

2002-2014 Yılları Arasında Mersin Üniversitesi, Çocuk Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Cinsiyet Disforisi Tanılı Olguların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri

Clinical and Sociodemographic Characteristics of Cases with Gender Dysphoria who were Admitted to Mersin University Child Psychiatry Polyclinic Between the Years 2002 and 2014

© Fatma Yıldırım¹, © Veli Yıldırım², © Fevziye Toros³

¹Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Antalya, Türkiye

²Serbest Hekim, Mersin, Türkiye

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Amaç: Bu yazıda 12 yıllık bir zaman aralığında çocuk psikiyatri bölümüne başvuru yapan cinsiyet disforisi tanısı almış olan olguların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin geriye dönük olarak incelenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: 2002-2014 yılları arasında Mersin Üniversitesi, Çocuk Psikiyatri Bölümü'ne başvuru yapan tüm olguların hastane kayıtları geriye dönük olarak tarandı, cinsiyet disforisi tanısı almış olduğu tespit edilen 49 olgunun dosyaları ayrıntılı olarak incelendi. Olguların sosyodemografik bilgileri, klinik özellikleri ve ölçek puanları SPPS 16.0 yazılımı kullanılarak kaydedildi. Veriler frekans analizi ve tanımlayıcı analiz ile değerlendirildi.

Bulgular: Örneklemdeki kız çocuk sayısı 15 (%30,6), erkek çocuk sayısı ise 34 (%69,4) olarak bulundu. Olguların yaş ortalaması 10,4 (4,6) yıldı. Cinsiyet disforisi tanısı alan olgular içinde ek bir psikiyatrik tanı tespit edilen olguların oranı %51,1 olarak tespit edildi. Kırk dokuz olgudan sadece 19 olgunun iki ya da ikiden fazla görüşmeye katıldığı görüldü. Takibe devam etme ve eş tanı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlendi ($p=0,03$). Bunun yanı sıra, baba eğitim düzeyi ile takibe devam etme arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı ($p=0,013$). Ölçekleri dolduran olguların ölçek puanları takibe devam etme durumlarına göre incelendiğinde sadece sürekli kaygı ölçeği puanı ile takibe devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttu, takibe devam edenlerin sürekli kaygı puanları daha yüksekti ($p=0,006$).

Sonuç: Bu araştırmada, cinsiyet disforisi tanısı alan kız olgu sayısının erkeklerden daha az olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, daha önce yapılmış olan toplum tabanlı çalışmalarda ortaya konulan kızlardaki yüksek cinsiyet disforisi sıklığı ile uyumlu görünmemektedir. Toplumumuzdaki sosyokültürel faktörler cinsiyet disforisi belirtileri ile poliklinik başvuru eğilimlerini etkilemektedir. Cinsiyet disforisi tanısı alan olguların neredeyse yarısında bir eş tanının eşlik ettiği ortaya konulmuştur. Cinsiyet disforisine eşlik eden tanıların erken teşhisi ve etkili tedavisi ile birlikte; ebeveynlere yeterli düzeyde bilgi verilmesi olguların genel prognozu açısından son derece önemlidir. Cinsiyet disforisi tanısı alan çocukların neredeyse üçte ikisinde takibin sürdürülmediği ve eş tanı, sürekli kaygı ölçek puanları ve babanın eğitim düzeyi ile takibe gelme arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki olduğu düşünüldüğünde; eş tanı ve kaygı düzeyleri gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyokültürel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekli olabilir. Tedavi yaklaşımlarında, ailenin, okulun ve sosyal çevrenin iş birliği olguların tedaviye daha fazla uyum sağlamasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet disforisi, çocuk, ergen

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Fatma Yıldırım, Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Antalya, Türkiye

Tel.: +90 552 866 10 03 **E-posta:** fatosyldrm@yahoo.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-8728-707X

Geliş Tarihi/Received: 10.06.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17.06.2022



Objectives: In this article, it was aimed to retrospectively examine the clinical and sociodemographic characteristics of cases with gender dysphoria who applied to the department of child psychiatry within a 12-year period.

Materials and Methods: The hospital files of all cases who applied to the Child Psychiatry Department of Mersin University Hospital between 2002 and 2014 were retrospectively reviewed, and the files of 49 cases diagnosed with gender dysphoria were analyzed. Sociodemographic data, clinical characteristics and scale scores of the cases were entered into the SPSS 16.0 program. Frequency analyzes and descriptive analyzes of the data were performed.

Results: Fifteen (30.6%) of the cases were female and 34 (69.4%) were male. The mean age of the sample was found to be 10.4 (4.6) years. In 51.1% of the cases, a comorbid psychiatric diagnosis was found in addition to gender dysphoria. Of the 49 cases, only 19 cases came for two or more interviews. There was a statistically significant relationship between continuing follow-up and the presence of comorbidity ($p=0.03$). At the same time, there was a statistically significant relationship between father's education level and follow-up ($p=0.013$). There was a statistically significant relationship between only the trait anxiety scale score and continuing to follow-up, the trait anxiety scores of those who continued to follow-up were higher ($p=0.006$).

Conclusion: In this study, the number of girls diagnosed with gender dysphoria was found to be less than boys. This finding does not seem to be in line with the higher frequency of gender dysphoria in girls that has been generally demonstrated in the past in population-based studies. Sociocultural factors in our society are influential in the tendency to apply to the clinic. It has been shown that roughly half of cases with gender dysphoria have comorbidity. In addition to the timely diagnosis and successful treatment of these comorbidities; informing families adequately is essential in terms of the general course of the cases. Considering that follow-up is not continued in approximately two-thirds of the children diagnosed with gender dysphoria and that there is a significant relationship between comorbidity, trait anxiety scale scores, father's education level and follow-up; it may be important to consider sociocultural factors as well as biological factors such as comorbidity and anxiety levels. Partnership of families, schools and the social community may contribute to treatment compliance of those cases.

Keywords: Gender dysphoria, child, adolescent

Giriş

"Cinsiyet kimliği", bireyin ait olduğu cinsiyeti bilme hissini içerir, erken yaşlarda ortaya çıkar ve kimliğin temel parçalarından birini oluşturan öznel bir yaşantıdır.¹ "Cinsiyet disforisi" terimi, bedensel cinsiyeti ile cinsiyet kimliği arasında uyumsuzluk hisseden ve karşı cinsiyette olma isteği taşıyan bireylerin, özellikle de erişkinlerin duyumsadıkları rahatsızlığı tariflemek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır.² Ancak çocuk ve ergenlerde de biyolojik cinsiyetinden rahatsızlık duyma, bedeninden memnun olmama, karşıt cinsiyetin beden özelliklerine sahip olma ile ilgili yoğun bir istek duyma ve kendisine karşı cinsiyet gibi davranılması isteği bulunduğu bilinmektedir. ICD-10 tanı sisteminde bu durum "cinsel kimlik bozuklukları" üst başlığı altında "transseksüalizm" alt başlığı ile tanımlanmıştır.³ DSM-IV tanı sisteminde de aynı şekilde "cinsel kimlik bozukluğu" ifadesi bulunmakla beraber, DSM-5 ile bu tablo "cinsiyet disforisi; cinsiyetinden yakınma ya da hoşnut olmama" olarak tanımlanmaya başlanmıştır.^{2,4} Sayılan değişikliklerle "bozukluk" kelimesinin yarattığı olumsuz etkiyi azaltmak ve sorunun bireyin kimliği ile ilgili değil, kişinin yaşadığı rahatsızlık duygusu ile ilgili olduğunu vurgulamak hedeflenmiştir.

Cinsiyet disforisinin nedenleri hakkındaki bilgilerimiz kısıtlı olmakla beraber, biyolojik, genetik, ailesel, sosyal ve kültürel etkenlerin karmaşık etkileşiminin etkili olduğu düşünülmektedir.⁵ Cinsiyet disforisinin çocukluk dönemindeki yaygınlığına ilişkin bilgilerimiz de sistematik bir yaygınlık çalışması yapılmamış olması nedeniyle kısıtlıdır. Anne ve babalardan DSM-IV cinsel kimlik bozukluğu tanı ölçütlerini içeren "kişilik ve nöropsikoloji ölçeği" ile veriler toplanarak, 4-17 yaş aralığındaki 314 ikiz ile gerçekleştirilen bir kalıtım ve yaygınlık çalışmasında cinsel kimlik bozukluğu yaygınlığı %2,3 olarak belirtilmiştir.⁶ Ülkemiz kökenli yazında da cinsiyet disforisi yaygınlığı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yaşları dört ile onbir arasında değişen çocukların anne babalarına Çocuklar için Davranışı Değerlendirme Ölçeği (CBCL) uygulanarak yapılan bir çalışmada "karşı cinsiyet gibi davranır" maddesini karşılayan erkek çocuk oranı %3,8, kız çocuk oranı ise %8,3 olarak bulunmuştur.⁷ "Karşı cinsiyet gibi olmak ister" maddesini karşılayanların oranı ise erkek çocuklarda %1,0, kız çocuklarda %2,5'tir.⁷ Daha yakın zamanda yapılan benzer bir çalışmada, ikiz çocuk sahibi annelere çocukları yedi yaşındayken (14.000 ikiz) ve 10 yaşındayken (8.500 ikiz) CBCL uygulanmıştır. Sonuç olarak yedi yaşında iken karşı cinsiyet gibi davranır ya da olmak ister maddesini karşılayan erkek çocuk oranı %3,2, kız çocuk oranı ise %5,2 olarak tespit edilmiştir. Çocuklar 10 yaşına geldiğinde bu oranlar erkek çocuklar için %2,4 ve kız çocuklar için %3,3'e düşmüştür. Ayrıca her iki cinsiyette de bu belirti bildirilen çocuklar arasında hem içe yönelim hem de dışa yönelim davranışı sorunlarının daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır.⁸

Dolayısıyla nedenleri, yaygınlığı ve prognozu hakkında net bilgilere henüz sahip olmadığımız, yaklaşım ile ilgili etik tartışmaların süregeldiği, toplum yaşamında karşılaşılan güçlüklerin, uyum sorunlarının de etkisiyle ikincil psikiyatrik bozuklukların sıklıkla eşlik ettiği, cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenler ile ilgili özellikle ülkemizde daha fazla çalışma gerektiği düşüncesiyle, 12 yıllık bir zaman aralığında kliniğimize cinsiyet disforisi yakınması ile yapılan başvuruları geriye dönük olarak inceleyerek cinsiyet disforisi yakınması olan olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerini ortaya koymak ve konuya dikkat çekmek istedik.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Araştırma için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.01.2016 tarihinde 2016/1 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır. 2002-2014 yılları arasında Mersin Üniversite

Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Bölümü'ne başvuru yapan tüm olgularla ilgili 8.430 hastane dosyası geriye dönük taranmış ve cinsiyet disforisi tanısı almış olduğu tespit edilen 49 olgunun dosyaları ayrıntılı incelenmiştir. Olguların sosyodemografik bilgileri, klinik özellikleri ve ölçek puanları bir veri tabanına girilmiştir. Ayrıca telefon kayıtları sosyodemografik bilgileri içinden bulunup, 2021 yılında aranarak cinsiyet disforisi ile ilgili eski şikayetlerinin devam edip etmediği ebeveynlerine sorularak öğrenilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Sosyodemografik verilerin tespit edilmesi için kullanılan bilgi formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri: Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) sürekli kaygı ölçeği 20 madde içerir ve çocuktan kendini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirmesi istenir. ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği 20 soru içermekte ve çocuktan kendini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirmesi istenmektedir. Öte yandan, ÇDSKE durumluk kaygı ölçeği, çocuklardan içinde buldukları an itibarıyla nasıl hissettiklerini değerlendirmelerini istemektedir ve bu ölçek de 20 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek Spielberg⁹ tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özusta¹⁰ tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Çocuklar için depresyon ölçeği, 6-17 yaş arasındaki çocuklar için tasarlanmış bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Yirmi yedi maddeden oluşan ölçekte, her bir madde için üç farklı seçenek sunulmaktadır. Çocuklardan son iki hafta içerisinde kendilerine en uygun ifadeyi seçmeleri istenir. Her madde, semptomun şiddetine bağlı olarak 0, 1 veya 2 puan alır. Elli dört en yüksek puandır. Elde edilen puan ne kadar yüksekse, depresyonun o kadar şiddetli olduğu kabul edilir. Ölçeğin kesim puanı 19 olarak önerilmiştir.^{11,12} Türkiye'de yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda kesim puanı 19 saptanmıştır.¹³

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi, TIBCO Statistica'nın 16.0 sürümü (TIBCO Statistica, v. 16.0, TIBCO Software Inc, Palo Alto, CA, ABD; 2017. <https://www.tibco.com/products/tibco-statistica>) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin frekans analizleri ve tanımlayıcı analizleri yapılmış ve iki bağımsız grubun ortalamaları Student t-testi ile karşılaştırılmıştır. Takibe devam etme ve komorbidite arasındaki ilişkileri değerlendirebilmek için ki-kare analizi yapılmıştır. Bütün karşılaştırmalar için istatistik anlamlılık seviyesi (p) 0,05 olarak alınmıştır (çift-yönlü).

Bulgular

Sosyodemografik Özellikler

2002-2014 yılları arasında Mersin Üniversitesi, Çocuk Psikiyatri Bölümü'ne toplam 8.430 olgu başvurmuş, bunların 49 tanesi cinsiyet disforisi tanısı almıştır. On iki yıllık periyotta cinsiyet disforisi tanısıyla başvuru oranı %0,6 olarak bulunmuştur.

Örneklemden kız çocuk sayısı 15 (%30,6), erkek çocuk sayısı ise 34 (%69,4) olarak saptanmıştır. Yaş ortalamaları 10,4±4,6 yıldır. Anne yaşı ortalaması 36,7±6,7, baba yaşı ortalaması ise 43,5±7,7 yıldır. Anne eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %53,2'sinin (n=25) ilköğretim mezunu veya altı, %46,8'inin (n=22) ise lise veya üzeri eğitim gördüğü görülmüştür. Baba eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %48,0'inin (n=23) ilköğretim mezunu veya altı, %52,0'sinin (n=25) lise veya üzeri eğitim gördüğü saptanmıştır. Annelerin %55,1'i (n=27) çalışmamaktayken %44,9'u (n=22) çalışmaktadır. Babaların ise %4,3'ü (n=2) çalışmamaktadır (Tablo 1).

Takip Süreleri: Kırk dokuz olgudan yalnızca 19 olgu iki ya da ikiden fazla görüşmeye gelmiştir. Geri kalan 30 olgunun ise ilk görüşmeden sonra takipten çıktığı belirlenmiştir. İki ya da ikiden fazla görüşmeye gelen 19 olgunun %68,4'ünde (n=13) komorbidite mevcuttur (Tablo 2). Komorbiditesi olan hastaların olmayanlara göre daha sıklıkla takibe devam ettikleri görülmüştür. Takibe devam etme ile komorbidite mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,03) (Tablo 3).

Annenin eğitim düzeyi ile takip süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Babanın eğitim düzeyi arttıkça

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

		N (%)
Cinsiyet	Kız	15 (30,6)
	Erkek	34 (69,4)
Yaş grubu	Oyun çocuğu (2,5-6)	13 (26,5)
	Okul çocuğu (7-11)	16 (32,7)
	Erken ergenlik (12-14)	6 (12,2)
	Geç ergenlik (15-19)	14 (28,6)
Annenin eğitimi	İlköğretim veya altı	25 (53,2)
	Lise veya üstü	22 (46,8)
Babanın eğitimi	İlköğretim veya altı	23 (48)
	Lise veya üstü	25 (52)
Annenin çalışma durumu	Çalışmıyor	27 (55,1)
	Çalışıyor	22 (44,9)
Babanın çalışma durumu	Çalışmıyor	2 (4,3)
	Çalışıyor	45 (95,7)
Aile yapısı	Çekirdek aile	41 (85,4)
	Geniş aile	3 (6,3)
	Tek ebeveyn ile	4 (8,4)
Başvuru şekli	Kendi istekleri	37 (75,5)
	Eğitim kuruluşu	6 (12,2)
	Psikolog	1 (2,0)
	Adli makam	1 (2,0)
	Konsültasyon	4 (8,2)

takibe devam etme oranının arttığı görülmüştür. Babanın eğitim düzeyi ile takip süresi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,013$) (Tablo 4).

Ölçekleri dolduran olguların ölçek puanları takibe devam etme durumlarına göre incelendiğinde sadece sürekli kaygı ölçeği

Tablo 2. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar	N	%
İçer yönelim bozuklukları	16	32,6
YAB	4	8,1
Sosyal fobi	1	2,0
Ayrınlık anksiyetesi	1	2,0
Majör depresyon	4	8,1
OKB	4	8,1
PTSB	2	4,0
Dışa yönelim bozuklukları	12	24,4
DEHB	10	20,4
Davranım bozukluğu	1	2,0
KOKG	1	2,0
Diğer	14	28,5
MR	5	10,2
FB	3	6,1
EN	2	4,0
ÇÇM	2	4,0
Trikotillomani	1	2,0
Uyku bozukluğu	1	2,0
Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmayanlar	7	14,2

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, PTSD: Post travmatik stres bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKG: Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, MR: Mental retardasyon, FB: Fonolojik bozukluk, EN: Enurezis nocturna, ÇÇM: Çocukluk çağı mastürbasyonu

puanı ile takibe devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ve takibe devam edenlerin sürekli kaygı puanları daha yüksektir ($p=0,006$) (Tablo 5).

İzlem: Olgulara telefon ile ulaşılmaya çalışıldığında yirmisine (%40,8) erişilebilmiş, telefon görüşmesinde cinsiyet disforisinin devam edip etmediği sorgulandığında dört erkeğin ebeveyni (ulaşılabilenlerin %20,0'si) cinsiyet disforisi belirtilerinin devam ettiğini bildirmiştir.

Diğer bulgular Tablo 1-5 içerisinde gösterilmiştir.

Tartışma

Cinsiyet disforisi tanımlı hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerini ortaya koyduğumuz çalışmada 12 yıllık periyotta cinsiyet disforisi tanısıyla başvuru oranı %0,6 olarak tespit edildi. Geçmiş yazında ülkemizde cinsiyet disforisi sıklığı ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu ve çalışmamızın ülkemizde cinsiyet disforisinin klinikte görülme sıklığı ile ilgili nadir çalışmalar arasında olduğu görülmüştür. Son araştırmalar, çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde kendi kendine bildirilen bir transeksüel kimliğin yaygınlığının, klinik tarafından sevk edilen yetişkin örneklerine dayanan yaygınlık oranlarından belirgin şekilde daha yüksek olduğunu ve %0,5 ile %1,3 arasında değişebileceğini göstermektedir.¹⁴ Bizim çalışmamızda daha düşük oran bulunması kliniğe başvuru konusunda kültürel bir direnç olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda olguların 34'ü (%69,4) erkek, 15'i (%30,6) kızdır. Dolayısıyla erkek kız oranı 2,3:1,0 gibi yüksek bir orandadır. Üç ila 12 yaş arasındaki erkekler için kızlara göre önemli ölçüde daha yüksek klinik başvuru oranları bildirmiştir.¹⁵ Erkek çocuklar için cinsiyet disforisi nedeniyle klinik başvuru oranının kız çocuklardan daha fazla olması, çocukluk döneminde kızlarda cinsiyet uyumsuzluğuna karşı toplumun görece hoşgörüsüyle açıklanabilir.

Çalışmamızda cinsiyet disforisinin prognozu hakkında bilgi sahibi olmak için 20 olguya ulaşılabildi, ulaşılan olgulardan

Tablo 3. Takibe devam etme ve komorbidite olması arasındaki ilişki

	Komorbidite		p-değeri
	Yok, n (%)	Var, n (%)	
Takibe devam eden	6 (%31,6)	13 (%68,4)	0,03
Takibe devam etmeyen	19 (%63,3)	11 (%36,7)	

Ki-kare testi, $p<0,05$ anlamlı

Tablo 4. Anne-baba eğitim düzeyi ile takip süreleri arasındaki ilişki

Eğitim düzeyi	Tedavi süresi (ay) ort ± SS	p-değeri
Anne		
İlköğretim veya altı (n=26)	10,5±28,2	0,57
Lise veya üzeri (n=23)	6,9±13,2	
Baba		
İlköğretim veya altı (n=24)	0,8±1,8	0,013
Lise veya üzeri (n=25)	16,4±29,4	

Student t-testi, ort: Ortalama, SS: Standart sapma, $p<0,05$ anlamlı

Tablo 5. Ölçek puanları ile takibe devam etme durumları arasındaki ilişki

Ölçek	Takip	N	Ort ± SS	p-değeri
Çocuklar için depresyon ölçeği puanı	Var	11	15,73	8,60
	Yok	10	12,50	11,45
Sürekli kaygı ölçeği puanı	Var	10	39,90	7,47
	Yok	13	30,85	10,37
Durumluluk kaygı puanı	Var	10	32,80	10,62
	Yok	12	29,66	11,30

Student t-testi, ort: Ortalama, SS: Standart sapma, p<0,05 anlamlı

dört erkek olguda cinsiyet disfori durumunun devam ettiği diğerlerinde devam etmediği öğrenildi. Cinsiyet disforisi deneyimleyen birçok çocuk ve ergen yetişkinliğe kadar disfori yaşamaya devam etmeyecektir. Ancak önemli bir azınlık sonraki yaşamlarında cinsiyet disforisini bildirmeye devam edecek ve cinsiyet değiştirme için yardım isteyecektir. Bizim çalışmamızda da (ulaşabildiklerimizden %20,0'ı) dört erkek olguda cinsiyet disforisi devam etmektedir ve bunlardan bir tanesinin hormon tedavisi için yardım arayışında olduğu aktarılmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu şekilde, bugüne kadar, cinsiyet disforili çocuklar üzerinde yapılan, ileriye dönük takip çalışmaları, 246 çocuğun sonuçları hakkında toplu olarak rapor edilmiştir ve bu çalışmaların sonucuna göre ergenlik döneminde veya yetişkinlikte çocukların çoğunluğu (%84,2; n=207), artık cinsiyet disforisi tanımlanamamaktaydı.¹⁶ Yine son dönemde yapılan bir çalışma, cinsiyet disforisi tanılı gençlerin üçte birinden azının yetişkinlikte cinsiyet disforisi ilişkili nihai bir tanı aldığını ve yaklaşık dörtte birinin hormon terapisi aldığını ortaya koymuştur.¹⁷

Çalışmamızda babanın eğitim düzeyi ile takip süresi arasında anlamlı bir ilişki vardır (p=0,013) (Tablo 4). Baba eğitim düzeyi arttıkça takibe devam etme oranı artmaktaydı. Psikiyatrik diğer bozukluklarda ebeveyn eğitim düzeyi psikiyatrik bozukluğa ebeveyn tutumunu etkilemektedir. Özellikle baba eğitim düzeyi ile psikiyatrik bozukluğa olumlu tutum arasında anlamlı ilişki mevcuttur.¹⁸ Ancak kültürel faktörlerin etkisi ile babaların cinsel disforide daha hassas olmaları bu durumu daha fazla etkilemiş olabilir. Bu sonuçtan baba eğitim düzeyi arttıkça cinsiyet disforisini kabullenme ve psikiyatrik destek alınması gerektiği yönündeki bilincin arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda cinsiyet disforisi tanısı alan çocuklarda %32,6 içe yönelim, %24,4 dışa yönelim bozuklukları olmak üzere yüksek (%85,7) komorbidite oranı saptanmıştır. İçe yönelim bozuklukları arasında en sık komorbidite anksiyete bozuklukları %14,3 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızla tutarlı bir şekilde daha önce yapılan bir çalışmada da cinsiyet disforisi tanısı alan çocukların %52,0'sinde, %37,0'si içe yönelim, %23,0'u dışa yönelim bozukluğu olmak üzere komorbidite saptanmış, en sık komorbidite olan anksiyete bozukluklarının oranı ise %31,0 olarak bulunmuştur.¹⁹ Bu durum cinsiyet disforisi yaşayan çocukların çoğunlukla hem erişkinler hem de yaşlıları tarafından merak edilmek ya da alay edilmek suretiyle rahatsız edilmeleri,

damgalanma, dışlanmaya maruz kalmaları ile açıklanabilir. Bu çocuklar ve ergenler, psikiyatrik problemler geliştirme açısından yüksek risk altındadır.²⁰ Aynı zamanda cinsiyet disforisi tanılı çocuk ve ergenlerde yaşam boyu psikiyatrik komorbidite riski yüksek olabilir.²¹ Dahası, psikiyatrik komorbidite ve mental istikrarsızlığın cinsiyet disforisinde uzun dönemli psikososyal uyum için önemli olumsuz prognostik faktörler olduğu bildirilmektedir.²² Psikiyatrik komorbidite olumsuz prognostik faktör olmakla beraber, psikiyatrik muayenede komorbiditenin atlanması prognoz ve terapötik işbirliği açısından çok daha olumsuz bir faktör olabilmektedir. Çalışmamızda da çocuk ve ergende komorbidite tespit edilmediğinde anlamlı bir şekilde takibin azaldığı gösterilmiştir. Bu sebeple cinsiyet disforisi nedeniyle yapılan poliklinik başvurularında çocuk ve ergenlerde var olan komorbid bir durumun atlanılmaması çok büyük bir önem arz etmektedir.

Ölçekleri dolduran olguların ölçek puanları takibe devam etme durumlarına göre incelendiğinde sürekli kaygı ölçeği puanı ile takibe devam etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Takibe devam edenlerin sürekli kaygı puanları daha yüksektir (p=0,006) (Tablo 5). Bu veriler ışığında komorbiditesi olan ve özellikle kaygı düzeyi yüksek olan çocuk ve ergenlerin psikiyatrik takiplerine daha düzenli geldikleri söylenebilir. Daha önce cinsiyet disforisi bulunan ergenlerde özellikle anksiyete bozukluklarının oldukça sık eşlik ettiği ortaya konmuştur.^{23,24} Bu nedenle cinsel disfori tanılı çocuk ve ergenlerde komorbidite değerlendirilmesi yapılırken özellikle kaygı bozukluklarının dikkate alınması takibin sürekliliği açısından faydalı olacaktır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sınırlılıkları olgu sayısının düşüklüğü ve yaş grupları arasındaki dengesiz dağılımdır. Diğer bir kısıtlılık çalışmanın geriye dönük doğası ve örneklemin klinik başvurular içinden seçilmiş olması, toplum taraması olmaması, yaygınlığın ortaya konulamamasına sebep olmuştur.

Üstünlükleri ise ülkemizde cinsiyet disforisi ile ilgili yapılan retrospektif çalışmalar arasında 12 yıllık geniş bir periyodu kapsayan tek çalışma olmasıdır. Telefonla aranarak cinsiyet disforisi ile ilgili şikayetlerinin olup olmadığının sorgulanmış olması izleme ile ilgili önemli bir gözlemsel verinin olması da çalışmanın üstünlükleri arasında sayılabilir.

Sonuç

Cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenler psikiyatrik komorbidite ve psikososyal sıkıntılar açısından hassas bir gruptur. Aile, okul ortamı ve toplum tarafından damgalanma riski taşımaktadırlar. Aileler cinsiyet disforisini ilk fark ettiklerinde ruh sağlığı profesyonellerinden yardım almaya yönelmektedirler. İlk başvuruda ailenin ve çocuğun kaygı seviyeleri yüksek olmaktadır. Çocuklara ve ailelerine uygun desteği sağlamak açısından komorbiditenin değerlendirilmesi, kaygı seviyelerinin nesnel testlerle değerlendirilmesi ve eğitim seviyesi düşük olan ailelere özellikle de babalarına durumun anlayabilecekleri dille anlatılıp takibe devam etmelerinin sağlanması cinsiyet disforisi olan çocuk ve ergenlerin prognozu açısından son derece önem arz etmektedir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Araştırma için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.01.2016 tarihinde 2016/1 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır.

Hasta Onayı: Geriye dönük çalışmadır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulunda olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: F.Y., Dizayn: F.Y., V.Y., Veri Toplama veya İşleme: F.Y., Analiz veya Yorumlama: F.Y., V.Y., F.T., Literatür Arama: F.Y., Yazan: F.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:44-57.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ed., (DSM-5)*, American Psychiatric Association. Arlington, VA: 2013.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline*. World Health Organization. Geneva: 1992.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed., Text Revision, (DSM-IV TR)* American Psychiatric Association. Washington, DC: 1994.
- Özşungür B. Cinsel Kimlik Gelişimi ve Cinsel Kimlik Bozukluğunda Psikososyal Değişkenler: Gözden Geçirme. *Kaos GL Derg*. 2000;17:163-174.
- Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet*. 2002;32:251-257.
- Zucker KJ, Bradley SJ, Sanikhani M. Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *J Abnorm Child Psychol*. 1997;25:217-227.
- van Beijsterveldt CE, 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. *Arch Sex Behav*. 2006;35:647-658.
- Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1973.
- Özusta HŞ. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikol Derg*. 1995;10:32-44.
- Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*. 1981;46:305-315.
- Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21:995-958.
- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 1991;2:137-140.
- Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14:404-411.
- Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorder in children and adolescents. In: *Handbook of sexual and gender identity disorders*. Rowland DL, Incrocci L (eds) Wiley. Hoboken, NJ: 2008: pp. 376-422.
- Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16:499-516.
- Wagner S, Panagiotakopoulos L, Nash R, Bradlyn A, Getahun D, Lash TL, Roblin D, Silverberg MJ, Tangpricha V, Vupputuri S, Goodman M. Progression of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: A Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2021;148:e2020027722.
- Ebrahimi H, Movaghari MR, Bazghaleh M, Shirmohammadi N, Mohammadpourhodki R. Parental attitude toward children's mental disorders and its relationship with help seeking behaviors. *J Complement Integr Med*. 2019;16.
- Wallien MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1307-1314.
- Specht AA, Gesing J, Pfaeffle R, Koerner A, Kiess W. Symptome, Komorbiditäten und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. *Klin Padiatr*. 2020;232:5-12. [Almanca]
- Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res*. 2005;58:259-261.
- Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The transsexual: what about the future? *Eur Psychiatry*. 2002;17:353-362.
- Fisher AD, Ristori J, Castellini G, Sensi C, Cassioli E, Prunas A, Mosconi M, Vitelli R, Dèttore D, Ricca V, Maggi M. Psychological characteristics of Italian gender dysphoric adolescents: a case-control study. *J Endocrinol Invest*. 2017;40:953-965.
- de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52:1195-202.