

ERGENLERDE CİNSEL KİMLİK VE YÖNELİM SORUNLARINDA DEĞERLENDİRME VE İZLEM: DÖRT KIZ OLGU

Saniye KORKMAZ ÇETİN*, Çiğdem YEKTAŞ**, Tezan BİLDİK***, Meryem DALKILIÇ****, Müge TAMAR*****

ÖZET

Cinsel Kimlik Bozukluğu (CKB) kişinin biyolojik cinsiyetinden ve cinsel kimlik rolünden sürekli ve şiddetli olarak rahatsızlık duyması, karşı cinsten olma isteği, ısrarı ve karşı cinsiyetle güçlü bir özdeşim kurması ile tanımlanmaktadır. Cinsel kimlik duygusunun yapılanmasında biyolojik etmenler ile kültürel özellik ve değerlerin karşılıklı etkileşimi bulunmaktadır. Cinsel kimlik ve yönelim sorunları olan gençlerin biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri çok yönlü ve çok disiplinli olarak değerlendirilmelidir. Cinsel kimlik sorunları ile bir arada görülen ruhsal sorunların tedavisi, örgün eğitim sisteminde okula devamının sağlanması, ailenin bütünlüğü ve çocuklarını destekleyici yaklaşımları izlem süreci ve koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir. Bu yazıda, cinsel kimlik ve yönelim sorunları ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gençlik Birimi'ne başvuran, 14-17 yaş aralığındaki dört kız olgunun ayrıntılı ruhsal değerlendirmesi ve izlem sonuçları yazın bilgileri eşliğinde tartışılmıştır. İzlenen ergenlerin ikisinde cinsel kimlik sorunları, gelişimsel dönemin bir özelliği olarak değerlendirilirken diğer ergenlerde cinsiyet kimlik rolü ile ilgili duygu ve sıkıntılarının yoğun ve süreğen olduğu görülmüştür. Ayrıncı tanıda ve izlemede çeşitli nedensel ve prognostik etmenlerin olgu bazında dikkatle değerlendirilmesi önemlidir. Bu yazının çok boyutlu değerlendirme, teröpotik yaklaşım ve izlem sürecindeki prognostik etmenler açısından katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Cinsel kimlik, cinsel kimlik bozukluğu, kız ergenler.

SUMMARY: EVALUATION AND FOLLOW-UP OF GENDER IDENTITY AND SEXUAL ORIENTATION PROBLEMS IN ADOLESCENTS: FOUR FEMALE CASES

Gender Identity Disorder (GID) is defined as a continuous and severe discomfort of an individual's biological sex and gender identity role, a strong desire to be a member of the other gender and the presence of a strong identification with the opposite gender. A mutual interaction between biological factors, cultural characteristics and values occur during the construction of the sense of gender identity. The biological, psychological and social characteristics of adolescents with gender identity and sexual orientation problems should be evaluated on a multifaceted and multidisciplinary level. The treatment of psychological problems comorbid with gender identity disorders, maintaining school attendance in formal education system, the integrity of family and their supportive attitudes towards their children are significant for the follow up process and preventive psychological health. In this paper, detailed psychological evaluation and follow-up processes of four female adolescents aged between 14 and 17 who were applied to Adolescent Unit of Child and Adolescent Psychiatry Department in Ege University, School of Medicine due to gender identity and sexual orientation problems were discussed in the light of relevant data from literature. While gender identity problems of two adolescents were regarded as a feature of developmental period, other two were observed to have intense and persistent feelings and distress about their gender identity role. A thorough assessment of various etiological and prognostic factors that should be carried out individually for every case is mandatory during differential diagnosis and follow up process. This paper might provide some contributions to multi-dimensional evaluation, therapeutic approach and prognostic factors during the follow-up process.

Key Words: Gender identity, gender identity disorder, female adolescents.

GİRİŞ

Çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci olan ergenlik genç bireyin fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal alanlarda yaşadığı değişim ve gelişimler ile tanımlanmaktadır. Bu dönemin önemli geli-

şimsel görevi kimlik duygusunun yapılanmasıdır. Yapılanmış kimlik gerçekçi beden imgesi, aynılığın öznel biçimde algılanması, davranışlarda süreklilik, akıcılık ve etnik bir topluluğa ait olma duygusunu içermektedir (Aktar 1999). Kimlik duygusu temel olarak mesleki, ideolojik, etnik, kişiler arası ve cinsel kimlik alanlarında gerçekleşmektedir. Cinsel kimlik kalıtsal ve biyolojik etmenler ile kültürel özellik ve değerlerin karşılıklı etkileşimi ile yapılanmaktadır. Yapılanmış cinsel kimlik, taşıdığı biyolojik cinsiyet ile uyduğu kadar çekirdek cinsel kimlikle,

*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir.

**Uzm. Dr., Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat.

***Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir.

****Uzm. Psk., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir.

*****Prof. Dr., Emekli Öğretim Üyesi, 1402 sok. No: 2/7 Alsancak, İzmir.

cinsiyet rolleriyle, cinsel açıdan seçilen arkadaş eğilimleriyle de kendi içinde bir uyuma sahip olmalıdır (Mahler ve ark. 1975).

Cinsel Kimlik Bozukluğu (CKB) kişinin biyolojik cinsiyetinden ve cinsel kimlik rolünden sürekli ve şiddetli olarak rahatsızlık duyması, karşı cinsten olma isteği, ısrarı ve karşı cinsiyetle güçlü bir özdeşim kurması ile tanımlanmaktadır (AACAP 2000). Tanı ölçütleri içerisinde diğer cinsiyette olma isteğini dile getirmenin yanı sıra kendini diğer cinsiyetteymiş gibi gösterme, diğer cinsiyetteymiş gibi yaşamayı ya da davranılmayı isteme ve karşı cinsiyete özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna ilişkin güçlü ve sürekli bir inanç taşıma da bulunmaktadır. Ayrıca kendi cinsiyetine ilişkin rahatsızlık duyma, cinsiyetinin gerektirdiği cinsel rol için uygun olmadığı duygusunun ya da yanlış cinsiyette doğduğuna ilişkin inanç bulunmaktadır. Bu inancın gelip geçici duygular olmaması, kalıcı ve sürekli olması gerekmektedir.

Cinsel Kimlik Bozukluğu tanı ölçütleri, DSM-IV-TR de "Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları" başlığı altında tanımlanırken yakın zamanda yayınlanan DSM-5 sınıflandırma sisteminde (APA 2013) "Cinsel Kimlik Bozuklukları" tanısı yerine "Cinsiyet Disforisi" tanısı yer almıştır. Bu tanının DSM-IV deki cinsel kimlik bozukluğu tanısından daha tanımlayıcı olduğu ve disfori'ye kimlik özelliği değil de klinik bir sorun olarak odaklanıldığı vurgulanmıştır. Cinsiyet Disforisi tanısı "Çocuklarda Cinsiyet Disforisi" ve "Ergenler ve Yetişkinlerde Cinsiyet Disforisi" olmak üzere iki alt başlığa ayrılmıştır. Çocuklar için tanımlanan ölçütler ergen ve erişkinler için tanımlanan ölçütlerden daha somut ve gelişimsel süreçlerine uygun oluşturulmuştur. Farklı cinsiyet tutum ve davranışlarının, temel ölçütlerinin iyi gözlemlenmiş, belgelenmiş olması koşulu aranmaktadır. Cinsiyet Disforisi'nin temel tanısal özelliği, kişinin genellikle doğduğunda belirlenen doğumsal cinsiyeti ile hissedilen/belirlenen cinsiyeti arasındaki uyumsuzluğu ve bu uyumsuzluk ile ilişkili sıkıntılarını belirtmekte-

dir. Bu gerginliğin/sıkıntıların basitçe diğer cinsiyette olmayı isteme ile sınırlı olmadığı, bireyin doğumda belirlenen cinsiyetinden daha farklı olması koşuluyla, aynı zamanda alternatif bir cinsiyette olmayı istemenin de olabileceği belirtilmiştir. Hissedilen cinsiyetin alışlagelmiş iki cinsiyet kavramının dışında alternatif cinsiyet kimliklerini de içerebileceği belirtilmiştir. Tanı ölçütlerinin en az 6 ay süresince bulunması ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, eğitsel ve diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması koşulu da aranmaktadır. Cinsiyet Disforisi belirtilerinin Kongenital adrenogenital bozukluklarla (kongenital adrenal hiperplazi ya da androjene duyarsızlık sendromları) bir arada görülebileceği ve bu tanuların Cinsiyet Disforisine ek olarak kodlanabileceği belirtilmiş ve tanı kapsamı genişletilmiştir (APA 2013).

CKB'nin gelişimine ilişkin psikanalitik görüşlerde, CKB narsistik bir bozukluk, sapkınlık ya da ayrılık anksiyetesine karşı bir savunma olarak tanımlanmakta ve preödüpal evrede geliştiği belirtilmektedir (Coates 1985, Volkan ve Berent 1976). Çocukların, annelerinin duygusal olarak ulaşılmazlığı ile tetiklenen ayrılık kaygılarını yönetmeye çalıştıkları, örselenmiş anneye tepkilerini şiddetli ayrılık anksiyetesi ve depresyonla gösterdikleri ileri sürülmektedir (Coates ve ark. 1991, Coates 2006). Ayrıca erken çocuklukta ebeveynlerin ya da bağlanma ilişkisinin olduğu diğer kişilerin işlenmemiş yaşları ile başa çıkamama ile ilişkilendiren görüşler de bulunmaktadır (Bleiberg ve ark. 1986). CKB tanısı konan çocukların, duygularını düzenleme ve özdeğerini etkileyen güvensiz bağlanmaya sahip oldukları ve karşı cinsiyet ile özdeşim kurarak özgüven ya da özdeğerlilik duygusunu arttırarak kaygılarını yatıştırabilecekleri belirtilmektedir (Zucker ve Bradley 1995).

Toplumda CKB'nin yaygınlığına ilişkin bilgilerimiz kısıtlıdır. Ancak karşı cinsiyet davranışlarının CKB'ye oranla daha yaygın olduğu bilinmektedir. Karşı cinsiyet davranışlarının

genç erkeklerde %2.6-6, genç kızlarda %5-12 arasında olduğu belirtilmektedir (Coolidge ve ark. 2002, Drummond ve ark. 2008). Çocukluk döneminde karşı cinsiyet davranışları ve cinsiyet disforisinin ergenlik döneminde devam edip etmeyeceği, ileride CKB geliştirip geliştirmeyeceğine ilişkin geçerli bir öngörü bulunmamaktadır. Çocukluk döneminde karşı cinsiyet davranışları ve cinsiyet disforisi olan kızların ergenlik dönemlerinde CKB ya da disfori devam etme oranının %12-27 arasında olduğu belirtilmiştir (APA 2000, Mahler ve ark. 1975). Homoseksüel yönelimli kadın ve erkeklerin geriye dönük değerlendirilmesinde, heteroseksüel yönelimlilere oranla çocukluklarında daha fazla karşı cinsiyet davranışları gösterdikleri, çocukluk çağı cinsel disforisi ile yetişkinlikteki homoseksüalite ya da biseksüalite arasında daha güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (Bailey ve Zucker 1995, Cohen-Kettenis ve Pfäfflin 2003).

Cinsel kimlik ve davranım sorunları olanların çocuk ve ergenlerin kliniklere başvurularında toplumsal değerler, kültürel özellikler, yaş ve cinsiyet açısından farklılıklar bulunmaktadır. Başvurularda erkeklerin kızlara oranı çocuklarda 4.7/1- 3.8/1 iken, ergenlerde bu oran 1.2/1-1.4/1 olarak belirtilmektedir (Di Ceglie ve ark. 2002). Erkekler daha küçük yaşlarda, kızlar ise daha ileri yaşlarda getirilmektedir. Bu durum kız çocuklarındaki karşı cinsiyet davranışlarına ebeveyn, öğretmen ve akranlarından gelen sosyal hoşgörünün daha fazla olduğunu göstermektedir.

CKB'nin farklı tedavi yaklaşımları arasında tedavi hedefleri, etkinlik ya da cinsel kimliğin değiştirilip değiştirilmemesine odaklanılması konularında yoğun tartışmalar bulunmaktadır (Özsungur 2010). Dünyada çocuk ve ergenler için bu alanda özelleşmiş klinikler Toronto, Boston, New York, Washington, Londra, Amsterdam, Berlin, Frankfurt, Hamburg ve Havana'da hizmet vermektedir. Özelleşmiş kliniklerin çeşitli gelişimsel, biyolojik, psikanalitik, felsefik kavramlara dayanan temel tedavi yaklaşım-

ları bulunmaktadır. Psikanalitik yönelimli ya da psikanalitik psikoterapi, davranışçı ya da davranışçı yönelimli psikoterapiler gibi tedavi yaklaşımlarının her birinin özgün hedefleri olan olgularda başarılı sonuçlar gösterdiği de belirtilmektedir (Möller ve ark. 2009).

CKB tanısı konan çocuk ve gençler biyolojik, psikolojik, sosyal özellikleri bütünleştiren çok yönlü ve çok disiplinli bir ekip içerisinde değerlendirilmelidir. Çocuk ve gençlerde CKB'nin çok etmenli doğasını anlayabilmek için her olgunun kendi içinde ayrıntılı ruhsal değerlendirmesi yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda çeşitli nedensel ve prognostik etmenlerin dikkatle değerlendirilmesi önemlidir. Bu değerlendirmede ebeveyn özellikleri, aile ilişkileri, ayrıntılı gelişim öyküsü, psikometrik testler, ayırıcı tanı ve teröpotik yaklaşımlar açısından önemlidir. Bu yazıda, ilk kez Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gençlik Birimi'ne başvuran, 14-17 yaş aralığındaki dört kız olgunun psikososyal, psikodinamik ve psikometrik özellikleri ve izlem süreci sunulacaktır.

OLGU SUNUMLARI

Her bir olgunun başvuru yakınmaları, psikopatolojileri, belirti dağılımı, ayrılma bireyleşme özellikleri, cinsiyet disforisi şiddeti ve psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Aynı bir uzman psikolog tarafından ailelerle görüşme ve aile danışmanlığı yapılmıştır. Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT), Cinsiyet Disforisi Ölçeği (CDÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Beck Depresyon Ölçeği (BDE) olgular tarafından doldurulmuştur. Tüm olgulara Tematik Algı Testi (TAT) uygulanmıştır. Psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi yaklaşımları ve psikofarmakolojik tedavilerle 10 ay ile 4 yıl arasında izlenmiştir. Olgular ve aileleri bu sunumların bilimsel amaçlı kullanılabilceği konusunda bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Kullanılan Ölçekler

Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT)

Mahler'in ayrılma-bireyleşme modelinin anahtar dinamikleri, psikopatolojinin fiksasyon noktaları ve sağlıklı gelişimi belirleyen kilometre taşlarına özellikle vurgu yapılmaktadır. Levine ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiştir. Ebeveynler, öğretmenler ve arkadaşlarla ilişkileriyle ilgili bir dizi davranışsal ifadeler içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Testin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır.

Cinsiyet Disforisi Ölçeği, Ergen Sürümü (Utrecht Gender Dysphoria Scale, Adolescent Version)

Biyolojik cinsiyetine ait günlük yaşamda karşılaştığı bazı durumlarla yaşadığı sıkıntıyı göstermektedir. Biyolojik cinsiyete göre kız ve erkek sürümü olan, 12 sorudan oluşan 1 den 5'e kadar ("kesinlikle katılmıyorum" ile "kesinlikle katılıyorum" arasında) derecelendirilen likert tipi ölçektir. Alınan puan 12-60 arasındadır. Alınan puan 60'a yaklaştıkça, cinsiyet disforisinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Cohen-Kettenis ve Van Goozen 1997). Türkçeye çevrilmiş, ancak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE)

53 maddelik çok boyutlu bir belirti tarama ölçeğidir. (Derogatis ve Melisaratos 1983). SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen kısa formudur. SCL-90'da olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyon-da görülen bedensel, duygusal ve

bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Kesme noktası 17'dir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

OLGU A

17 yaşında kız, açık lise öğrencisi.

Yakınma: Kendisini kız olarak hissetmeme, erkek gibi davranma, giyinme ve kızlarla flört etme, aşırı sinirlilik yakınmaları ile ablası tarafından getirilmiştir.

Gelişimsel Öykü ve Aile Özellikleri: Beş çocuklu bir ailenin en küçük çocuğu olup kendisinden büyük üç kız ve bir erkek kardeşi var. Kardeşlerinin bilinen bir ruhsal sorunu olmadığı belirtilmiştir. Planlanmamış, istenmeyen gebelik sonucunda dünyaya gelmiş. Psikomotor gelişim aşamalarını zamanında tamamlamış. Karşı cinsiyet davranışlarının ve özellikleri erken çocukluktan itibaren bulunmaktaymış. Annesi, küçük yaşlardan itibaren erkek çocuğu gibi davranır, saçlarını kısacık kestirir, erkek kıyafetleri giydirerek "Mustafa'm" diye severken bu duruma kız kardeşleri olumsuz tepki gösterirmiş. Son iki yıldır sürekli ve ısrarlı bir şekilde erkek gibi giyindiği, kız olmaktan rahatsızlık duyduğu, kızlarla duygusal ilişki yaşadığı ve bir futbol kulübünde oynadığı belirlenmiştir. Arkadaşları arasında takma erkek adı ile tanındığı, gelecekte futbol çalıştırıcısı olmak ve bir kızla birlikte yaşamak istediğini belirtmiştir. Anne 54 yaşında lise mezunu, hastabakıcı. Bilinen bir ruhsal bozukluk tanımlanmamıştır. Baba 54 yaşında, ilkokul mezunu, uzun yol şoförü. Baba uzun yıllardan bu yana, işinden dolayı ailesinden ayrı yaşamış. Anne baba evliliklerinin 29. yılında. Olgu A 13 yaşındayken, aile içi şiddet nedeniyle boşanmış. Olgumuz boşanma sonrası ablaları ile birlikte yaşamını sürdürmüştü. Babanın kızının durumunu reddedici bir tutum içerisinde olduğu,

zamanla kızının bu durumunun değişeceğine inandığı belirtilmiştir.

Tematik Algı Testi (TAT): Umutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık duyguları; güçsüz, hasta ve sonunda ölen kadın figürleri; sert, baskıcı, otoriter erkek figürleri belirlenmiştir. Cinsellik kartında, cinsiyeti olmayan özdeşim kahramanları dikkat çekmiştir.

Ruhsal Durum Değerlendirmesi: Dış görünüm, giyim, iletişim kurma şekli, tutum ve davranışları erkek ergen özelliğindedir. Düşünce akışı ve süreci olağan, varsanı ve sanrı belirlenmemiştir. Düşünce içerisinde cinsiyet rol davranışları ve bu konuda ailesi ile yaşadığı çatışmaların aşırı değerlendirilmesi bulunmaktadır. Depresif duygudurum, sinirlilik, anhedoni, insomnia, kendine zarar verici davranışları saptanmıştır. BDI puanı: 29, Cinsiyet Disforisi Ölçeği puanı: 55 olarak belirlenmiştir. Depresif bozukluk, dürtü denetim güçlüğü ve cinsel kimlik bozukluğu tanıları düşünülmüştür. SSRI ve düşük doz atipik antipikotik tedavisi düzenlenmiştir.

İzlem: Psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi görüşmeleri ile 12 ay izlenmiştir. Bu süre içerisinde randevularına düzensiz olarak gelmiş, tedavi işbirliği ve ilaç uyumu sağlanamamıştır. İzlendiği süre içerisinde sinirlilik ve kendini yaralayıcı davranışları devam etmiştir. Ebeveyn denetim yetersizliği ve riskli davranışları olan akran grubu içerisinde olduğu düşünülen olgu tedavisini bırakmıştır. Tedavisini bıraktıktan 4 yıl sonra 21 yaşında, il sağlık müdürlüğüne bağlı bir gençlik merkezine başvurarak cinsiyet değiştirmek istediğini belirtmiştir. Bu merkez tarafından daha önceden izlenen birimimize yönlendirilmiştir. Son görüşmesinden üç yıl sonra yapılan ruhsal değerlendirme ve alınan öyküden, açık liseyi tamamlayamadan bıraktığı, kısa süreli işlerde çalıştığı, esrar ve extazi kullandığı, kendini yaralayıcı davranışlarının devam ettiği anlaşılmıştır. Depresif duygudurum, gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları ve ölüm düşünceleri belirlenmiştir. Cinsel kimlik duygusu ve dav-

ranışları açısından kendisine benzeyen bir akran grubu içerisinde bulunduğu, aile denetim ve desteğinin yetersiz olduğu ve yasalar ile başının derde girdiği anlaşılmıştır. Cinsiyet değiştirme ile ilgili konuları araştırdığını, bilgi ve yardım almak istediğini ve cinsiyet tayini girişimlerine başlamak istediğini belirtmiştir. Bu durumuyla ruhsal sorunları, tedavisinin düzenlenmesi ve cinsiyet tayin süreci açısından değerlendirilmesi için erişkin konsültasyon-liyezon psikiyatrisi biriminden randevu olarak yönlendirilmiştir.

OLGU B

14 yaşında kız, 9 sınıf öğrencisi.

Yakınma: Ailesi tarafından sinirlilik, kavgaçılık ve aile içinde şiddetli tartışmalar nedeniyle getirilmiştir. Kendisine göre sinirlilik dışında bir yakınması bulunmamaktaydı. Okula eşofman ile gitmekte ısrar etme, okul kıyafetindeki eteği giymek istememe nedeni ile rehberlik servisi tarafından psikiyatrisiye yönlendirilmiştir. Tedaviye gelmeyi reddettiği için bu yönlendirmeden üç yıl sonra, ailesinin zorlamasıyla ilk başvuruda bulunmuştur.

Gelişimsel Öykü ve Aile Özellikleri: Üç çocuklu bir ailenin, üçüncü çocuğu olup 22 ve 18 yaşlarında kendisinden büyük iki ablası var. Psikomotor gelişim aşamalarını zamanında tamamlamış. Karşı cinsiyet özellikleri ve davranışlarının üç yaşından bu yana bulunduğu, 12 yaşından itibaren saçlarını çok kısa kestirerek, hiçbir zaman kız kıyafetleri giymediği, yaklaşık iki yıldır internetten kendisini erkek olarak tanıttığı bir kızla flört ettiği, bu ilişkisini ailesinden gizlediği anlaşılmıştır. Kızlara karşı ilgi duyduğu, bir kız ile duygusal bir ilişkisinin olduğu, akran grubunun daha çok erkeklerden oluştuğu, takma bir erkek adını kullandığı, amatör bir erkek futbol takımında oynadığı, birkaç kez alkol ve esrar kullandığı belirlenmiştir. Anne 46 yaşında ilköğretim mezunu, ev hanımı. Baba 50 yaşında, ortaokul mezunu, teknik eleman olarak çalışmaktaydı. Annesinin olgumuza gebeliği sı-

rasında uyuyamama, iştah kaybı, 53 kilodan 45 kg'a düşme, çocuklarına bakamama ve uykuda kötü bir şey olacağı endişe ve korkusuyla sık sık uyandırdığı 2-3 ay süren çok ağır bir depresif dönem tanımlanmıştır. Annenin ikinci çocuğuna gebeliğinden itibaren, yaklaşık 18 yıldan bu yana ve halen yineleyen depresyonunun olduğu son on yıldan bu yana antidepresan kullandığı belirlenmiştir. Babada önemli bir ruhsal sorun belirtilmemiştir. Olgunun çocukluğundan bu yana babayla arkadaş gibi oldukları, babaya çok düşkün olduğu ve baba tarafından erkek gibi yetiştirildiği, evde en rahat babanın yanında giyinip soyunabildiği anlatılmıştır.

Tematik Algı Testi (TAT): Depresif duygulanım, yalnızlık, anlaşılama ve ölüm temaları gözlenmiştir. Tüm öykülerde erkek figürleri eşini sevgilisini aldatan ancak terk etmeyen, kendini mutsuzluğa hapseden bireyler olarak algılanmıştır. Kadın figürleri ise hasta, aldatılan, hizmetçi gibi zavallı, bakıma muhtaç olarak betimlenmiş ve saldırgan dürtülerin belirgin olduğu gözlenmiştir.

Ruhsal Durum Değerlendirmesi: Açık kumral tenli, güleç yüzlü, kısa boylu zayıf, dış görünüm, giyim-kuşam ve tavırları erkek cinsiyet özelliğinde gözlenmiştir. İlk görüşmelerde savunucu bir tutum içerisinde olsa da süreç içerisinde terapötik işbirliği kurulabilmiştir. İrritabl duygudurum, dikkatini sürdürmemesi, insomnia, kendine zarar verici davranışlar, pasif ölüm düşünceleri, toplumsal ortamlarda yaşadığı cinsiyet rol güçlükleri belirlenmiştir. Kendisini erkek olarak algıladığını, toplumda kız gibi davranılmasından rahatsızlık duyduğunu belirtmektedir. BDI puanı: 20, Cinsiyet Disforisi Ölçeği: 40 puandır. Depresif bozukluk, davranım sorunları, cinsel kimlik bozukluğu tanıları saptanmıştır. SSRI ve düşük doz atipik antipsikotik tedavisi düzenlenmiştir.

İzlem: Psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi görüşmeleri ile üç yıldır ve halen izlenmektedir. İzlemede duygusal ilişkisi olduğu

kız arkadaşının onu bırakacağı kaygıları, yalnız kalamama, terk edileceği beklentilerinin yoğun olduğu gözlenmiştir. Depresif belirtilerinde azalmakla birlikte zaman zaman öfke denetim güçlükleri, özkıyım düşüncesi ve alkol kötüye kullanımı belirlenmiştir. Tedavi işbirliği olan olgunun izleminin ilk aylarında, cinsel kimlik ile ilgili konuları görüşmeye getirme, bu konulardan ve yaşadığı güçlüklerden konuşmada isteksizlik bulunurken süreç ilerlediğinde, daha rahat paylaşımda bulunduğu gözlenmiştir. Homoseksüel yönelimli fantezi ve ilişkileri olduğu anlaşılmıştır. Okuldaki uyum sorunları ve aile içi ilişkilerinde çatışmaları giderek azalmıştır. Süreç içerisinde kendisini erkek olarak tanıtarak duygusal ilişki kurduğu yeni bir kız arkadaş edindikten sonra cinsiyet tayini operasyonları ile ilgili düşünce içeriği ve araştırmaları başlamıştır. İstenen endokrinoloji konsültasyonu sırasında soyunmak istemediği için muayeneyi reddetmiştir. Eğitimine bir süre ara verdikten sonra bir alt sınıftan tekrar liseye başlamış, gerçekçi eğitimsel ve mesleki hedefler belirlemiştir.

OLGU C

17 yaşında kız, açık lise öğrencisi, bir büroda çalışmakta.

Yakınma: Erkek cinsiyetinde hissetme, erkekçi tavır ve davranışlar, kızlardan hoşlanma ve cinsiyet değiştirme düşüncesiyle üvey babası ile birlikte kliniğimize başvurmuştur.

Gelişimsel Öykü ve Aile Özellikleri: Anne ve üvey baba ile birlikte iki yıl önce İzmir'e göçmüşler. Üç çocuklu bir ailenin üçüncü çocuğu olup kendisinden büyük 21 ve 19 yaşlarında iki ablasında ruhsal bir bozukluk belirtilmemiştir. Miadında doğduğu, iki ay anne sütü emdiği ve psikomotor gelişim aşamalarını zamanında tamamladığı, erken çocukluk döneminde söz dinlemeyen, yaramaz ve hareketli olduğu belirtilmiştir. Anne 48 yaşında, ev hanımı. Annenin kendi çocukluğu kaotik bir aile ortamında geçmiş. Anne yedi yaşında iken kendi annesi (Olgu

C'nin anneannesi) ası ile yaşamını sonlandırmış. Daha sonra anne evlatlık verilmiş. Anne, 17 yaşında olgunun öz babası ile görücü usulü evlendirilmiş. Evliliğinde sürekli olarak fiziksel ve duygusal şiddete uğramış. Anne baba olgumuz 13 yaşındayken boşanmış. Üç yıl önce ikinci eşiyle evlenen annenin yineleyici depresif bozukluk nedeni ile antidepresan tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Öz baba 50 yaşında lise mezunu, İzmir dışında çalışmakta, alkol-madde bağımlılığı, aileye şiddet uygulama ve öfke kontrol güçlükleri olduğu tanımlanmıştır.

Tematik Algı Testi (TAT): Depresif duygulanım ve öfke temaları belirlenmiştir. Kadın figürü ile ilişki güçlükleri, sert, baskıcı erkek figürleri gözlenmiştir. Cinsellik kartında erkek kahramanlarla özdeşim, erkeksi ilgi ve davranışlar saptanmıştır.

Ruhsal Durum Değerlendirmesi: Dış görünümü, tutum ve davranışları, konuşma ve iletişimi erkek ergen izlenimi vermektedir. Düşünce akışı ve süreci olağan, varsanı ve sanrı belirlenmemiştir. Düşünce içerisinde cinsiyet rol davranışları ve cinsiyet değiştirmeyi nasıl yapabileceğine ilişkin düşünce uğraşları belirlenmiştir. Depresif duygudurum, iritabilite, anhedoni, insomniya, dürtüsellik kendine zarar verici davranışlar saptanmıştır. Endokrinolojik değerlendirmesinde kız cinsiyeti ile uyumlu hormon görünüşü bulunmuştur. BDI puanı: 23, Cinsiyet Disforisi Ölçeği puanı: 45 olarak belirlenmiştir. Majör depresif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, cinsel kimlik bozukluğu ön tanuları düşünülmüştür. SSRI ve düşük doz atipik antipsikotik tedavisi düzenlenmiş, metilfenidat tedavisi planlanmıştır.

İzlem: İzmir'e iki yıl önce göç etmesi, yaşadığı çevre değişikliği ve uyum güçlükleri, okul ve aile sorunlarının yoğun olduğu görülmüştür. Bu güçlüklerin yaşadığı kimlik duygusu ile ilgili çatışmalarını ve ruhsal belirtilerini arttırdığı gözlenmiştir. Tedavi işbirliği ve ilaç uyumu kötü olan olgu 4. ayda tedaviyi bırakmıştır.

OLGU D

17 yaşında kız, 11. sınıf öğrencisi.

Yakınma: Okul yönetimi tarafından yönlendirilen olgu annesi tarafından ve istemeyerek getirilmişti. Annesi ile aralarında erkeksi giyim ve davranışlar konusunda şiddetli tartışmalar yaşanmaktaydı. Kendisini kız gibi hissetmediği, hissetmek de istemediği, bu konularda bir yakınması olmadığını belirtmiştir. Başvurudan yaklaşık bir yıl önce okulundan tanıdığı ve hoşlandığı bir kız ile internet ortamında kendisini erkek olarak tanıtarak flört ettiği, daha sonra kız cinsiyetinde olduğunun anlaşıldığı ve olayın okul çevresinde duyulmasından sonra sorunlarının başladığı ifade edilmiştir. Olay öncesinde okulda sevilen, akran ilişkileri ve ders başarısı iyi bir öğrenciyken, arkadaşlarıyla ve öğretmenleriyle tartışma, öfke denetim güçlükleri, sinirlilik, mutsuzluk, sıkıntı, sık sık ağlama, insanların kendisinin dış görünüm ve cinsiyeti hakkında konuştuğu şeklinde düşünce uğraşları ve alınçalık yakınmaları başlamış.

Gelişimsel Öykü ve Aile Özellikleri: İki çocuklu bir ailenin ilk çocuğu, kendisinden 4 yaş küçük sağlıklı bir kız kardeşi var. Çekirdek ailesi ile yaşamaktaydı. Olgu D, annesi 18 yaşındayken zor bir gebelik sonrası prematür olarak dünyaya gelmiş. Sürekli ağlayan huzursuz bir bebek olduğu ve psikomotor gelişim aşamalarını zamanında tamamladığı belirtilmiştir. Babanın ilk çocuklarının erkek olmasını istediği, çocukluk döneminde baba ile araba, oyuncak silah gibi oyuncaklarla oyun oynama, üç yaşından itibaren erkek çocuklarla arkadaşlık kurup erkeksi kıyafetler konusunda tutturduğu anlatılmıştır. Olgu D kız kardeşi ile ilişkilerini kız kardeşini koruyup kollayan "abi-kardeş ilişkisi" şeklinde tanımlamıştır. Babasını anneye karşı aşağılayıcı ve ezici tutumları olan, kolay öfkelenen biri olarak algılamaktadır. Anne 35 yaşında, ortaokul mezunu, işçi. Baba 41 yaşında ilköğretim mezunu, serbest meslek. Anne babada ruhsal bozukluk öyküsü tanımlanmamıştır.

Tablo 1: Adölesan Ayrılma Bireyleşme Testi Alt Ölçekleri ^a

Alt ölçekten alınan yüzde puanı ^x	Olgu A		Olgu B		Olgu C		Olgu D	
	%	Düzye	%	Düzye	%	Düzye	%	Düzye
Ayrılma anksiyetesi	75.5	yüksek	37.5	orta	45.0	orta	40.0	orta
Yutulma anksiyetesi	77.1	yüksek	71.4	yüksek	51.4	orta	48.6	orta
Arkadaşa yapışma	55.0	orta	20.0	düşük	32.5	düşük	50.0	orta
Öğretmene yapışma	73.3	yüksek	50.0	orta	73.4	yüksek	46.7	orta
Pratik yapma aynalama	68.0	yüksek	30.7	orta	42.7	orta	70.6	yüksek
İhtiyacı inkar etme	68.0	yüksek	100	yüksek	80.0	yüksek	76.0	yüksek
Reddedilme beklentisi	38.3	orta	45.0	orta	35.0	orta	30.0	düşük
Bakım arama	87.5	yüksek	52.5	orta	65.0	yüksek	50.0	Orta

^aAlınan yüzde değişim puanı: Bir alt ölçekten alınmış puanın, o alt ölçekten alınabilecek maksimum puana oranı: Düşük: %0-30, Orta: %35- 60, Yüksek: %65-100

Tematik Algı Testi (TAT): Umutsuzluk, çaresizlik ve yalnızlık duyguları. Öykülerinde güçsüz, hasta ve sonunda ölen kadın algısı ile erkek kahramanlarla özdeşim kurma gözlenmiştir

Ruhsal Durum Değerlendirmesi: Dış görünüm, konuşma tarzı, tutum ve davranışları erkek ergen izlenimi vermektedir. Düşünce akışı ve süreci olağan, varsanı ve sanrı belirlenmemiştir. Düşünce içeriğinde cinsiyeti ile ilgili çevre tarafından erkek olarak kabul görmediğine ilişkin düşünce uğraşları ve buna eşlik eden öfke ve homisid duyguları belirlenmiştir. Yoğun depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, erken insomni belirlenmiştir. Adetleri düzenli olan olgunun yapılan endokrinoloji konsültasyonu sonucunda kız cinsiyeti ile uyumlu hormon profili saptanmıştır. BDI: 28 puan, Cinsiyet Disforisi Ölçeği puanı: 53 olarak değerlendirilmiştir. Majör depresif bozukluk, DEHB, dürtü denetim bozukluğu, CKB düşünülmüştür. SSRI ve düşük doz atipik antipsikotik tedavisi düzenlenmiştir. İzlem: Psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi görüşmeleri 12 ay devam etmiştir. Süreç

içerisinde kaygı ve depresif bulgularının azaldığı, okulda ve akran çevresinde yaşadığı sorunlar ile baş etme becerilerinin arttığı gözlenmiştir. Olgu fiziksel görünüş ve biyolojik cinsiyetinden sıkıntı ve rahatsız duymasına karşın cinsiyet değiştirmek ile ilgili herhangi bir düşünce uğraş ve isteği belirlenmemiştir. Okulundaki kız arkadaşına karşı duygusal ilgisinin sürmesine karşın, karşı cinsle cinsellik içeren fiziksel yaklaşması olmamıştır. Ailesi ile yaşadığı çatışmalarının azaldığı gözlenmiştir. Gelecek kaygıları, meslek seçimi ve sınav performansı gibi kimlik duygusunun diğer gelişimsel görevleri üzerinde çalışılmıştır.

TARTIŞMA

Cinsel kimlik sorunları olan bireylerde eş psikopatolojilere ve sosyal güçlüklerle çok sık rastlanmaktadır. Bu olgularda sosyal yalıtma, toplum dışına itilme, ihmal ve kendilik değerlerine karşı yineleyen bir tehdit algısı belirtilmektedir (Stein ve ark. 2001). Eşlik eden ruhsal bozuklukların %37'si içe yönelim, %23'ü dışa yönelim sorunları

Tablo 2: Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek ve Üç Global İndeks Puanları

Semptom Dağılımı (KSE Alt Ölçek Dağılımı)	Olgu A	Olgu B	Olgu C	Olgu D
Anksiyete bozukluğu	1.00	1.50	1.50	3.67
Obsessif kompulsif bozukluk	1.50	1.50	2.00	1.33
Paranoid düşünceler	1.50	2.40	2.20	2.40
Hostilite	1.00	3.20	3.20	3.80
Fobik anksiyete	1.00	0.60	0.60	2.40
Psikotizm	1.20	0.80	1.00	1.00
Somatizasyon	1.14	0.86	0.86	2.00
Kişilerarası ilişkilerde sorun	0.50	0.75	1.00	1.25
Depresif bozukluk	2.33	2.17	2.33	3.17
Belirti toplamı indeksi	44	41	44	40
Semptom rahatsızlık indeksi	0.24	0.34	0.33	0.53
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	0.26	0.29	0.32	0.44
Beck depresyon puanı	29	20	23	28

olduğu ve bu bozukluklar açısından okul öncesi dönemde, ergenlik dönemine göre anlamlı bir artış olmadığı belirtilmektedir (Wallien ve ark. 2007, Zucker 2008). Ergenlik döneminde eşlik eden ruhsal sorunların artmasında cinsel kimlik özelliklerinin etiketlenmesi, dışlanma ve aşağılanmaya maruz kalmaların da etkili olduğu belirtilmektedir (Möller ve ark. 2009). Olgularımızın her birinde, cinsel kimlik sorunları yanı sıra majör depresif bozukluk ve yıkıcı davranış bozuklukları belirlenmiştir. Aynı zamanda iki olguda (Olgu A ve Olgu B) alkol ve madde kötüye kullanımı da saptanmıştır. Olgularımızın ruhsal belirtileri Tablo 2’de sunulmuştur. Belirti şiddeti yüksek olarak bulunmuştur (40–44 puan).

Depresif belirtiler her dört olguda da en şiddetli belirtilerdendir. Olgularımızdaki yüksek hostilite ve paranoid belirtileri dürtü denetim güçlükleri ve emosyonel düzenleme güçlükleri kadar kendilik değerlerine karşı tehdit algısı içerisinde olduklarını düşündürmüştür. Olgularımızın her birindeki ruhsal belirtiler ve yaşadıkları sosyal ve akademik işlevselliklerinde ciddi sorunlara yol açmıştır. Akran ilişkilerinde ve akademik ortamda yaşanan güçlükler nedeniyle aileleri ya da okul tarafından tedaviye yönlendirilmiş, eğitimlerini çeşitli nedenlerle sürdüremedikleri görülmüştür. Bu tür güçlükleri olan gençlerde

gencin okulla ilişkisini belirleyecek olan duygu, tutum ve davranışlarının ele alınması, örgün eğitim içerisinde kalmalarının sağlanması dönemin gelişimsel görevlerini tamamlayabilmeleri açısından oldukça önemlidir. Eğitim ortamında gerekli rehberlik ve düzenlemelerin yapılması için okulla işbirliği kurarken genç ve ailelerinin onaylarının alınmasına özen gösterilmelidir. Çocuk ergen psikiyatrisinin pek çok bozukluğunda olduğu gibi bu gençlerin dışlanmış ve uçlardaki riskli gruplarda değil; örgün eğitim ortamında, akranları arasında damgalanmadan kalabilmesi sosyal ve mesleki kimlikleri, gelecek yaşamları açısından önemli ve zorunludur.

Cinsel kimliğin yapılanmasında, kalıtsal ve biyolojik etmenler ile sosyokültürel özelliklerin etkileşim içerisinde olduğu bilinmektedir. Aktar (1999) cinsel yapılanmada aynı cinsten ebeveynle özdeşimlerin önceliği ve karşı cinsle tamamlanmanın onaylanmasının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca kendiliğin bütüncül olarak algılanmasında dişil ve eril yönlerin ve tutumların da bütünleştirilebilmesi için idealizasyon, özdeşim ve özümsemenin gerekli olduğu belirtilmektedir (Odağ 2009). Olgularımızın Tematik Algı Testlerinde ve izlemde toplumda kadın olmakla ilgili tasarımlarının olumsuz duygularla bir arada olduğu görülmektedir. Kadınların edilgen, güç-

süz, hasta, aldatılan, zavallı, bakıma muhtaç olarak algılandığı ve kadın figürler ile ilişki ve özdeşim güçlüklerinin olduğu belirlenmiştir. Dişil özellikler taşıyan kendi bedenlerine zarar verme ve kendilerini yaralama eğilimleri dişil bedene ve kimliğe yönelik öfke ve saldırganlığın kendine yöneltilmesi olarak düşünülmüştür.

Odağ (2005), ergenlik döneminde her türlü duygu, düşünce ve davranışın savunma amaçlı kullanılabilmesini belirtmektedir. Olgularımızda çökkünlük, yalnızlık, anlaşılama duyguları, kendilik algısındaki değer sorunları ve düşük benlik saygısı yaşanan çaresizlik ve güçsüzlüğün bir göstergesi olarak düşünülmüştür. İdeal ve çekici bir erkek olma beklentilerine karşı nedensiz ve güçsüz olduklarını duyumsamaları, bedenlerinin dişil cins özelliklerini gizleme ve inkar çabaları, romantik ilişkilerindeki eril bir cinsiyetten daha eril duygu, düşünce ve tutumlarının bulunması, savunma amaçlı tutum ve davranışlar olarak da değerlendirilmiştir.

Ergenlikte nesne ilişkileri, ikinci ayrılma bireyleşme dönemi olarak tanımlanmıştır. İkinci ayrılma bireyleşme, birinci sevgi nesnelere olan ebeveynlerden ayrılma ve vazgeçme ile aile dışında ebeveynlerin yerine geçecek karşılıklar bulabilme sürecini içermektedir. Bu sürecin ana özelliği erken çocuklukta şekillenmiş olan ebeveyn tasarımlarının ölküleştirilmesinin bırakılmasıdır. Ölküleştirilmiş ebeveyn tasarımlarını bırakmak acı veren bir yabancılaşma ve nesne açlığının eşlik ettiği boşluk duygusuna neden olmaktadır (Blos 1967).

Adolesanların ayrılma bireyleşmesinin değerlendirilmesinde, Mahler'in birinci ayrılma ayrılma-bireyleşme modelinin anahtar dinamikleri, psikopatolojinin fiksasyon noktaları ve sağlıklı gelişimi belirleyen kilometre taşlarına vurgu yapılmış, erken dönemdeki anahtar dinamiklerin ergenlik döneminde nasıl belirgin hale geldiği belirtilmiştir. Ayrılma bireyleşmede tanımlanan altı temel özellik, bakım ve simbiyoz, yutulma anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, ihtiyacın redde-

dilmesi, kendilik merkezli oluş ve sağlıklı ayrılmadan oluşmaktadır (Vahip 1993).

Olgularımızın ayrılma bireyleşme özelliklerine baktığımızda (Tablo 1) ayrılma anksiyetesi yüksek (Olgu A) ve orta düzeyde (Olgu B, C, D); yutulma anksiyetesi yüksek (Olgu A ve B) ve orta düzeyde (Olgu C, D) bulunurken, reddedilme beklentisi orta (Olgu A, B ve C) ve düşük (Olgu D) düzeyde bulunmuştur. Bu bulgular bu gençlerin erken dönem anne- çocuk ilişkilerindeki etkileşim özelliklerinin, ergenlik dönemindeki nesne ilişkilerinde yineleyen özellik ve örüntülerini göstermektedir. Bu özelliklerin gencin çevresindeki kişilerle, dış dünya ile ilişkilerini anlamlandırma, teröpotik yaklaşımda işbirliği için çalışma alanlarının belirlenebilmesinde yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Adolesan Ayrılma Bireyleşme Test'inde (AABT) "ihtiyacı inkar etme" alt ölçeği, bağımlılık gereksinimlerini yadsıyan ya da görmezlikten gelen bireyleri tanımlamaktadır. Böyle bireyler olasılıkla ayrılma kaygısına yönelik gelişen bir savunma olarak ihtiyaçlarını inkar etmektedirler (Levine ve ark. 1986). Bu alt ölçek, dört olgumuzda yüksek düzeyde bulunmuştur. Olgularımızda kendilerinin bağımlılık gereksinimlerini görmezden gelme, yakın ilişkileri anlayamama, ihtiyaç duymama ve uzak durma eğiliminde olduklarını düşündürmüştür. Bu özellik yakın ilişki kurma güçlüğü ve yalnızlık duyguları yanı sıra tedaviye isteksizlikleri, tedavi işbirliğini sürdürmedeki güçlüklerle, uyumsuzluğa da neden olmuştur. Olgu A ve Olgu C tedaviyi bırakmıştır. Diğer olgularımızda da tedaviye kendi istekleri dışında, aile ya da okulun zorlamasıyla isteksiz olarak başvurdukları görülmektedir. İşbirliğinin gelişmesi, güven duygusunun oluşması uzun zaman almıştır. Dış dünyadaki kişiler tehdit edici algılanmaktadır.

"Ayrılma anksiyetesi" AABT'nin diğer bir alt ölçeğidir. Ayrılma anksiyetesi diğer kişi tarafından reddedilme, terk edilme, yalnız bırakılma, ayrılığa katlanamama; gerçek ya da beklentisel

ayrılığa bağlı olarak anksiyete ve depresyon yaşamalarını göstermektedir (Levine ve ark. 1986). Olgularımızın üçünde (Olgu A, Olgu B ve Olgu D) romantik ilişkilerinde eril bir cinsiyetten daha eril bir tutum takınma, bu ilişkilerde her türlü güçlüğü göze alma, yaşadıkları ayrılıklara katlanamama, yalnız kalamama, ayrılık sonrası artan kaygılar ve kendine zarar verme davranışlarının ayrılma kaygısının belirtisi ve savunması olabileceğini düşündürmüştür.

Cinsel kimlik duygusunun gelişiminde biyolojik yapı ve özelliklere ek olarak ana baba tutumlarının çocuğun cinsel kimliğinin pekiştirilmesinde önemli bir rol oynadığı, aile dinamiklerinin özellikle yaşamın ilk üç yılı içerisinde çocuk üzerinde temel bir etki gösterdiği bilinmektedir. Çekirdek cinsiyet ve cinsiyet kimliği, ana-babalar ve diğerlerinin çocuğa karşı tutumları ve iletilerinin yorumlanmasından da etkilenebilmektedir. Ana babaların çocuklarına sözlü ya da sözel olmayan iletilerde, yalnızca karşı cinsiyetin bir üyesi olduğunda sevilen ve güvenilen bir çocuk olduğu duygusunun verilebileceği belirtilmektedir (Chiland 2005). Olgularımızın her birinde, aile üyelerinin özellikle erken çocukluk döneminde kızlarının eril yönünü açık ya da örtük olarak destekledikleri görülmektedir.

CKB ile ilişkili birtakım ailesel özellikler belirtilmiştir. Kızlarda erken çocukluk döneminde duygusal olarak ulaşamaz ve depresif bir annenin olması ve annenin depresyonuna karşı çocuğu destekleyen bir babanın yokluğu etkili bulunmuştur (Stoller 1968). Erkeklerde erken çocukluk döneminde anneye aşırı yakınlık ve annede şiddetli bir bozukluk, anne-çocuk ilişkisindeki bozulmada tampon işlevi görmesi beklenen babanın duygusal ya da fiziksel olarak yokluğu belirtilmektedir (Lev 2005, Stoller 1966). CKB tanılı çocukların anneleri ile yapılan çalışmalarda, aile disfonksiyonu ya da sarsıntı deneyimleri olan annelerin %45-78 oranında olduğu, annelerin %60'ında depresif bozukluk ya da borderline psikopatoloji saptandığı belirtilmiştir (Coates ve ark. 1991). Olgu A ve olgu B'de daha belir-

gin olmak üzere, olgularımızda erken çocukluk döneminde aile disfonksiyonu, eş ilişkilerinde sorunlar ve annelerinde depresif bozukluk tanısı ve tedavi öyküsü bulunmaktadır.

CKB'nin etyolojisindeki belirsizlik ve çoğul etmenli doğası nedeniyle 1990'lı yılların başlarında multimodel tedavi yaklaşımları geliştirmiştir (Di Ceglie 1998, 2000). Tedavi, cinsel kimliği değiştirmek ya da içinde bulunduğu cinsel kimliği kabullenmesi üzerine odaklanmamaktadır. Çocuk ve gencin olumsuz etkilenmemiş gelişimsel süreçleri dikkate alınmalıdır. Bu yaklaşımlar psikolojik, sosyal ve biyolojik özellikleri bütünlendiren bir yaklaşımdır. Kombine tedavi yaklaşımında, çocukla bireysel çalışma, aile ile çalışma, çocuk ve aileyi kapsayan destekleyici aile grup çalışmaları, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tedavisi ve sosyal çevrenin düzenlenmesi bulunmaktadır. Sorunun çok boyutlu doğası nedeniyle ayırıcı tanıda, cinsiyet rol davranışı sorunları, cinsel kimlik karmaşası, ergenlerde biseksüalite dikkatle değerlendirilmelidir (Odağ ve Bildik 2002). Risk ve prognostik etmenleri belirlerken mizaç, çevresel etmenler, genetik ve ruhsal etmenler, kültürel özelliklerden kaynaklanan tanısal durumlar da dikkate alınmalıdır (APA 2013).

Kliniğimizde her bir olgu için çocuk ve ailenin özgün durumları ve gereksinimleri dikkatle değerlendirilmiş ve bireysel tedavi planı geliştirilmiştir. Ergen ile psikodinamik yönelimli destekleyici psikoterapi görüşmeleri yürütülürken, ayrı bir uzman psikolog tarafından aileler ile bireysel olarak çalışılmıştır. Sosyal hizmet uzmanı tarafından, gencin okul görüşmeleri yapılmış, örgün eğitimde yaşanan güçlüklerin giderilmesine çalışılmıştır. Teröpotik yaklaşımımızda gencin yalnızca cinsel kimlik ve yönelim sorunlarına odaklanılmamış, yansız kalınmış ve yönlendirme yapılmamıştır. Bütüncül yaklaşımımızın hedefleri arasında, bir arada görülen ya da duruma ikincil olarak gelişen ruhsal bozuklukların tedavisi, ailenin ilgili anlayışlı ve koruyucu yaklaşımının desteklenmesi, örgün eğitim sisteminde okula devamının sağlanması, olumlu akran ya

da sosyal gruplara yönlendirme yer almıştır. Bu yaklaşım ergenin gelişimsel görevlerini yerine getirmesi ve koruyucu ruh sağlığı açısından da önemlidir. Yaşadığı sosyal ve çevresel güçlükleri anlayarak sorunlar ile baş edebilme becerilerini arttırmak, kendilik algısındaki olumlu özellikleri desteklemek, teröpotik işbirliğinin sürmesine özen göstermek ve denetim oturumları eşliğinde izleme önem verilmiştir. İzlem sürecinde, karşı cinsiyet davranışları daha erken yaşta ve şiddetli olarak başlayan ve ergenlik dönemine kadar ısrarlı olarak devam eden iki olgumuzda (Olgu A ve B) cinsel kimlik, cinsiyet disforisi ve fantezi düzeyinde olan yönelim sorunları daha şiddetli ve süreklilik göstermiştir. Olgu A'nın 21 yaşında yapılan değerlendirmesinde daha şiddetli ve ısrarlı cinsiyet tayini istemi ve uğraşı içerisinde olduğu, görülmüştür. Diğer iki olgumuzda (Olgu C ve D) izlem süreci içerisinde ruhsal sorunları yanı sıra cinsiyet kimlikleri ile ilgili yoğun sıkıntı ve düşünce uğraşlarının süreklilik gösterdiği belirlenmemiştir.

Olgularımızdaki olumlu prognostik göstergeler; kendilik algısındaki olumlu özellikler, sorunlar ile baş edebilme kapasiteleri ve teröpotik işbirliğinin sürmesi olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca tedavi edici ve koruyucu ruh sağlığı açısından her ruhsal sorunları olan ergende olduğu gibi ailenin ilgili, destekleyici ve koruyucu yaklaşımı; gencin örgün eğitim sistemi içerisinde eğitimini sürdürmesi ve olumlu akran ilişkilerinin önemi bir kez daha görülmüştür. Randomize kontrollü müdahale çalışmalarının yokluğu, az sayıda olgu ile yapılan çalışmaların genele yaygınlaştırılmasındaki güçlük, farklı bakış açıları ve tedavi yaklaşımları farklı disiplinler ve görüşler arasındaki tartışmaları oluşturmaktadır. Ayırıcı tanı ve izlemde çeşitli nedensel ve prognostik etmenlerin olgu bazında dikkatle değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmanın çok boyutlu değerlendirme, teröpotik yaklaşım ve izlem sürecindeki deneyim ve prognostik etmenler açısından yazıya katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

- Aktar S (1999) *Göç ve Kimlik Kargaşa, Sağaltım ve Dönüşüm*. AA Köşkdere (çeviri ed). Odağ Psikanaliz ve Psiko-terapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti. Yayınları No:13, İzmir 2010, s: 33-56.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed)* American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, s: 451-459.
- Bailey JM, Zucker KJ (1995) *Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: a conceptual analysis and quantitative review*. *Dev Psychol* 31: 43-55.
- Bildik T, Tamar M, Dural S ve ark. (2010) *Adolesan ayrılma bireyleşme testi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması* 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, Bodrum, s: 162.
- Bleiberg E, Jackson L, Ross JL (1986) *Gender identity disorder and object loss*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25: 58-67.
- Blos P (1967) *The second individuation process of adolescence*. *The Psychoanal Study Child* 22: 162-86.
- Chiland C (2005) *Exploring Transsexualism*. Karnac Books, London, s: 67.
- Coates S (1985) *Extreme boyhood femininity: overview and new research findings*. *Sexuality: New perspectives içinde*. Z De Fries, RC Friedman, R Corn (eds) Greenwood, Westport, s: 101-124.
- Coates S (2006) *Developmental research on childhood identity disorder*. *Identity, Gender and Sexuality: 150 years after Freud içinde*, *Controversies in Psychoanalysis Series*, P Fonagy, R Krause, M Leuzinger-Bohleber (eds) International Psychoanalytical Association, London, s: 103-132.

- Coates S, Friedman RC, Wolfe S (1991) *The etiology of boyhood gender identity disorder: a model for integrating temperament, development, and psychodynamics*. *Psychoanalyt Dialogues* 1: 481-523.
- Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F (2003) *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: making choices*. Sage Pubn Inc., Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Cohen-Kettenis, PT, Van Goozen SHM (1997) *Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 263-271.
- Coolidge FL, These L, Young SE (2002) *The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample*. *Behav Genet* 32: 251-257.
- Derogatis LR, Melisaratos N (1983). *The brief symptom inventory: an introductory report*. *Psychol Med* 13: 595-605.
- Di Ceglie D (1998) *Management And Therapeutic Aims In Working With Children And Adolescents With Gender Identity Disorders And Their Families. A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health içinde, D Di Ceglie, D Freedman (eds) Karnac Books, London, s: 185-197.*
- Di Ceglie D (2000) *Gender identity disorder in young people*. *Adv Psychiatr Treat* 6: 458-466.
- Di Ceglie D, Freeman D, McPherson S ve ark. (2002) *Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics*. *Int J Transgenderism* 6(1) Available at: http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_01.htm.
- Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M ve ark. (2008). *A follow-up study of girls with gender identity disorder*. *Dev Psychol* 44: 34-45.
- Hisli N (1989) *Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği*. *Psikoloji Dergisi* 7: 3-13.
- Lev AI (2005) *Disordering gender identity: gender identity disorder in the DSM-IV-TR. Sexual and gender diagnoses of the diagnostic and statistical manual (DSM)*. D Karasic, J Drescher (eds) Haworth Press, co-published in *J Psychol Human Sex* 17: 35-69.
- Levine JB, CJ Green, Millon T (1986) *The separation-individuation test of adolescence*. *J Pers Assess* 50: 123-137.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) *İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu (AN Babaoğlu çeviri ed) Metis Yayıncılık Ltd, İstanbul, 2003.*
- Möller B, Schreier H, Li A ve ark. (2009) *Gender identity disorder in children and adolescents*. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 39: 117-143.
- Odağ C (2005) *Ergenler. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:7, İzmir, s: 131-142.*
- Odağ C (2009) *Nevrozlar-3. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti Yayınları, İzmir, s: 105-114.*
- Özsungur B. (2010). *Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler: Gözden geçirme*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 17: 163-174.
- Stein MT, Zucker KJ, Dixon SD (2001) *Sammy: gender identity concerns in a six-year-old boy*. *Pediatrics* 107: 850-854.
- Stoller R (1968) *Male childhood transsexualism*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 7: 193-201.
- Stoller RJ (1966) *The mother's contribution to infantile transvestic behaviour*. *J Psychoanal* 47: 384-395.
- Şahin NH, Durak A (1994) *Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması*. *Türk Psikoloji Dergisi* 9: 44-56.
- Vahip I (1993) *Ayrılma bireyleşme kuramı*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4: 60-66.
- Volkan VD, Berent S (1976) *Psychiatric aspects of surgical treatment for problems of sexual identification (transsexualism)*. *Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery içinde, JG Howells (ed) Bruner/Mazel, New York, s: 78-90.*

ÇETİN VE ARK.

Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT (2007) Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46: 1307-1314.

Zucker K (2008) Associated psychopathology in children and adolescents with gender identity disorder. Oral pre-

sentation at the 55th annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, October 28-November 2.

Zucker KJ, Bradley SJ (1995) *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press, New York.