

# Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Olan Ergenlerin Psikiyatrik İzlemleri: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Kliniği Deneyimi

*Psychiatric Follow-up of Adolescents with Gender Dysphoria: Marmara University Faculty of Medicine Child Psychiatry Clinic Experience*

© Gözde Yazkan Akgül<sup>1</sup>, © Burcu Yıldırım Budak<sup>2</sup>, © Ayşe Burcu Ayaz<sup>3</sup>, © Neşe Perdahlı Fiş<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerin psikiyatri takibi süresince başvuru belirtilerinin devam etme durumlarının, işlevsellik düzeylerinin ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Olguların cinsiyet hoşnutsuzluğu ile ilişkili belirtileri DSM-5 temel alınarak, komorbid psikiyatrik tanıları ise okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu ile değerlendirilmiştir. Sosyodemografik form, Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza 20 kız (13,51±3,96 yaş), 33 erkek (12,94±3,78 yaş) ergen katılmıştır. Belirtilerin başlangıç yaşı 7,42±4,14 yıl; psikiyatri kliniğine başvuru yaşı 11,35±3,99 yıl idi. Belirtilerin başlangıç yaşı ve başvuru yaşı açısından cinsiyetler arası fark saptanmadı. Olguların %73,6'sında en az bir psikopatoloji saptandı. Saptanan psikiyatrik bozukluklar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%47,2), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (%9,4), davranım bozukluğu (%5,7), yaygın anksiyete bozukluğu (%3,8), özgül fobi (%9,4), sosyal fobi (%15,1), seperasyon anksiyetesi (%5,7) ve majör depresyon (%18,9) idi. Ergenlerin %29,2'si ÇDDÖ içe yönelim, %52,1'i dışa yönelim, %31,3'ü toplam sorun alanında klinik düzeyde puan almıştır. Ergenlerin %67,3'ünde halen cinsiyet kimliği ile ilgili belirtiler devam etmekteydi, %37,3'ünde ÇGDÖ puanlarına göre işlevselliklerinde bozulma mevcuttu. Ergenlerin %46,2'sinin psikiyatrik takibi devam etmekteydi, psikiyatrik takip süresi ortalama 21,58±20,46 ay idi, %25'i eşlik eden ruhsal belirtiler nedeniyle tıbbi tedavi almıştı. Çoklu regresyon analizinde, ÇDDÖ içe yönelim puanlarının artmasında (p=0,004), gelir düzeyindeki yükselmenin (p=0,040) ve erkek cinsiyette olmanın (p=0,046) takipte işlevsellikteki bozulmayı artırdığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Natal erkek cinsiyette olmanın ve içe yönelim belirtileri varlığının, gençlerin işlevselliklerinin bozulmasında rol oynayan faktörler olduğu saptanmıştır. Toplumumuzun kültürel özelliklerinin de bu sonuç üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan gençlerde bir azınlık olmanın verdiği stres ve deneyimlenen cinsiyet ile eşleşmeyen bir bedende yaşamının verdiği sıkıntı sonucunda yüksek oranlarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve işlevsellik kaybı saptanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsiyet hoşnutsuzluğu, ergenlik, komorbidite

**Objectives:** We aimed to investigate the persistence of symptoms, functioning levels and comorbid psychiatric disorders during the psychiatric follow-up of adolescents with gender dysphoria.

**Materials and Methods:** The symptoms associated with gender dysphoria were evaluated based on DSM-5 criteria, whereas the comorbid psychiatric diagnoses were evaluated by kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia. The instruments included were a sociodemographic form, child behavior checklist (CBCL), and Children's Global Assessment scale (CGAS).

**Results:** Twenty female (mean age=13.51±3.96 years) and 33 male (mean age=12.94±3.78 years) adolescents were included. The mean age of the onset of symptoms was 7.42±4.14 years and the mean age of first admission to the psychiatry clinic was 11.35±3.99 years. There were no differences between genders with regard to age of the onset of symptoms and age of first admission. At least one psychopathology was found in 73.6% of the cases, such as attention deficit hyperactivity disorder (47.2%), oppositional defiant disorder (9.4%), conduct disorder (5.7%), generalized anxiety disorder (3.8%), specific phobia (9.4%), social phobia (15.1%), separation anxiety (5.7%), major depression (18.9%). Of the adolescents, 31.3% had total CBCL score, 29.2% had internalizing problem scores and 52.1% had externalizing problem scores above clinical range. 67.3% continued to have symptoms related to gender identity and 37.3% had impaired functioning according to CGAS scores. The mean

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Gözde Yazkan Akgül, Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

Tel.: +90 282 262 53 55 E-posta: gozdeyazkan@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-8245-0176

Geliş Tarihi/Received: 14.10.2019 Kabul Tarihi/Accepted: 19.06.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



duration of psychiatric follow-up was 21.58±20.46 months and 46.2% of the adolescents still in the psychiatric follow-up. One fourth of the sample had received medication due to comorbid psychiatric symptoms. In the multiple regression analysis, the increase in CBCL internalizing scores ( $p=0.004$ ), increase in the level of income ( $p=0.040$ ) and male gender ( $p=0.046$ ) were found to decrease the functionality during the follow-up.

**Conclusion:** In individuals with gender dysphoria, having natal male gender and internalizing problems seemed to contribute to the decrease in functioning. Social and cultural features may also have substantial impact. Distress related to being a part of a minority group and having an assigned-experienced gender conflict may lead to psychiatric comorbidities and decrease in functioning.

**Keywords:** Gender dysphoria, adolescence, comorbidity

## Giriş

Cinsiyet hoşnutsuzluğu (CH), kişinin yaşadığı ya da dışı vurduğu cinsel kimlik ile, onun için doğumda belirlenen cinsiyet kimliği arasında belirgin bir uyumsuzluk olması olarak tanımlanabilir.<sup>1</sup> Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) "cinsel kimlik bozuklukları" olarak sınıflandırılan bu tanı grubu, ilgili etiketlenmeyi azaltmak ve tanı konulma sürecinde güvenli bir başvuru olanağı oluşturmak için "CH" olarak yeniden isimlendirilmiştir ve bozukluk tanımlaması tanı sınıflandırmasından kaldırılmıştır.<sup>2</sup>

Güncel DSM-5 kriterlerine göre çocuklarda CH tanısı, deneyimlenen/gösterilen cinsiyet ve doğumda saptanan cinsiyet arasında belirgin bir uyumsuzluk olmasını, en az altı ay sürmesini, sekiz kriterden altı tanesinin 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 toplumsal, okul veya işlevselliğin diğer önemli alanlarında klinik düzeyde anlamlı bir bozulma veya sıkıntı deneyimlemesi gerekmektedir. Ergenler ve yetişkinlerde ise DSM-5'te CH açısından altı kriterden ikisinin karşılanması yeterlidir.<sup>1</sup>

Çocuk ve ergenlerdeki CH prevalansı hakkında çok az sayıda çalışma mevcuttur. Yeni Zelanda'da 2014 yılında 8,166 ergen ile yapılan bir çalışmada "Transgender olduğunu düşünüyor musun?" sorusunu gençlerin %1,2'si "evet" olarak yanıtlamıştır, %2,5'i ise "emin değilim" olarak yanıt vermiştir.<sup>3</sup> On bir-18 yaş arası ergenlerde Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) standardizasyon çalışmasında ise ( $n=1,938$ ), "karşı cins olmak ister" maddesini, klinik olmayan örnekleme erkekler %3,1, kızlar ise %12,2 oranında desteklemiştir. Klinik örnekleme ise oranlar erkeklerde %4,3, kızlarda %16,1 olarak değerlendirilmiştir.<sup>4</sup> CH olan ergenlerde prevalans çalışmalarında olduğu gibi cinsiyet-oranlarında da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak 2000'li yılların ortasından sonra yapılan çalışmalarda, CH'nin kızlarda daha sık görüldüğü yönünde bir değişim saptandığı bildirilmiştir.<sup>5</sup>

CH olan çocuk ve ergenlerde, bu durumun devam edip etmemesi güncel araştırma konularından biri olmaya devam etmektedir. Ristori ve Steensma'nın<sup>6</sup> on takip çalışmasını özetlediği bir çalışmada %2-39 arasında değişen oranlarda kalıcılık saptanmıştır. Bir birey olarak çocuktaki karşı cinse özgü davranışların ergenlik döneminde de devam etmesini yordamak çok güçtür. Ancak çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde görülen düşük oranlara kıyasla, çoğu CH olan ergen yetişkinlik

döneminde de CH belirtilerini göstermeye devam etmektedir ve kalıcılık oranları yüksektir.<sup>7</sup>

CH olan ergenlerin, CH olmayan kontrol gruplarına göre daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlara sahip olduğu saptanmıştır.<sup>8</sup> ÇDDÖ veya Gençlik Öz Bildirim ölçeği ile yapılan değerlendirmelerde, içe yönelim ve dışı yönelim sorunlarının bu gençlerde daha fazla olduğu belirtilmiştir. Natal erkek olan ergenlerde içe yönelim sorunları natal kız cinsiyette olanlara göre daha fazlayken, dışı yönelim sorunlarında cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır.<sup>9</sup> CH olan ergenlerde psikiyatrik eş tanıların değerlendirildiği bir çalışmada, %32,4 oranında eş tanı saptanırken, en sık görülen bozukluklar ise anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozuklukları olmuştur.<sup>10</sup>

CH olan ergenler yaşadıkları hoşnutsuzluk sonucunda işlevselliğin önemli alanlarında klinik düzeyde anlamlı bir bozulma yaşamaktadırlar.<sup>11</sup> Bu ergenlerin psikiyatrik takipleri sonucunda işlevsellik düzeylerinin başlangıçta düşük olduğu ancak psikolojik destek veya puberte supresyonu gibi biyolojik müdahalelerin gençlerdeki işlevsellik düzeylerini yükselttiği bildirilmiştir.<sup>12,13</sup>

Çalışmamızın amacı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Ocak-2014 ve Ekim-2018 ayları arasında CH nedeniyle başvurusu olan ergenlerin psikiyatri takibi süresince saptanan eş tanılarının belirlenmesi, başvuru belirtilerinin devam etme durumlarının incelenmesi ve psikososyal işlevsellik düzeylerinin değerlendirilmesidir.

## Gereç ve Yöntem

### Çalışma Deseni ve Katılımcılar

Uzunlamasına izlem araştırması olarak planlanan çalışmamız 1.10.2018-31.10.2018 tarihleri arasında İstanbul Pendik Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜTFH) Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'nde gerçekleştirildi. Kliniğimizde Ocak-2014 ve Ekim-2018 ayları arasında CH nedeniyle başvuran tüm ergenler çalışmaya dahil edildi. Bu tarihler arasında psikiyatri takibi güncel olarak devam eden ergenler ile çalışma kapsamında bir görüşme yapıldı. Psikiyatri takibine aktif olarak devam etmeyen ve 18 yaşını doldurmuş olan ergenler ve ailelerine telefon yoluyla ulaşıldı ve çalışmaya katılım için görüşmeye çağırıldı.

Kliniğimizde 20 kız (13,5±3,9 yaş) ve 33 erkek (12,94±3,78 yaş) ergenin çalışma tarihine kadar CH nedeniyle değerlendirildiği saptandı. Tüm ergenler çalışmaya katılmayı kabul etti, katılımcı

ergenler ve ailelerinden aydınlatılmış onam alındı. Ergenlerin CH ile ilişkili belirtileri DSM-5 kriterleri temel alınarak değerlendirildi ve ölçekler uygulandı.

Çalışma etik kurulu Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 09.2018.693 protokol kodu ile onaylanmıştır.

### Değerlendirme Gereçleri

#### Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Kaufman ve ark.<sup>14</sup> tarafından 1997 yılında DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Bu yarı-yapılandırılmış görüşme ile özgül öğrenme güçlüğü, otizm spektrum bozuklukları ve negatif belirtili şizofreni dışında birçok psikiyatrik bozukluk değerlendirilmektedir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gökler ve ark.<sup>15</sup> tarafından yapılmıştır.

### Sosyodemografik Form

Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir. Formda ergenin yaş, cinsiyet, doğum yeri, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, doğum öyküsü değerlendirilmiştir. Ayrıca formda, ergenlerin CH belirtilerinin başlanma zamanı ve belirti türü de (tavır, oyun, kıyafet tercihi) değerlendirilmiştir.

### Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)

ÇDDÖ Achenbach ve Edelbrock<sup>16</sup> tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1991 formunun Türkçeye çevirisi yapılmıştır ve ülkemizdeki 1985 formuyla sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla çeviriler gözden geçirilmiştir.<sup>17,18</sup>

Ölçekte sorular ebeveynler tarafından dörtlü Likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. “doğru değil”, “bazen ya da biraz doğru” ve “çok ya da sıklıkla doğru” seçenekleri sırasıyla “0”, “1”, “2” olarak puanlanmaktadır. ÇDDÖ’de “içe yönelim sorunları” ve “dışa yönelim sorunları” olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. Alt ölçek puanlarının toplamından “toplam sorun puanı” elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan test-tekrar test güvenilirliği 0,84 olarak, iç tutarlılık değeri ise 0,88 olarak bulunmuştur.<sup>19</sup>

Çalışmamızda ÇDDÖ’de alınan puanlarda kesme puanı olarak 65 puan alınmıştır.

### Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)

ÇGDÖ 1983 yılında Shaffer ve ark.<sup>20</sup> tarafından geliştirilmiştir. Yapılan çalışmanın sonucunda bulgular, ÇGDÖ’nün, çocuk ve ergenlerde rahatsızlığın genel şiddetini ve günlük psikososyal işlevselliği değerlendirme için yararlı bir ölçüt olabileceğini göstermektedir. Bu ölçüm aracı, 10 puanlık aralıklarla, toplamda 1-100 puan arasında değişen bir puanlamaya sahiptir. Değerlendirilen bireyin daha yüksek puanlar alması daha iyi bir

psikososyal işlevselliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bireyin psikiyatrik açıdan takip ihtiyacı veya tedavi durumu bu ölçüm aracıyla kolaylıkla değerlendirilebilmektedir.

Çalışmamızda ÇGDÖ puanlarında 60 ve altı puan alanlar işlevsellikte bozulma olarak değerlendirilmiştir

### İstatistiksel Analiz

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı-SPSS.20 kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yapılırken yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. ÇGDÖ’ye ait bazı değerlendirmeler Lojistik Regresyon Analizi yöntemi ile yapılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmamıza 20 kız (13,5±3,9 yaş), 33 erkek (12,94±3,78 yaş) ergen katıldı. Erkek: kız cinsiyet oranı 1,65 olarak saptandı. Ergenler 18,6±15,2 ay önce ilk kez tarafımızdan değerlendirildi. Belirtilerin ilk başlangıç yaşı 7,42±4,14 yıl iken psikiyatri kliniğine ilk başvuru yaşları 11,35±3,99 yıl idi. Ergenlerin psikiyatrik izlem süreleri 21,92±20,50 ay idi. Ergenlerin demografik ve ailesel özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerin demografik ve ailesel özellikleri**

	Cinsiyet hoşnutsuzluğu (n=53)
	n (%)
<b>Annenin eğitim düzeyi</b>	
Okuma yazma yok	3 (%5,8)
İlkokul mezunu	21 (%40,4)
Ortaokul mezunu	4 (%7,7)
Lise mezunu	18 (%34,6)
Üniversite mezunu	6 (%11,5)
<b>Babanın eğitim düzeyi</b>	
Okuma yazma yok	0 (%0)
İlkokul mezunu	20 (%38,5)
Ortaokul mezunu	6 (%11,5)
Lise mezunu	17 (%32,7)
Üniversite mezunu	9 (%17,3)
<b>Anne-baba birlikteliği</b>	40 (%75,5)
<b>Ailede şu anki ruhsal belirti varlığı</b>	23 (%44,2)
<b>Ailede ruhsal bozukluk öyküsü</b>	20 (%38,5)
<b>Ortalama ± SS</b>	
<b>Anne yaşı (yıl)</b>	42,19±7,75
<b>Baba yaşı (yıl)</b>	45,14±7,66
<b>Ailedeki kişi sayısı</b>	4,47±1,55
<b>Kişi başına düşen gelir miktarı (TL)</b>	747,23±423,48

SS: Standart sapma

Ergenlerin %47,2'sinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %9,4'ünde karşıt olma-karşı gelme, %5,7'sinde davranım bozukluğu, %3,8'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %9,4'ünde özgül fobi, %15,1'inde sosyal fobi, %5,7'sinde seperasyon anksiyetesi ve %18,9'unda majör depresyon saptanmıştır. Güncel durumda ergenlerin %67,3'ünde CH belirtileri mevcuttu ve %46,2'si psikiyatri takiplerine devam etmekteydi. Ergenlerin ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan değerlendirmelerinin ve takip sürecinde CH güncel belirti durumlarının devam etme oranları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Ergenler ÇDDÖ sosyal içe dönüklük alt ölçeğinden 66,12±10,81, somatik yakınmalar alt ölçeğinden 64,22±8,19, anksiyete/depresyon alt ölçeğinden 65,97±9,35, sosyal sorunlar alt ölçeğinden 63,20±11,25, düşünce sorunları alt ölçeğinden 67,77±8,79, dikkat sorunları alt ölçeğinden 65,54±9,28, suçla yönelik davranışlar alt ölçeğinden 62,41±10,71 ve saldırganlık

**Tablo 2. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerin tanı dağılımı ve güncel olarak belirtilerinin devam etme durumları**

	n (%)
<b>En az bir ruhsal bozukluk (bzk.)</b>	39 (73,6)
<b>Nörogelişimsel bzk.</b>	
⇒ Dikkat eksikliği hiperaktivite bzk.	25 (47,2)
<b>Anksiyete bzk.</b>	
⇒ Sosyal fobi	8 (15,1)
⇒ Özgül fobi	5 (9,4)
⇒ Seperasyon anksiyetesi	3 (5,7)
⇒ Yaygın anksiyete bzk.	2 (3,8)
<b>Duygudurum bzk.</b>	
⇒ Majör depresyon	10 (18,9)
<b>Yıkıcı davranım bzk.</b>	
⇒ Karşıt olma-karşı gelme Bzk.	5 (9,4)
⇒ Davranım bzk.	3 (5,7)
<b>Güncel olarak CH belirtileri devam edenler</b>	<b>36 (67,3)</b>
<b>Güncel olarak psikiyatri takibi devam edenler</b>	<b>24 (46,2)</b>

CH: Cinsiyet hoşnutsuzluğu

**Tablo 3. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerin ÇDDÖ ve ÇGDÖ puan ortalamaları ve klinik düzeyde bozulma oranları**

	Ortalama ± standart sapma	Klinik düzeyde bozulma (%)
<b>ÇDDÖ toplam puan</b>	68,16±9,38	31,3
<b>ÇDDÖ içe yönelim puanı</b>	68,81±8,63	29,2
<b>ÇDDÖ dışı yönelim puanı</b>	61,18±11,15	52,1
<b>ÇGDÖ puanı</b>	67,29±11,94	37,3

ÇDDÖ: Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği, ÇGDÖ: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

alt ölçeğinden 61,52±11,62 puanlarını aldılar. Ergenlerin ÇDDÖ ve ÇGDÖ ile yapılan değerlendirme sonuçları ve klinik düzeyde bozulma saptananların oranları Tablo 3'te belirtilmiştir.

Ergenlerde ÇGDÖ puanını etkileyebilecek değişkenlerin değerlendirilmesi amacıyla belirtilerin başlangıç yaşı, cinsiyet, kişi başına düşen gelir miktarı ve ÇDDÖ içe yönelim puanı çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendi. ÇGDÖ puanını etkileyen değişkenlerin cinsiyet, kişi başına düşen gelir miktarı ve ÇDDÖ içe yönelim puanı olduğu saptandı. ÇDDÖ içe yönelim puanının artmasının (p=0,004), gelir düzeyindeki yükselmenin (p=0,040) ve erkek cinsiyette olmanın (p=0,046) takipte işlevsellikteki bozulmayı artırdığı saptanmıştır (Tablo 4).

## Tartışma

Çalışmamızın, örneklem büyüklüğü açısından, bu alanda ülkemizde yapılmış çalışmalar içinde önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Ülkemizde CH olan çocuk ve ergenlerin psikiyatri takiplerine yönelik özelleşmiş bir Çocuk ve Ergen Kliniği bulunmamaktadır. Ancak MÜTFH Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'nde 2014 yılı itibarı ile CH olan tüm çocuk ve ergenlerin kayıtları düzenli olarak takip edilmektedir. Çalışmamızda da bu süre içerisinde takip edilen ergenlerin bilgileri kullanılmıştır.

Çalışmamızda CH olan ergenlerde erkek cinsiyet: kız cinsiyet oranları erkek cinsiyet lehine saptanmıştır. Son zamanda yapılan çalışmalar, 2000'li yılların başlangıcından beri daha önce erkek cinsiyet lehine olan bu oranların kız cinsiyet lehine değiştiğini göstermektedir.<sup>5,21,22</sup> Çalışmalarda bunun sebebi tam olarak gösterilemese de, CH yaşayan kızların daha az stigmatizasyona maruz kalması sonucunda daha erken dönemde ortaya çıkıp klinik başvuru yaptığı düşünülmekte; bir yandan da ergenlik dönemi belirtilerinin kız cinsiyette daha erken görülmeye başlaması nedeni ile CH belirtilerinin de daha erken dönemde ortaya çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir.<sup>22,23</sup> Ülkemizde de kız cinsiyetteki gençlerin karşı cinse özgü davranışlar göstermesi toplumsal olarak daha kabul edilebilir iken, erkek cinsiyetteki ergenlerin karşı cinse özgü davranışlar göstermesinin daha az kabul edilmesi nedeni ile CH belirtileri gösteren erkek çocukların ailelerinin daha yoğun endişe yaşamaları poliklinik başvurularının bu şekilde sonuçlanmasına yol açtığı düşünülmektedir.

CH olan ergenlerin belirti başlangıç yaşı ve poliklinik başvuru zamanı arasında yaklaşık ortalama olarak dört yıl gibi uzun bir süre bulunmaktadır. Çalışmamızda kontrol grubu bulunmadığı için bu veriyi diğer psikiyatrik bozukluklara sahip ergenler ile karşılaştırmak mümkün olmamıştır. 2019 yılında İsrail'de yapılan bir çalışmada da kız cinsiyette poliklinik başvuru süreleri ortalama iki yıl gibi bir süre iken, erkek cinsiyette bu süre ortalama bir yıldır.<sup>24</sup> Başka bir çalışmada ise başvuru süreleri ortalama 2,6 ay gibi - 0 ay ile 7,4 yıl aralığında değişkenlik göstermekle birlikte - kısa bir süredir.<sup>25</sup> Başvuru sürelerini belirleyen temel etmenin, kliniğe başvuru süreçlerinin kolay olması ve aile hekimleri veya çocuk hekimleri gibi daha kolay ulaşılabilir bölümlerin bu durum hakkında aileye yönlendirme



**Tablo 4. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan ergenlerde takipte işlevsellikteki bozulmayı etkileyen değişkenleri gösteren regresyon modeli**

Bağımsız değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	p	Güven aralığı %95	T
	Beta	Standart hata	Beta			
<b>Sabit</b>	130,356	15,482	-	0,000	(98,986)-(161,727)	8,420
<b>İlk belirti başlangıç yaşı</b>	-0,604	0,484	-0,176	0,220	(-1,585)-(-0,377)	-1,248
<b>Cinsiyet</b>	-7,094	3,443	-0,288	<b>0,046</b>	(-14,070)-(-0,119)	-2,061
<b>ÇDDÖ içe yönelim puanı</b>	-0,604	0,197	-0,450	<b>0,004</b>	(-1,002)-(-0,205)	-3,067
<b>Gelir düzeyi</b>	-0,010	0,005	-0,307	<b>0,040</b>	(-0,020)-(-0,000)	-2,126

ÇDDÖ: Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği

yapmasıdır. Çalışmamızda da ülkemizde çocuk psikiyatri kliniklerine randevu almanın zorluğunun bu süreyi uzattığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yapılan klinik değerlendirme sonucunda en az bir psikiyatrik tanıya sahip olanlar yüzde 73,6 olarak saptanmıştır. Bu tanıların sıklık sırasıyla DEHB, majör depresyon, sosyal fobi, özgül fobi ve karşı olma karşı gelme bozukluğudur. CH olan ergenlerde psikiyatrik eş tanı oranları farklı ülkelerde değişen oranlarda saptanmaktadır. Ülkemizde eş tanı oranları, Finlandiya ve Kanada ülkelerine benzer şekilde yüksek saptanmıştır.<sup>21,26</sup> Saptanan yüksek psikiyatrik eş hastalanma oranları gerek ortak biyolojik süreçlerden kaynaklanan birincil bozukluklar, gerekse bireylerin deneyimledikleri sosyal zorluklara ikincil olarak gelişmiş olabilir. Ancak diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda en yüksek psikiyatrik eş tanı DEHB'dir. CH olgularında özellikle DEHB gibi nörogelişimsel bozuklukların yüksek oranda görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur.<sup>21,27-29</sup> Bu çalışmaların bazılarında bu bireylerin yaşadıkları azınlık stresinin sonucu olarak gösterdikleri dışavurum davranışlar sorumlu tutulurken, bazılarında ise bunun tanı koymadaki metodolojik yöntemlerdeki yetersizliklerden kaynaklandığı öne sürülmektedir.<sup>30</sup>

Çalışmamızda yapılan görüşmeler sonucunda, ergenlerin takip süreçlerinde CH belirtileri devam edenlerin oranı yüzde 67,3 olarak saptanmıştır. CH belirtileri gösteren çocuklarda bu belirtilerin görülme sıklığı zaman içerisinde azalmakta ve yetişkinliğe geçişte yüzde 2 ila 39 arasında değişen oranlarda belirtiler devam etmekte iken ergenlerin çoğunda bu belirtiler kalıcı olarak devam etmektedir.<sup>6</sup> 2014 yılında De Vries ve ark.'nın<sup>11</sup> yaptığı bir çalışmada bu oran yüzde 100 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda literatürle benzer oranda yüksek bir devamlılık oranı saptanmıştır.

ÇDDÖ sonuçlarına göre CH olan ergenlerde, içe yönelim ve toplam sorun alanlarında klinik düzeyde anlamlı bir puan ortalaması belirlenmiştir. Dışa yönelim alanında ise ortalama puan eşik altı değerinde saptansa da ergenlerin yüzde 52,1'inde klinik düzeyde anlamlı yüksek saptanmıştır. Daha önce yapılan birçok çalışma da CH olan ergenlerde benzer şekilde davranışsal ve duygusal alanlarda sorun olduğunu bildirmiştir. Bu sorunların altında yatan sebeplerin ise multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir.<sup>31</sup>

Bu ergenlerin deneyimlediği CH, azınlık olmanın verdiği stres ve akran zorbalığına maruz kalma bu sorunların başlıca sebepleri olarak gösterilebilir.<sup>32</sup> Çalışmamızda ÇDDÖ'de saptanan yüksek puanların bir nedeni örneklemimizin polikliniğe başvuru yapan ergenlerden oluşmasıdır. Ancak yapılan son zamanlı bir çalışmada cinsiyet uyumsuzluğu olan çocukların toplum örnekleminde dahi bu çocukların daha yüksek puanlara sahip olduğu gösterilmiştir.<sup>33</sup>

Çalışmamızda ÇDDÖ'de saptadığımız yüksek puanlar ile bağlantılı olarak ÇGDÖ puanları işlevsellikte bozulmayı göstermektedir. Ergenlerin %37,3'ünün ÇGDÖ puanlarında klinik düzeyde anlamlı bozulma (kesme puanı 60) saptanmıştır. Bunun sonucunda bu gençlerde psikiyatrik takibin yanı sıra tedaviyi gerektirecek düzeyde bir bozulma olduğu görülmüştür. Costa ve ark.'nın<sup>13</sup> 2015 yılında yaptığı bir çalışmada da, ergenlerin ilk değerlendirmesinde ÇGDÖ puanları, çalışmamızla benzer şekilde düşük saptanmıştır; yapılan psikolojik müdahaleler veya ergenlere uygulanan puberte supresyonu gibi tedavilerin ardından ergenlerin işlevselliklerinde yükselme olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda işlevselliği yordayan faktörler; içe yönelim puanlarının fazla olması, erkek cinsiyette olma ve gelir düzeyinin yüksekliği olarak saptanmıştır. Toplumsal açıdan ülkemizin kültürel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda erkek cinsiyette olan ergenlerin deneyimlediği stres ve toplumsal olarak kabul görmeme gençlerin işlevselliğini doğrudan olumsuz olarak etkilemektedir. Aynı zamanda deneyimlenen anksiyete ve depresif belirtilerin sonucunda içe yönelim puanlarının fazla olması, önce yapılan birçok çalışmada da dışa yönelim puanlarına göre daha anlamlı olarak saptanmıştır.<sup>34,35</sup> Gelir düzeyi yüksek olan ailelerde yaşayan gençlerde, -çalışmamızda CH belirtilerini nicel olarak ölçemesek de- CH belirtilerinin ve toplumsal olarak açığa çıkma isteklerinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle bu gençlerde yaşadıkları stres sonucunda işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir.

#### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız ülkemizde CH olan ergenler ile yapılmış en kapsamlı araştırmalardan birisidir. Çalışmamızda yüksek oranda katılımcı olmasına rağmen veriler kontrol grubu ile karşılaştırılmamıştır.

Ülkemizde CH şiddetini ölçen yapılandırılmış bir ölçek olmaması nedeni ile saptanan yüksek eş tanı ve duygusal ve davranışsal belirtilerin CH belirti şiddeti ile arasındaki ilişki saptanamamıştır. Aynı zamanda bu gençlerde yüksek oranda görülen psikiyatrik tanılara ait geçerli ölçekler çalışmaya dahil edilmemiştir.

## Sonuç

Çalışmamızda CH olan ergenlerde yüksek oranlarda davranışsal ve duygusal sorunların ve psikiyatrik eş tanılarının olduğu saptanmıştır. Bunun sonucunda ise bu gençlerin ailesel, toplumsal ve akademik açıdan işlevselliklerinde bozulmalar saptanmıştır. Bu nedenle CH olan ergenlerde biyolojik, psikososyal ve psikodinamik bileşenlerin uzun dönemli psikiyatrik izlemde ayrıntılı bir biçimde multidisipliner olarak ele alınması bireylerin işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artıracaktır.

## Etik

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma etik kurulu Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 09.2018.693 protokol kodu ile onaylanmıştır.

**Hasta Onayı:** Tüm ergenler çalışmaya katılmayı kabul etti, katılımcı ergenler ve ailelerinden aydınlatılmış onam alındı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: G.Y.A., A.B.A., Dizayn: G.Y.A, N.P.F., A.B.A., Veri Toplama veya İşleme: G.Y.A., B.Y.B., Analiz veya Yorumlama: G.Y.A., B.Y.B., A.B.A., N.P.F., Literatür Arama: G.Y.A., B.Y.B., Yazan: G.Y.A., B.Y.B., A.B.A., N.P.F.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington, DC; American Psychiatric Association: 2013.
2. Turban JL, de Vries AL, Zucker KJ, Shadianloo S. Transgender And Gender Non-Conforming Youth. In: Rey JM, Martin A, eds. Jm Rey's Iacapap E-Textbook Of Child And Adolescent Mental Health (2018 ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019.
3. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, Rossen FV. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health*. 2014;55:93-99.
4. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT; University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
5. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, Spegg C, Wasserman L, Ames M, Fitzsimmons CL, Leef JH, Lishak V, Reim E, Takagi A, Vinik J, Wreford J, Cohen-Kettenis PT, de Vries AL, Kreukels BP, Zucker KJ. Evidence for an altered sex

ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015;12:756-763.

6. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:13-20.
7. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices. Sage Publishing; 2003.
8. Steensma TD, Zucker KJ, Kreukels BP, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, Cohen-Kettenis PT. Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: a cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42:635-647.
9. Skagerberg E, Davidson S, Carmichael P. Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *Int J Transgend*. 2013;14:105-112.
10. De Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52:1195-1202.
11. De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014;134:696-704.
12. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Ehrbar R, Ettner R, Eyler E, Garofalo R, Karasic DH, Lev AI, Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS, Tangpricha V, van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie KR, Zucker KJ. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend*. 2012;13:165-232.
13. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015;12:2206-2214.
14. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-988.
15. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2004;11:109-116.
16. Achenbach, TM, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry: Burlington VT; 1983.
17. Akçakın M. Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Psychology*. 1985;5:3-6.
18. Erol N, Şimsek Z. Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: Eksen Yayıncılık;1998.
19. Erol N, Arslan LB, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 years old Turkish Children. *Eunethdis: European Approaches to Hyperkinetic Disorders*. Zurich, Fotorot: Egg; 1995:97-113.
20. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:1228-1231.
21. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläljärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:9.
22. De Graaf, NM, Carmichael P, Steensma TD, Zucker, KJ. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *J Sex Med*. 2018;15:1381-1383.

23. Zucker, KJ. Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Arch Sex Behav.* 2019;48:1983-1992.
24. Segev-Becker A, Israeli G, Elkon-Tamir E, Perl L, Sekler O, Amir H, Interator H, Dayan SC, Chorna E, Weintrob N, Oren A. Children and Adolescents with Gender Dysphoria in Israel: Increasing Referral and Fertility Preservation Rates. *Endocr Pract.* 2020;26:423-428.
25. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr.* 2014;164:906-911.
26. 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. *J Sex Marital Ther.* 2012;38:151-189.
27. Strang, JF, Kenworthy L, Dominska A, Sokoloff J, Kenealy LE, Berl M, Walsh K, Menvielle E, Slesaransky-Poe G, Kim KE, Luong-Tran C, Meagher H, Wallece GL. Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Sex Behav.* 2014;43:1525-1533.
28. Yildirim B, Perdahli Fis N, Yazkan Akgul G, Ayaz AB. Gender dysphoria and attention problems: possible clue for biological underpinnings. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2017;27:283-290.
29. Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, Cundill P, Silberstein N, Bretherton I, Thrower E, Locke P, Grossmann M, Zajac JD. Sociodemographic and clinical characteristics of transgender adults in Australia. *Transgend Health.* 2018;3:229-238.
30. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 2020;50:695-706.
31. Aitken M, VanderLaan DP, Wasserman L, Stojanovski S, Zucker KJ. Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:513-520.
32. Zucker KJ, Wood H, VanderLaan DP. Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria. In: Kreukels BPC, Steensma TD, de Vries AC, eds. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development.* New York: Springer; 2014:171-192.
33. Van der Miesen AI, Nabbijohn AN, Santarossa A, VanderLaan DP. Behavioral and emotional problems in gender-nonconforming children: A Canadian community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57:491-499.
34. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;31:41-53.
35. De Vries AL, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, VanderLaan DP, Zucker KJ. Poor peer relations predict parent-and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25:579-588.