

CİNSEL KİMLİĞİNDEN YAKINMA (HOŞNUT OLMAMA)

64.

BÖLÜM

Fatma Hülya ÇAKMAK¹

GİRİŞ

Cinsel kimliğinden yakınma, (hoşnut olmama) (CKY) doğumda belirlenmiş olan biyolojik cinsiyet (sex) ile bireyin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyet kimliği (gender) arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır (1). Bu konuyla ilgili pek çok terminoloji mevcuttur. *Cinsiyet kimliği (gender)* kişinin kendisini belli bir cinsiyet kategorisi içinde algılayışıdır. *Doğumda belirlenmiş cinsiyet* terimi, genellikle bir tıp uzmanı tarafından bildirilen yenidoğan cinsiyetini (erkek, kız) belirtir. *Cinsel yönelim*, cinsiyet kimliğinden ayrı bir kavramdır. Cinsel yönelim, romantik ya da cinsel olarak çekici bulunan bireylerin cinsiyetini ifade eder. *Cinsel rol davranışı*, toplum içinde dışa vuran cinsellik davranışıdır (2-4).

Cinsiyet hoşnutsuzluğu bulunan bireyler, diğer cinsiyetin bedenine sahip olmayı veya toplumda o şekilde görülmeyi isteyerek, doğumdaki cinsiyetlerinden rahatsız olabilmektedirler. *Transgender* terimi doğumdaki cinsiyetten farklı bir cinsiyet özdeşimi olan bireyler için kullanılan genel bir terimdir (5).

Cinsel Kimlik Gelişimi

Yaşamın ilk bir buçuk- iki yılında bireylerin cinsiyetlerine dair bir algıları vardır. Cinsel kimlik duygusu yaşamın ilk 4 yılı içinde gelişmektedir (3, 6-7). Cinsel kimliği etkileyen faktörlerle ilgili yazında farklı görüşler mevcuttur. Bazı yazarlar cinsel kimlik gelişiminin biyolojik, bireysel, ailesel, çevresel etkenler ile bilişsel ve zihinsel gelişimin etkileşimi sonucu gerçekleştiğini belirtmektedir (6). Yaşamın ilk yıllarında ebeveyn-çocuk ilişkisi-

sinin, çocukluk çağındaki öğrenmelerin, ilk ilişkiler ve özdeşimlerin cinsel kimliğin gelişmesini etkilediği ifade edilmektedir (2). Başka bir görüşe göre ise cinsel kimliğin belirlenmesinde doğum sonrası yaşanan sosyal çevre ve deneyimin etkisi olduğuna dair herhangi bir kanıt olmadığı belirtilmektedir (8). Steensma ve arkadaşlarının cinsel kimlik gelişimi ile ilgili bir gözden geçirmesinde; bir dizi psikososyal ve biyolojik faktöre ayrı ayrı odaklanan çalışmaların, bu faktörlerin her birinin cinsel kimlik oluşumunu etkilediği ancak faktörler arasındaki karmaşık etkileşim hakkında ve kişilerin kendilerinin sürece katkıda bulunma şekli hakkında çok az şey bilindiği belirtilmektedir (9).

Birçok psikanalist, cinsel kimlik gelişiminin, ergenlik döneminin başında biseksüel eğilimlerin etkisine girebileceğini belirtmektedir. Cinsel gelişimin aseksüel, biseksüel ve heteroseksüel evrelerden geçtiğini ifade etmektedirler (10). Freud'a göre, cinsel kimliğin gelişimini tamamlaması için biseksüel eğilimleri aşması gerekmektedir (11). Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerde, ergenlik döneminin süreçlerinden biri olan biseksüalitenin akılda bulundurulması önemlidir (7).

TANI VE DEĞERLENDİRME

Cinsel kimlik tanıları ilk kez DSM-III'e üç tanı ile girmişti: transseksüalite, çocuklukta cinsiyet kimliği bozukluğu ve atipik cinsiyet kimliği bozukluğu. Bu üç tanının temel özelliği "anatomik cinsiyet ile cinsiyet kimliği arasındaki bir uyumsuzluk" idi (12).

¹ Uzman Doktor, SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, drhulyacakmak@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-2487-9772

luk için tanı ölçütlerini karşılama, erken pubertal değişikliklere karşı rahatsızlık duyma, tedavi için yeterli psikolojik ve sosyal destek bulunması, tedavinin risklerini ve yararlarını anlama ve tedaviye müdahale edecek bir psikiyatrik ek tanı sorunu bulunmaması yer almaktadır (48).

1. Geri Dönüslü Fiziksel Müdahaleler: Bu türde ilk müdahale (Tanner 2 veya 3 ergenlikte uygulanır) Gonadotropin saliverici hormon agonisti (GnRHa) ile pubertal baskılamadır. Gonadotropin saliverici hormon (GnRH), hipotalamusta üretilir. Prepubertal çocuklarda bu hormon çok düşük seviyelerde salgılanır. Ergenlik başlangıcında GnRH salınımı sıklıkla hâle gelir. Bu sıklık hormon salımı, folikül uyarıcı hormonun (FSH) ve luteinize edici hormonun (LH) anterior hipofizden salınmasına neden olur. FSH ve LH, seks hormonlarının üretimini başlatır (doğumsal kadınlarda östrojen ve doğumsal erkeklerde testosteron). Bu hormonlar da ikincil cinsiyet özelliklerinin geri dönüşümsüz gelişimini başlatır (4).

GnRHa (implantlar, depo enjeksiyonları veya düzenli enjeksiyonlar) dolaşımda yüksek seviyelerde GnRH olmasını sağlar. GnRH seviyelerinde fizyolojik sıklık dalgalanmalar olmadan, FSH ve LH salgılanmaz. Bu, hastanın bir prepubertal durumda kalmasını sağlar (49).

Pubertal baskılama, geri dönüşümsüz ikincil cinsiyet özelliklerinin (ses kalınlaşması, meme gelişimi, vb.) gelişmesini önler ve cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerin fiziksel olarak karşı cinsiyete tamamen geçmek isteyip istemediklerine karar vermeleri için ek süre sağlar. GnRHa implantı çıkarılırsa veya enjeksiyonlar kesilirse, ilacın etkileri geri dönüşümlüdür. Bu tedaviler sırasında düzenli kemik dansitesi izlemi önerilmektedir (48, 50-51).

2. Kısmi Geri Dönüslü Fiziksel Müdahaleler: On altı yaş civarında hastalar, Endokrin Derneği kılavuzlarına göre, bir sonraki müdahalelerine, östrojen veya testosteron ile karşı cinsiyet hormonal terapisiyle devam etmeyi seçebilirler. Karşı cinsiyet hormonal terapisi için ek kriterler “Endokrin Derneği Kılavuzu”ndaki GnRHa ile aynıdır (48).

Karşı cinsiyet hormonları, ergenliğin istenen ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimini başlatacaktır. Bu müdahaleler çoğunlukla geri döndü-

rülemez ve daha önemli bir yan etki profili taşır. Östrojen tedavisinin en belirgin yan etkisi hiperkoagulabiledir. Bu ilaçları kullanan hastalar serum hormon konsantrasyonları için düzenli olarak izlenmelidir (48).

3. Geri Dönüslü Cerrahi Müdahaleler: Yasal erişkinlik çağında, hastalar çeşitli cerrahi müdahalelerde bulunmayı seçebilirler. Bazı cerrahi girişimler tedavi sırasında daha önce düşünülebilir. WPATH’in (World Professional Association for Transgender Health) Bakım Standartlarında, mastektomiler 18 yaşından daha erken kabul edilmektedir. Doğumsal olarak kız cinsiyete sahip ergenlerde, 1 yıllık testosteron tedavisinin ardından meme cerrahisi müdahalelerinin gerçekleştirilebileceği bildirilmektedir (52).

SONUÇ

Cinsel kimliğinden yakınma/hoşnutsuzluk, intihar davranışı dâhil birçok psikiyatrik hastalığın eşlik edebildiği, çocukların ve gençlerin yaşam kalitesini düşürebilen bir durumdur. Karşı cinsiyet davranışları veya kimlik tanımlaması olan ergenlik öncesi çocuklar, en iyi psikoterapi ile desteklenir. Ergenlerde ise pubertal baskılama, karşı cinsiyet hormon tedavilerinin ve uygun psikososyal desteklerin, yaşam kalitesine, intihar riskinin azaltılmasına ve ruhsal bozuklukların önlenmesine katkısı olduğu gösterilmiştir.

KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Öztürk MO. Cinsel Uyum Sorunları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. p. 443-61.
3. Başar K, Yüksel Ş. Çocukluktan yetişkinliğe cinsiyet kimliği ile ilgili sorunlar: uygun değerlendirme ve izlem. Psikiyatride Güncel. 2014;4:389-404.
4. Turban JL, Vries ALCD, Zucker KJ. Gender Dysphoria and Gender Incongruence. In: Martin A, Volkmar FR, Bloch MH, editors. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook: Wolters Kluwer Health; 2017.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry: Wolters Kluwer Health; 2014.
6. Özşungur B. Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler: gözden geçirme. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2010;17(3):163-74.

7. Kaçamak D, Özbaran B. Ergenlerde Cinsiyet Disforisi. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*. 2018;4(2):201-6.
8. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Progress in brain research*. 186: Elsevier; 2010. p. 41-62.
9. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*. 2013;64(2):288-97.
10. Odağ C. Biseksüalite, Ergenler-Bizi Örnek Alanlar Örneği Aldıklarımız. No:7. İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Org Ltd Şti Yayınları; 2005. p. 55-68.
11. Freud S. *Hysterische Phantasien und Ihre Beziehung zur Bisexualität*. Gesammelte Werke: VII: Werke Aus Den Jahren 1906–1909, 1993. p. 191-9.
12. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
13. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
14. Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT, Drescher J, Meyer-Bahlburg HE, Pfäfflin F, Womack WM. Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*. 2013;42(5):901-14.
15. Zucker KJ, Lawrence AA. Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*. 2009;11(1):8-18.
16. Shields JP, Cohen R, Glassman JR, Whitaker K, Franks H, Bertolini I. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(2):248-50.
17. Wood H, Sasaki S, Bradley SJ, Singh D, Fantus S, Owen-Anderson A, et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976–2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of sex & marital therapy*. 2013;39(1):1-6.
18. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*. 2015;12(3):756-63.
19. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior genetics*. 2002;32(4):251-7.
20. Van Beijsterveldt C, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Archives of sexual behavior*. 2006;35(6):647-58.
21. Pasterski V, Zucker KJ, Hindmarsh PC, Hughes IA, Acerini C, Spencer D, et al. Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4-to 11-year-old children. *Archives of sexual behavior*. 2015;44(5):1363-75.
22. Dessens AB, Slijper FM, Drop SL. Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of sexual behavior*. 2005;34(4):389-97.
23. Mazur T. Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*. 2005;34(4):411-21.
24. T'Sjoen G, De Cuypere G, Monstrey S, Hoebeke P, Freedman FK, Appari M, et al. Male gender identity in complete androgen insensitivity syndrome. *Archives of Sexual Behavior*. 2011;40(3):635-8.
25. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(1):13-20.
26. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*: Sage; 2003.
27. Steensma TD, Zucker KJ, Kreukels BP, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(4):635-47.
28. de Vries AL, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, VanderLaan DP, Zucker KJ. Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(6):579-88.
29. Skagerberg E, Davidson S, Carmichael P. Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*. 2013;14(3):105-12.
30. McGuire JK, Anderson CR, Toomey RB, Russell ST. School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010;39(10):1175-88.
31. 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.
32. Olson J, Schrager SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(4):374-80.
33. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129(3):418-25.
34. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of pediatrics*. 2014;164(4):906-11.
35. Aitken M, VanderLaan DP, Wasserman L, Stojanovski S, Zucker KJ. Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(6):513-20.
36. Jones RM, Wheelwright S, Farrell K, Martin E, Green R, Di Ceglie D, et al. Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012;42(2):301-6.
37. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 2014;43(2):387-93.

38. 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.
39. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, et al. Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of sexual behavior*. 2012;41(4):759-96.
40. Dreger A. Gender identity disorder in childhood: Inconclusive advice to parents. *The Hastings Center Report*. 2009;39(1):26-9.
41. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of homosexuality*. 2012;59(3):369-97.
42. Pleak RR. Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood*. 1999:34-51.
43. Adelson SL, of Child TAA. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(9):957-74.
44. Zucker KJ. On the "natural history" of gender identity disorder in children. 2008.
45. Hill DB, Menvielle E. "You have to give them a place where they feel protected and safe and loved": The views of parents who have gender-variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth*. 2009;6(2-3):243-71.
46. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of homosexuality*. 2012;59(3):337-56.
47. de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*. 2012;59(3):301-20.
48. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van De Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2009;94(9):3132-54.
49. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*. 2015;12(11):2206-14.
50. Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2015;100(2):E270-E5.
51. Schagen SE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(7):1125-32.
52. 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.