. *Journal of Sexual Medicine* 2013;10:1969-77. [CrossRef]
22. Lee JW. *Psychology of gender identity*. Nova Publishers. 2005.
23. Martin CL, Ruble DN. Patterns of gender development. *Annual Review of Psychology* 2010;61:353-81. [CrossRef]
24. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013;52(6):582-90. [CrossRef]
25. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työlajärvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics* 2018;9:31. [CrossRef]
26. Ehrensaft D. Raising girlyboys: A parent's perspective. *Studies in Gender and Sexuality* 2007;8(3):269-302. [CrossRef]
27. Drescher J. Controversies in gender diagnoses. *LGBT Health* 2013;1(1):10-14. [CrossRef]
28. 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. [CrossRef]
29. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016;28(1):13-20. [CrossRef]
30. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making Choices* 2013;(Vol. 46). Sage.
31. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2015;9(1):9. [CrossRef]

32. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, Choi, K. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2012;38(2):151-89. [\[CrossRef\]](#)
33. de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52(11):1195-202. [\[CrossRef\]](#)
34. Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(10):1307-14. [\[CrossRef\]](#)
35. Yildirim B, Perdahlı Fis N, Yazkan Akgul G, Ayaz AB. Gender dysphoria and attention problems: possible clue for biological underpinnings. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2017;27(3):283-90. [\[CrossRef\]](#)
36. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2016;21(1):108-18. [\[CrossRef\]](#)
37. Skagerberg E, Carmichael P. Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism* 2013;14:105-12. [\[CrossRef\]](#)
38. Zucker KJ. Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior* 2019;48(7):1983-92. [\[CrossRef\]](#)
39. de Graaf NM, Steensma TD, Carmichael P, Cohen-Kettenis PT, de Vries ALC, Kreukels BPC, et al. Suicidality in adolescents diagnosed with gender dysphoria: A crossnational, cross-clinic comparative analysis. Paper presented at the meeting of the European Association for Transgender Health, Rome, Italy, 2019.
40. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010;40(8):930-6. [\[CrossRef\]](#)
41. Akgül GY, Ayaz AB, Yildirim B, Fis NP. Autistic traits and executive functions in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2018;44(7):619-26. [\[CrossRef\]](#)
42. Van Der Miesen AI, Hurley H, De Vries AL. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry* 2016;28(1):70-80. [\[CrossRef\]](#)
43. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality* 2012;59:301-20. [\[CrossRef\]](#)
44. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality* 2012;59:337-56. [\[CrossRef\]](#)
45. 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. [\[CrossRef\]](#)