

Seksuaaliterveyden kysymyksiä sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla nuorilla

ARTIKKELI

Riittakerttu Kaltiala-Heino, *nuorisopsykiatrian professori, TaY, vastuualuejohtaja, TAYS nuorisopsykiatrian vastuualue*

Maria Sumia, *erikoislääkäri, Tays nuorisopsykiatrian vastuualue*

Hanna Savioja, *LK, TaY lääketieteen laitos*

Nina Lindberg, *oikeuspsykiatrian professori, HY, osastonylilääkäri, Kellokosken sairaala*

Transsukupuolisuus

Valtaosa ihmisistä on kromosomistonsa, ilmiönsä ja kokemuksensa puolesta joko mies- tai naispuolisia. Toisinaan jako mies- ja naispuolisiin muodostaa kuitenkin ongelman. Biologinen sukupuoli ei välttämättä ole yksiselitteinen. Kromosomisto ei aina yksiselitteisesti määrää kaikkia yksilöitä jompaankumpaan sukupuoleen eikä ilmiasu välttämättä vastaa kromosomistoa. Geneettisten ja hormonaalisten vaikutusten poikkeavuus tavanomaisesta tai epämuodostumat voivat johtaa tilanteisiin, joissa vastasyntyneen sukupuoli ei ole selvä (Hughes ym., 2006; Meyer-Bahburg, 2012). Sukupuoli psykologisena ja sosiaalisena ilmiönä on vielä monimutkaisempi. Odotukset sukupuolen mukaisesta tavasta käyttäytyä, kokea ja ajatella vaihtelevat kulttuureittain, ja samoin vaihtelee sukupuolirooli-odotusten jäykkyys ja sitovuus. Ihminen voi kokea vahvasti olevansa eri sukupuolta kuin miltä hänen sukupuoliominaisuutensa näyttävät, olla epävarma siitä, kumpaan sukupuoleen kuuluu, kokea asettuvansa kaksijakoisen sukupuoliluokituksen ulkopuolelle tai kokea

odotetun sukupuoliroolin vaatimusten täyttämisen ahdistavana tai irrelevanttina (Holman ja Goldberg, 2006).

Osa ihmisistä kokee biologiseen sukupuoleensa kuulumisen niin ahdistavana ja vääränä ja vastakkaiseen sukupuoleen kuulumisen niin pakottavana tarpeena, että tilanteen hoitamiseksi on tarpeen fyysisin interventioin muuttaa ruumista vastaamaan identiteettiä (Green, 1974; Cohen-Kettenis ja Gooren, 1999). Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä sex reassignment (SR), joka voi sisältää sukupuolen juridisen uudelleenmäärittelyn, sukupuoliominaisuuksia toivottuun suuntaan muuttavat hormonihoitot ja sukupuoliominaisuuksia muokkaavat kirurgiset hoidot. Suomessa sukupuolen juridinen uudelleenmäärittäminen ja uuden henkilöllisyyden vahvistaminen on mahdollista täysi-ikäisille transsukupuolisille henkilöille (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, 2002/563). Transsukupuolisen henkilön sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkiminen on asetuksilla 1053/2002 ja 476/2010 määritetty ja keskitetty Tampereen ja Helsingin yliopistollisiin sairaaloihin. Kummassakin sairaalassa on omat nuorisopsykiatrian vastuualueilla toimivat palvelunsa nuoruusiässä näihin tutkimuksiin hakeutuville (Kaltiala-Heino ym., 2013). Hormonaalisten hoitojen aloittaminen on mahdollista ennen täysi-ikäisyyttä, mutta sukupuolen juridinen muuttaminen (henkilötunnuksen vaihtaminen) ja kirurgiset hoidot vasta täysi-ikäisyydessä.

Vaikka sukupuolen kokemus voi olla moninainen eikä aina kuvattavissa Suomessa käytössä olevan ICD-diagnoosiluokituksen mukaan, Suomen lainsäädännössä tarkastellaan nimenomaan transsukupuolisen henkilön

sukupuolen vahvistamista vastakkaiseen sukupuoleen kuin mihin hänet on väestötietojärjestelmässä merkitty (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, 2002/563), ja asetuksella keskitetyissä palveluissa tehdään tähän vaadittava psykiatrinen tutkimus. Siksi pohdimme tässä kirjoituksessa seksuaaliterveyden kysymyksiä nimenomaan niitä nuoria koskevien havaintojen valossa, jotka hakeutuvat tutkimuksiin vahvistaakseen sukupuolensa vastakkaiseen ja saadakseen vastakkaisen sukupuolen ominaisuudet tuottavia lääketieteellisiä hoitoja, ja keskitymme transsukupuolisutta käsittelevään terveystieteelliseen kirjallisuuteen. Sukupuolen variaatioita toteuttavat nuoret, jotka eivät hakeudu terveystieteellisiin keskustellakseen lääketieteellisistä interventioista, eivät silloin todennäköisesti ole kattavasti mukana.

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioimisen tavoitteena on varmistaa, että hoidot mahdollistuvat niitä tarvitseville transsukupuolisille henkilöille samalla kun huolehditaan, ettei vahingoiteta tosiasiallisesti muista ongelmista, vaikeuksista tai häiriöistä kärsiviä ihmisiä peruuttamattomiin sukupuoliominaisuuksien muutoksiin johtavilla interventioilla. Sukupuoli-identiteetin häiriöiden syitä on etsitty niin biologisista (geneettisistä ja sikiökauden hormonaalisten vaikutusten aiheuttamista), psykologisista kuin sosiaalisistakin seikoista, varmuutta kuitenkin löytämättä (Cohen-Kettenis ja Gooren, 1999; Cohen-Kettenis 2006; Möller ym., 2009).

Nuoruusikä

Nuoruusikä alkaa puberteetista. Sukupuoli-hormonien toiminnan käynnistyminen käynnistää sukukypsäksi kehittymisen, sekundaaristen

sukupuoliominaisuuksien kehittymisen sekä ennen kaikkea valtavan kehityksen aivoissa. Keskushermostosta sukurauhasiin ja lisämunuaisen kuorikerrokseen suuntautuvien hormonaalisen toiminnan säätelyjärjestelmien aktivoituminen johtaa sukukypsytyden saavuttamiseen mutta myös lapsen vartalon muuttumiseen naisen tai miehen ruumiiksi. Ruumiilliset muutokset johtavat nuoren sosiaalisen aseman muuttumiseen ja tuovat mukanaan psyykkisiä haasteita, kun nuoren on sopeuduttava muutoksiin omassa itsessään ja siinä, miten muut häneen suhtautuvat. (Paus, Peshavan & Giedd, 2008; Benes ym., 1994; Luna ym., 2004; Gogtay ym., 2004; Sowell, Thompson ja Toga, 2004)

Aivojen kehitys on nuoruusiän kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen edellytys. Kognitiivinen kehitys lähtee heti varhaisnuoruudessa voimakkaaseen nousuun, ja kognitiivisista perustoiminnoista nopeimmin kypsyvät saavuttavat aikuisen tason jo 14- vuotiaana, valtaosa alle 20-vuotiaana. Monimutkaisemmat toiminnot kuten ulkoisista paineista vapaa itsenäinen päätöksenteko etenkin ryhmäpainetta vastustaen, ongelmanratkaisu, pitkän aikavälin syy-seuraussuhteiden hahmottaminen ja harkinta emotionaalisesti kuormittavissa valintatilanteissa kypsyvät vasta paljon myöhemmin. (Paus, Peshavan & Giedd, 2008; Benes ym., 1994; Luna ym., 2004; Gogtay ym., 2004; Sowell, Thompson ja Toga, 2004) Tällä on merkitystä esimerkiksi identiteetin muodostumisen ja seksuaalisuuden haltuunoton kannalta.

Nuoruusikä päättyy aikuisen persoonallisuuden rakenteiden vahvistumiseen ja psyykkisten puolustusmekanismien kypsymiseen (Aalberg ja Siimes, 2007). Nuoruusikäinen on kehityksen eri osa-alueiden

osalta epätahdissa. Nopeimmin kehittyä fyysinen alue, sitä seuraa kognitiivinen, ja hitaimmin valmistuu tunne-elämän kehitys. Nuoren identiteetti kehittyä varhaisuoruuden sirpaleisista ja tilannesidonnaisista minäkäsityksistä keskinuoruuden ristiriitaisia rooli- ja käyttäytymispiirteitä sisältävän identiteetin kautta myöhäisen nuoruuden omalähtöiseen ja eri konteksteissa pysyvään kokonaiseen identiteettiin (Harter, 1999; Aalberg ja Siimes, 2007; Moshman, 2011).

Seksuaalisuus ja seksuaaliterveys nuoruusiässä

Seksuaalisuus on osa ihmisen kehitystä kaikissa elämäntilanteissa, vaikka kaikkiin elämäntilanteisiin ei välttämättä kuulu fyysistä seksuaalista toimintaa. Seksuaaliterveys taas on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Lapsuuden kehitysvaiheeseen ei kuulu fyysinen seksuaalisuuden toteuttaminen intiimisuhteissa. Päinvastoin, aikuiselle useinkin tärkeä genitaalinen seksuaalinen kontakti on lapselle haitallinen, ja lasten suojelemiseksi seksuaalinen kanssakäyminen lasten (alle 16 v) kanssa on kriminalisoitu teko (www.finlex.fi / rikoslaki). Nuoruusiässä seksuaalisuus kehittyä asteittain kohti aikuistyyppistä, genitaalisen intiimikontaktin sisältävää eroottista toimintaa. On julkaistu vain vähän kokonaisvaltaisia, emotionaaliset, biologiset ja sosiaaliset osa-alueet kattavia esityksiä kehitysvaiheiden seksuaalisuudesta. Suomalainen Seksuaalisuuden portaat -kehitysmalli (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore, 2004) yhdistää seksuaalisen kehityksen fyysiset, kognitiiviset ja emotionaaliset osa-alueet

lapsuudessa ja nuoruudessa. Eri kehitysvaiheissa (portaita) olevien tarpeet ovat oleellisesti erilaisia. On vahingollista, jos kehitysvaiheeseen tulee vedetyksi seksuaaliseen toimintaan, joka kuuluu hänen omaa kehitysvaihettaan myöhemmälle kehityksen tasolle.

Nuorten seksuaalikäyttäytymisen tärkeänä rajapyykinä tarkastellaan usein yhdyntöjen aloittamista, vaikka yhdyntä on vain yksi tapahtuma seksuaalisuuden haltuunoton kokemusten ketjussa. Yhdyntä on toisaalta helposti määriteltävä ja siksi tutkimuksen kohteeksi soveltuva tapahtuma, ja suunnittelemattomien raskauksien ja sukupuolitautilien tarttumisen kannalta se tietenkin on merkittävä askel. Varhaisuoruusikäisistä länsimaissa alle 10% on kokenut yhdynnän, jälkinuoruusikäisistä yli 90 % (Madkour ym., 2010). Kouluterveyskyselyn mukaan 2000-luvulla Suomessa peruskoulun 8.-9-luokkalaisten pojoista reilu viidennes on kokenut yhdynnän ja tytöistä noin neljännes. Yhdysvalloissa taas suomalaisia yläkoululaisia vastaavan ikäisistä nuorista reilu neljäkymmentä prosenttia oli ollut yhdynnässä. Lukion 2. vuoden opiskelijoista yhdynnässä on ollut suomalaisista pojoista runsas kolmannes ja tytöistä lähes puolet, kun taas Yhdysvalloissa lähes kaksi kolmasosaa on jo kokenut yhdynnän. (www.thl.fi/kouluterveyskysely, www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm) Laajemmassa kansainvälisessä vertailussa suomalaisten nuorten seksuaalinen kokeneisuus ei erottunut ääripäänä suuntaan eikä toiseen (Madkour, 2010)

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen tarkoittaa seksuaalista toimintaa, joka voi vahingoittaa itseä tai kumppania, esimerkiksi suojautumisen laiminlyöminen tai seksuaaliseen toimintaan pakottaminen. Nuorilla

seksuaalisena riskikäyttäytymisen tarkastellaan seksin harrastamista päihteiden vaikutuksen alaisena ja seksin kokemista (ikätasoon nähden) useiden vaihtuvien kumppanien kanssa. Seksin myyminen on myös seksuaalista riskinottoa. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen voi johtaa niin fyysisiin (ei-toivottu raskaus, sukupuolitaudit) kuin psyykkisiin (traumatisoituminen, mielenterveyden häiriöt) vahinkoihin.

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen on omiaan vahingoittamaan seksuaaliterveyttä, samoin nuoren osallistuminen omaa kehitystasoaan aikuisempaan seksuaaliseen toimintaan, vaikkei se toisessa tilanteessa (vertaisten välisenä) olisikaan ongelmallista. Toisaalta, jos tarkastellaan seksuaaliterveyttä WHO:n laajan määritelmän näkökulmasta, seksuaaliterveyden ongelma voi olla myös se, ettei kykene tai uskalla sellaiseen seksuaaliseen läheisyyteen ja toimintaan, johon haluaisi päästä, tai seksuaalisen kehityksen lukkiutuminen ja kieltäminen.

WHO:n seksuaaliterveyden määritelmä kattaa, seksuaalisuuden, seksuaalikäyttäytymisen, seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveydenkin (WHO, 2004) käsitteet. Määritelmien suhteita riippumatta on relevanttia, että nuori saa seksuaalisuuden alueella tarvitsemansa kasvurauhan ja tiedot. Hänellä tulee olla mahdollisuus nauttia seksuaalisuudestaan, itse säädellä seksuaalisten kokemusten kertymistä ja saada positiivisia kokemuksia. On tärkeää, ettei nuori vahingoita eikä vahingoitu seksuaalisuuden alueella, ei tule hyväksikäytetyksi eikä hyväksikäytä, on kumppaneineen turvassa sukupuoliteitse tarttuilta taudeilta ja osaa ja voi itse säädellä raskaaksi tulemistä / kumppanin raskaaksi saattamista.

Seksuaaliterveys edellyttää, että nuori saa tarvittaessa asianmukaisen raskauteen ja seksuaalisuuteen liittyvän tuen ja terveydenhoidon.

Sukupuoli-identiteetin häiriö nuoruusiässä

Tuoreen kaikki aikaisemmin lapsuudesta nuoruuteen (osin nuoreen aikuisuuteen) julkaistut seurantatutkimukset yhteen kokoavan tiedon mukaan lapsuuden voimakkaasta ja pitkäaikaisestakin identifioitumisesta vastakkaiseen sukupuoleen n 85% katoaa puberteettikehityksen käynnistyttyä (Steensma ym., 2010; Steensma 2013). Osalla lapsista lapsuuden sukupuolidysforia puberteetissa vahvistuu ja selkeytyy nimenomaan transsukupuolisuuden suuntaan. Transsukupuolinen identiteettikokemus saattaa myös ilmaantua vasta puberteetin käynnistyttyä tai sen jälkeen. Nuoruusikäisten transsukupuolisuutta pidetään varsin pysyvänä (Cohen-Kettenis, 2006). Toisaalta nuoruusiän luonteeseen kuuluu identiteettien hakeminen ja kokeileminen eri elämänalueilla, joista sukupuolisuus ja seksuaalisuus ovat vain yksi, joskin tärkeä, alue (Moshman, 2011).

Kokemus omasta sukupuolesta ja seksuaalinen orientaatio ovat eri asioita, mutta nuoruusiän kehityksen aikana nämä asiat voivat hämmentää ja sekoittaa toisiinsa (Cohen-Kettenis ja Gooren, 1999), varsinkin, jos nuoren oma kokemus poikkeaa siitä, minkä hän havaitsee ympärillään normatiiviseksi. Homo- ja biseksuaaliset yllykkeet ja kokeilut sekä identiteettikokeilut ovat normatiivisia etenkin nuoruusiän varhaisvaiheessa, oman homoseksuaalisuuden tunnistaminen voi olla vuosien prosessi, ja homoseksuaalisiksi itsensä lukevilla nuorilla on jopa enemmän

heteroseksuaalisia kokemuksia kuin heteroiksi lukeutuvilla (Herdt ja Boxer, 1993; Saewyc ym., 1999, 2008; Savin-Williams ja Ream, 2007; Aalberg ja Siimes, 2007). Transsukupuolisuutta käsittelevässä kirjallisuudessa on runsaasti pohdittu seksuaalisen suuntautumisen merkitystä diagnostiikalle ja, mikä terveydenhuollon kannalta tärkeintä, indikaattorina hoidon tuloksellisuudesta (Lawrence, 2010). Kehitysikäisillä tutkittavilla oleellisemmalta tässä vaiheessa tuntuu nuoruusiän kehityksen etenemisen arvioiminen, muun muassa seksuaalisen kehityksen vastaavuus kehitysvaiheen odotusten kanssa ennemmin kuin seksuaalinen suuntautuminen, joka kuitenkin nuoruusiässä vielä etsii uomaansa.

Jo lapsuudessa ilmennyt, puberteettikehityksen käynnistyttyä vahvistunut transsukupuolinen identiteetti nuorella, joka saa ja kykenee vastaanottamaan läheisiltään ikätason tarpeita vastaavaa tukea ja jolla ei ole merkittäviä samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä, ei välttämättä ole vaikea diagnostinen haaste sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioimiselle. Yleensä tällaiset nuoret itse ryhtyvät määrätietoisesti toteuttamaan sosiaalista transitiota ja saavat mahdollisimman realistisia kokemuksia siitä, millaista toivotussa roolissa eläminen on ja millaisia haasteita muutoksen läpikäyvä ihminen muiden taholta kohtaa. Kaikkien alaikäisenä sukupuoli-identiteetin ongelmien takia tässä kirjoituksessa tarkasteltaviin palveluihin hakeutuvien tilanteet eivät kuitenkaan ole näin suoraviivaisia. Sukupuolidysforiasta nuoruusiässä kärsivät henkilöt saattavat toivoa sukupuolen uudelleen määrittelyä fyysistä ruumista muuttavine hoitoineen, mutta he voivat myös olla epävarmoja, haluavatko näitä hoitoja, muuttaa mieltään hoitotoiveen suhteen tai toivoa / tarvita ennen kaikkea tukea hämmennyksen käsittelyyn ja oman identiteetin ja

siihen sopivan itseilmaisun löytämiseen ilman fyysisten hoitojen toivetta (Cohen-Kettenis, 2006; deVries, Cohen-Kettenis ja Delemarre-van de Maal, 2006; Cohen-Kettenis, Steensma ja deVries, 2011).

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvien nuorten seksuaaliterveyden kysymyksiä

SR-hoitojen vaikutukset ja sivuvaikutukset

Sukuelinkirurgiset hoidot kohdistuvat seksuaalitoimintojen kannalta mitä oleellisimmille alueille ja vaikuttavat tietenkin seksuaalisuuden toteuttamiseen sekä fyysisesti (kuinka toiminnallinen lopputulos saadaan, millainen tuntoherkkyys operoiduille alueille jää) että psyykkisesti ja sosiaalisesti, esimerkiksi se kautta, vapauttaako omaksi koettu, korjattu fyysinen olemus henkilöä toteuttamaan seksuaalisuuttaan tyydyttävämmiin kuin aikaisemmin.

Suomessa –kuten muuallakaan EU:n alueella – sukuelinkirurgiset hoidot eivät ole mahdollisia alaikäisille. Sukuelinkirurgisista hoidoista keskusteleminen on kuitenkin oleellinen osa nuoruusikäisen sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointia. Tiedosta, odotuksista ja mielikuvista keskusteleminen on osa prosessia, jossa fyysisiä hoitoja toivova nuori löytää mahdollisimman realistisen varmuuden omista ratkaisuisistaan. On tärkeää tiedostaa, että 18 vuoden virstanpylvään saavuttava nuori on vielä keskellä nuoruusiän kehityksen prosessia.

Hoitoon tyytyväisyys on sukupuolen uudelleenmäärittelyn fyysisten hoitojen alueella useimmissa tutkimuksissa erittäin suurta (Cohen-Kettenis

ja Gooren, 1999; Smith, van Goozen ja Cohen-Kettenis, 2001; De Cuyper ym., 2004; Lawrence, 2006). Hoidon vaikuttavuutta tarkastellaan esimerkiksi suhteessa saavutettuihin näkyviin ominaisuuksiin, komplikaatioiden määrään, muokattujen ominaisuuksien toiminnallisuuteen, sosiaaliseen sopeutumiseen, psyykkiseen hyvinvointiin ja seksuaaliseen tyytyväisyyteen. Huomioon ottaen sen, miten keskeisesti sukupuolen uudelleenmäärittelyn fyysiset interventiot kohdistuvat nimenomaan seksuaalisuuden kannalta oleellisille alueille, Klein ja Gorzalka (2009) kiinnittävät perusteellisessa katsauksessaan huomiota siihen, että SR-hoitojen vaikutusta seksuaaliseen haluun, kiihottumiseen ja orgasmikykyyn on itse asiassa tutkittu empiirisesti melko vähän.

Testosteronin tiedetään lisäävän seksuaalista halua niin miehillä kuin naisilla. Androgeenireseptorien eston ja testosteronitason laskun voisi odottaa vähentävän seksuaalista halua ja kiihottumista miehestä naiseksi –transsukupuolisilla, kun taas testosteronivaikutuksen voisi odottaa lisäävän halua ja kiihottumista naisesta mieheksi -hoidoissa. Naishormonien vaikutukset seksuaaliseen haluun, kiihottumiseen ja orgasmikykyyn ovat ilmeisesti mutkikkaammat, ja tutkimustulokset naisten joukossa ovat ristiriitaisia. Estrogeenitasoilla on toisaalta merkitystä fysiologiselle kiihottumiselle ja orgasmien saavuttamiselle, toisaalta hyvin korkeiden estrogeenitasojen on raportoitu jopa vähentävän seksuaalista halua. Ei kuitenkaan ole tutkittua tietoa siitä, heikentävätkö tällaiset vaikutukset seksuaalitoimintoja miehestä naiseksi –hoidoissa, eivätkä hormonivaikutukset muutenkaan ehkä ole samat biologisilla naisilla ja miehestä naiseksi –transsukupuolisilla, joiden aivoihin miespuolinen puberteetti on jo vaikuttanut. Lisäksi haluun, kiihottumiseen ja

orgasmikykyyn voivat vaikuttaa myös hormonien vaikutukset muihin elimistön toimintoihin kuten kardiovaskulaaritoimintoihin, lihavuuteen, mielialaan, kilpirauhastoimintaan jne. (Klein ja Gorzalka, 2009).

Invasiivisten kirurgisten hoitojen voi odottaa vahingoittavan operoidun alueen hermotusta, SR-hoidoissa sukuelinten alueen hermotusta ja siten seksuaalisia tuntemuksia. Rakennettujen sukuelinten ulkonäkö ja toiminnallisuus vaihtelevat. Komplikaatiot tai niiden pelko vaikuttavat seksuaalitoimintoihin. Toisaalta, kokemus halusta, kiihottumisesta ja orgasmin saavuttamisesta ei välttämättä yhtene fysiologisesti mitattavien suureiden kanssa. Tyytyväisyys seksuaalisuuden alueella taas riippuu monenlaisista muistakin seikoista kuin fysiologisesta tai koetusta toiminnallisuudesta. SR-hoitojen jälkeinen tyytyväisyys ja aktiivisuus seksuaalisuuden alueella onkin suurempaa kuin seksuaalisuuden osaluueiden koettu tai fysiologisesti mitattava toiminnallisuus tai mitä voisi teoreettisesti odottaa hormonaalisten ja kirurgisten SR-hoitojen fysiologisten vaikutusten ja sivuvaikutusten perusteella. (Klein ja Gorzalka, 2009)

Kliinisten havaintojemme mukaan osa sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin hakeutuvista nuorista on hyvin selvillä kirurgisten hoitojen mahdollisuuksista nykyään. Heillä on kykyä hankkia tietoja ja arvioida eri lähteistä saamaansa tietoa kriittisesti. Osalla tutkittavista on kuitenkin odotuksia, jotka eivät voi täytyä, kuten että hormonaalisten ja kirurgisten hoitojen jälkeen muutosprosessin läpikäynyt henkilö alkaisi tuottaa toivotun sukupuolen mukaisia sukusoluja. Hormonaalisista hoidoista nuoret tietävät hyvin vaikutukset sekundaarisiin

sukupuoliominaisuuksiin, niitähän he yleensä mahdollisimman pian toivovat. Sukupuoliominaisuuksia muuttavien hormonihoidojen mahdollisista psyykkisistä vaikutuksista (mielialaan, aggressiivisuuteen) nuoret ovat selvillä heikommin, hormonihoidojen vaikutuksia seksuaalisuuteen he eivät useimmiten ole pohtineet, kardiovaskulaarisia ja metabolisia riskejä he eivät useimmiten ole motivoituneita pohtimaan kuten nuoruusikäiset yleensäkin eivät motivoitu ajattelemaan vuosien perspektiivillä ja pääosin aikuisuudessa mahdollisesti ilmeneviä haittoja.

Eriyisenä haasteena nuorten tutkimusten ja hoidon suunnittelun prosessissa on se, että monet nuoret luottavat Internetissä vertaisverkostoista saamaansa tietoon niin lujasti, että parhaan tutkitun tiedon tarjoaminen on hyvin vaikeaa. Kognitiivisesti normaalisti kehittyvä nuoruusikäinen pystyy jo keskinuoruusiässä (15-17 vuotta) ymmärtämään sellaisen abstraktiotason tietoa kuin tieto hormonihoidoista ja sukuelinkirurgiasta on, vaikka abstrakti ajattelu kehittyikin vielä yli 20-vuotiaanakin (Benes ym., 1994; Luna ym., 2004; Gogtay ym., 2004; Sowell, Thompson ja Toga, 2004). Päätöksentekokyky (kompetenssi) on kuitenkin moniulotteisempi asia kuin kyky ymmärtää abstraktia tietoa kognitiivisesti. Nuoruusikäisen päätöksentekokompetenssia vaativissa ratkaisuihin alentaa usein kykenemättömyys suhteuttaa saatua informaatiota itseensä (Grisso ja Appelbaum, 1995; Appelbaum ja Grisso, 1995; Kaltiala-Heino, 2011). Nuoruusikäiselle on ominaista ulkoistaa pois ja kieltäytyä käsittelemästä asioita, jotka voisivat aiheuttaa sisäistä ristiriitaa. Nuoruusikäisen emotionaalinen kehitys on jäljessä hänen kognitiivisesta kehityksestään, ja tämä heikentää nuoren arvostelukykyyä emotionaalisesti latautuneissa asioissa (Dahl, 2004; Steinberg, 2005).

Valtaosa nuoruusikäisistä, jotka Suomessa hakeutuvat sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointiin, tietää kuitenkin, että naisesta mieheksi –sukuelinkirurgian ulkonäölliset ja toiminnalliset tulokset ovat heikommat kuin miehestä naiseksi –operaatioiden. Pojasta tytöksi – hakijat haluavat yleensä mahdollisimman pian päästä sukuelinkirurgiseen hoitoon, kun taas tytöstä pojaksi –hakijoista merkittävä osa haluaa ennen kaikkea saada julkisesti näkyvät miehen ominaisuudet (parrankasvua, äänenmurroksen, uudet vartalon muodot). He haluavat harkita vielä miehen sukuelinten rakentamiseen hakeutumista, kenties odotellen kirurgian kehittymistä. Sen sijaan suuri osa näistä nuorista haluaa sisäsynnyttelinten poiston ensi tilassa.

Lisääntyminen

Suomen lainsäädännön mukaan sukupuolen juridinen vaihtaminen (henkilötunnuksen muuttaminen naisesta mieheksi tai päinvastoin) edellyttää – ainakin vielä toistaiseksi – infertiliteettiä. Käytäntö on, että infertiliteetti todistetaan lääkärin todistuksella riittävän pitkän nais- tai mieshormonihoidon jälkeen. Suomessa ei siis edellytetä kastratiota, toisin kuin julkisessa keskustelussa on annettu ymmärtää. Hormoneilla aiheutettu infertiliteetti on pääosin palautuva: jos vastakkaisen sukupuolen hormonien käyttö lopetetaan, oman biologisen sukupuolen mukainen hormonitoiminta elpyy. Infertiliteetin edellyttämistä pidetään nykyään ihmisoikeusnäkökulmasta ongelmallisena, ja monissa maissa lainsäädäntöä onkin muutettu niin, ettei infertiliteettiedellytystä ole. Myös Suomessa tämä asia on otettu lainsäädännölliseen harkintaan (http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/sukupuolen_vahvistaminen).

Infertiliiteetin edellyttämisen sijaan ajankohtainen kansainvälinen keskustelu koskee transsukupuolisten henkilöiden mahdollisuutta sukusolujen säilömiseen biologisen lapsen saamisen mahdollistamiseksi tulevaisuudessa omin sukusoluin, vaikkei itse olisikaan siinä vaiheessa siittäjän / synnyttäjän roolissa (Murphy, 2012). Nuoruusikäisten sukupuolen uudelleen arviointiin hakeutuvien kanssa työskennellessä eettisen haasteen muodostaa se, etteivät nuoruusikäiset yleensä ole lainkaan kiinnostuneita tulevasta fertiilitetistään. Nuoret tutkittavat kokevat pääsääntöisesti, etteivät he missään tapauksessa halua saada lapsia syntymäsukupuolensa mukaisessa biologisessa roolissa, lapsen saaminen ei muutenkaan tunnu tärkeältä, eikä lapsen ainakaan tarvitse olla millään tavalla biologisesti oma. Jos nuoret tutkittavat pystyvät lainkaan kuvittelemaan vanhemmuustoiveitaan, asia tuntuu mahdollisesti ajankohtaiselta vasta 10-15 vuoden kuluttua, ja tutkimusvaiheessa he ovat aina sitä mieltä, ettei biologista sidettä tarvita. Lapsi voi tulla aikanaan puolison kautta tai adoptoituna. Tämän päivän terveydenhuollon toimijan on mahdotonta tietää, voisiko välinpitämättömyys biologisesta siteestä todella olla nyt nuoruusikäisen sukupolven pysyvä, sosiaalista sitoutumista verisiteiden ohi korostava maailmankatsomus, vai palataanko biologiseen lapsettomuuteen kuitenkin kipeimmän kautta aikanaan, kun peruuttamattomat ratkaisut on jo tehty. Vertailun vuoksi kannattaa kiinnittää huomiota siihen, että terveen täysivaltaisen aikuisen sterilisaation edellytykset ovat melko vaativat mitä tulee ikään ja lapsilukuun (www.finlex.fi / steriloimislaki). Cis-sukupuolisia aikuisia naisia on siis suojeltava ratkaisuilta, joiden tekemistä alaikäisenä puolustetaan nyt ihmisoikeutena.

Vähäinen kokeneisuus ja aseksuaalisuus

Nuorilla, joiden transsukupuolinen identiteetti vaikuttaa selkeältä ja joista sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksissa ei nouse huolta, ei yleensä ole toimintakykyä alentavia vaikeuksia nuoruusiän kehityksen eri osa-alueilla. Myös seksuaalisuuden alueella heidän kehityksensä näyttäytyy ikätasoisesti normatiivisena: se sisältää romanttisia ja eroottisia tunnekokemuksia samassa määrin kuin samanikäisillä suomalaisnuorilla keskimäärin on, nuoret ovat tutustuneet oman ruumiinsa tarjoamiin mahdollisuuksiin itsetyydytyksen kautta kuten samanikäiset yleensäkin, ja heillä on ikätasoon sopivia vastavuoroisia seksuaalisia kokemuksia. Monet ovat tai ovat olleet seurustelusuhteissa. Intiimisuhteissa tällaisista tutkittavista moni tosin välttelee antautumista kosketukselle toimien mieluummin ainoastaan itse aktiivisena osapuolena kumppanin tyydyttämiseksi, mutta heidän odotuksensa suuremmasta seksuaalisesta vapautumisesta muutosprosessin jälkeen eivät tunnu epärealistisilta.

Kaikkien sukupuolen uudelleenmäärittelyä toivovien tutkittavien tilanne ei kuitenkaan suinkaan ole näin selkeä. Suurella osalla sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin tulevista nuorista sukupuolen teemojen pohtiminen näyttäytyy pikemminkin osana laaja-alaisempaa identiteettihämmennystä ja monimuotoista mielenterveydellistä ja kehityksellistä problematiikkaa kuin selkeänä transsukupuolisuutena. Näissä tilanteissa myös nuoruusiän kehityksen seksuaalisella osa-alueella on yleensä huomattavia pulmia. Tällaisten tutkittavien ikätoverisuhteet yleensä ja romanttiset ja eroottiset suhteet erityisesti ovat useimmiten hyvin kapeita tai niitä ei ole lainkaan. Mahdolliset ihastukset eivät ole

voineet johtaa minkäänlaiseen kontaktiin ihastuksen kohteen kanssa, eikä nuorella täysi-ikää lähestyessä tai sen saavuttamisen jälkeenkään ole mitään fyysisiä eroottisia kokemuksia, ei edes itsetyydytyksestä. Karkeasti arvioiden ainakin kolmasosalla tutkimuksiin hakeutuvista nuoruusiän kehitys seksuaalisuuden alueella on katsottava selvästi viivästyneeksi tai lukkiutuneeksi, ja toisaalta vain noin neljäsosalla ikää ja fyysistä ja psyykkistä kehitystasoa vastaavaksi.

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioinnin kannalta on ongelmallista, jos nuori arvioi tulevaisuuttaan miehenä tai naisena tilanteesta, jossa hänen seksuaalinen kehityksensä on kerta kaikkiaan lukkiutunut. On huomattava, että yleensä samaan aikaan voimakasta viivästyminen tai lukkiutumista on kaikilla nuoruusiän kehityksen osa-alueilla lukuun ottamatta fyysistä puberteettikehitystä, joka toki useimmiten etenee tavanomaisesti. Vaikka tällaisessa tilanteessa olevat nuoret usein kokevat, että tämän hetken vaikeudet johtuvat sukupuoli-identiteettiin kohdistuvasta syrjinnästä, on yleensä niin, että heidän eristäytymisensä ja laaja-alainen kehityksellinen viivästyminen ovat alkaneet vuosia ennen ensimmäisiä merkkejä sukupuoli-identiteetin hämmennyksestä.

Osa sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytyksiin hakeutuvista nuorista on ratkaissut seksuaalisuuden alueen toistaiseksi luokittamalla itsensä aseksuaaliseksi. Seksuaalisuuden teemoista keskustelu ei tällaisessa tilanteessa tunnu nuoresta relevantilta. Tämä on haastava tilanne nuoren sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointiprosessissa, koska siinä harkitaan interventioita, jotka oleellisesti vaikuttavat

seksuaalitoimintoihin, kehitysvaiheessa, jossa seksuaalisuus vasta muovautuu.

Nuoruusikäisen aseksuaalisuudesta on tarjolla äärimmäisen vähän terveystieteellistä tutkimustietoa. Psykiatrisena häiriönä tunnustetaan sukupuolinen haluttomuus (F52.0 ICD-tautiluokituksessa), joka jakautuu frigiditeettiin ja hypoaktiiviseen sukupuolisen halukkuuden häiriöön. Näiden diagnoosien käytön kannalta on oleellista, että sukupuolinen haluttomuus on kokijalle ongelma, aiheuttaa haittaa tai kärsimystä. Tällaista emme sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla nuorilla ole toistaiseksi tavanneet. Aseksuaalisuus taas ei näytä olevan aseksuaalisille henkilöille ongelma eikä aiheuta tarvetta esimerkiksi keskustella seksuaalisuuden teemoista ammattiauttajien kanssa (Prause ja Gragam. 2007). Varmuus omasta aseksuaalisuudesta on nuoruusikäisten tutkittaviemme joukossa yleistä. Aikuisväestössä aseksuaalisuuden esiintyvyydeksi on esitetty 1%, ja sitä esiintyy naisilla enemmän kuin miehillä. Sen on esitetty liittyvän uskonnolliseen kasvatukseen ja matalaan sosioekonomiseen asemaan (Bogaert, 2004). Nuorilla tutkittavilla aseksuaalisuuden kokemus on monin verroin yleisempää kuin prosentti. Emme ole löytäneet epidemiologista tutkimusta aseksuaalisuuden yleisyydestä nuoruusiässä tai aseksuaalisen kokemuksen pysyvyydestä tai ohimenevyydestä nuoruusiän kehitysvaiheessa.

Vakavissa psykiatrisissa häiriöissä seksuaalisuus voi nuoruusiän kehitysvaiheessa lukkiutua ja painua taka-alalle näyttäytymättä tiedostettuna ongelmana, mutta seksuaalisuus useinkin elpyy tai seksuaalinen kehitys etenee jälleen häiriöjakson korjaantuessa. Tässä

vaiheessa aseksuaalisuuden kokemuksen poikkeuksellinen yleisyys transsukupuolisuuttaan pohtivien nuorten joukossa ja sen merkitys tässä yhteydessä jäävät tarkempaa havainnointia ja tulevaa tutkimusta odottaviksi seikoiksi. Koska identiteetin ja tunne-elämän kehitys nuoruusiässä nimenomaan on kesken ja seksuaalisuus yksi tässä kehitysvaiheessa voimakkaimmin kehittyviä asioita, tuntuu vaikealta uskoa nuoruusiän aseksuaalisuuden kokemusta pysyväksi. Ylipäänsä ei ole tiedossa, missä määrin normatiivisesti kehittyvät nuoruusikäiset eri ikäisinä ja eri nuoruusiän kehitysvaiheissa tuntevat genitaalista seksuaalista halua ja kiihottumista. Aikuisten transsukupuolisten joukossa on toisaalta todettu, että seksuaalisuuden alueen ongelmat ja hoitoratkaisujen katuminen olivat yleisimpiä niillä, jotka ennen hormonaalisia ja kirurgisia sukupuoliominaisuuksia muuttavia hoitoja olivat aseksuaalisia tai hyposeksuaalisia (Lindelmalm ym., 1987). Aseksuaalisuuden kokemuksesta nuoruusiässä yleensä ja sukupuoli-identiteettiään pohtivien nuorten joukossa erityisesti tarvittaisiin lisätietoa.

Riskejä ottava seksuaalikäyttäytyminen, prostituutio ja seksuaalinen riisto

Kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvattua hylkäämisen, seksuaalisen riskikäyttäytymisen, seksuaalisen riiston, HIV-riskin ja prostituution problematiikkaa (Lee, 2000; mAy-welby, 2003; deVries, Cohen-Kettenis ja Delemarre-van de Maal, 2006; Holman ja Goldberg, 2006; Baltieri, Prado Cortez ja de Andrade, 2009; Wilson ym., 2010) on sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla suomalaisnuorilla ainakin toistaiseksi tavattu hyvin vähän. Toisaalta alaikäisten kodittomuuskin on vahvojen lastensuojelupalveluiden järjestelmässämme äärettömän harvinaista. Myös sellaiset viha- ja hylkäämisreaktiot

perheessä, joista kansainvälisessä kirjallisuudessa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten kohdalla puhutaan (ja jotka voivat altistaa riskikäyttäytymiselle), ovat toistaiseksi nuorten trans-työryhmiin hakeutuneiden nuorten taustassa hyvin harvinaisia. Perheiden mahdollisissa negatiivisissa reaktioissa on yleensä pikemminkin kyse hämmennyksestä, huolesta ja riittämättömästä sopeutumisajasta kuin mistään jyrkästä vastakkainasettelusta. Nuoren sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioiminen on prosessi, jonka aikana on eettisesti välttämätöntä tukea paitsi nuorta myös hänen lähiverkostoaan hyväksymään ne hoitoratkaisut, jotka nuoren kohdalla ovat tarkoituksenmukaisia. Nuoruusikäisen positiivisen seksuaalisen kehityksen kannalta on tärkeää, että vanhemmat hyväksyvät hänen kehitysvaiheen mukainen tapansa ilmentää seksuaalisuuttaan. Esimerkiksi nuoren ihastuksen kohteiden / seurustelukumppanien sukupuoli ja nuoren homotai heteroseksuaalisuus on trans-tutkimuksiin hakeutuneiden nuorten perheissä pääsääntöisesti ollut ongelmaton asia. Nuorta itseään tai muita vahingoittavaan seksuaalisuuden ilmentämiseen alaikäisen lapsen vanhempien taas tuleekin reagoida.

On toki mahdollista, että on nuoria, jotka eivät rohkene lainkaan kertoa vanhemmilleen sukupuolidysforiastaan ja SR-hoitojen toiveistaan, vaan suunnittelevat esimerkiksi tutkimuksiin hakeutumista vasta täysi-ikäisinä. Elleivät vanhemmat todella halua tai kykene tarjoamaan nuorelle tämän tarpeiden vaatimaa kehityksellistä tukea, kyseessä saattaa olla lastensuojelun tukea vaativa tilanne. Nuoruusiän kehitys ja kehityksellisen tuen tarve ei liioin äkillisesti lopu täysi-ikäisyydessä, vaan perheen tuki on merkityksellinen pitkälle aikuisuuteen.

Pohdintaa

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointi nuoruusiän kehitysvaiheessa on suomalaisessa terveydenhuollossa uusi asia. On tärkeää tietää, että kaikki sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvat nuoret eivät ole transsukupuolisia. Muista identiteettiongelmista, kehityksellisistä vaikeuksista ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten kohdalla ei tietenkään ole lääketieteellisesti eikä eettisesti perusteltua harkita fyysisiä sukupuoliominaisuuksiin vaikuttavia interventioita, vaikka ne transsukupuolisten nuorten kohdalla ovat perusteltuja ja voivat osittain (hormonaaliset hoidot) alkaa jo alaikäisenä (Smith, van Goozen ja Cohen-Kettenis, 2001). Nuori voi tietenkin tarvita kokonaistilanteensa hoidon osana tukea sukupuolidysforian takia, vaikka fyysiset hoidot eivät olisikaan ajankohtaisia. Seksuaalisen kehityksen viivästyminen ja lukkiutuminen ovat sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin hakeutuvilla nuorilla tavallisempia ongelmia kuin seksuaalinen riskinotto seurauksineen. Seksuaalisuuden, seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaaliterveyden ongelmat ovat tavallisimpia niillä tutkimuksiin hakeutuvilla, joilla identiteettikehityksen ongelmat ovat laaja-alaisia ja vaikeita. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat saattavat kohdata terveydenhuollossa tietämättömyyttä tai syrjintää, joka vaikeuttaa avun saamista terveystarpeisiin (Lee, 2010). Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin hakeutuneiden nuorten kohdalla olemme toisinaan havainneet, ettei nuoren mielenterveydellisiin ja psykososiaalisiin ongelmiin anneta asianmukaista apua, kun virheellisesti oletetaan kaikkien nuoren ongelmien palautuvan sukupuolen

kokemukseen ja hoituvan sen kautta (Kaltiala-Heino ym., 2013). Toisinaan oletetaan, että kaikki sukupuoli-identiteetiltään epätyypilliset nuoret tarvitsisivat seksuaaliterapiaa, mikä ei toki pidä paikkaansa. Toisaalta on myös tilanteita, joissa terveydenhuollon toimijat ovat kiirehtineet nuorta sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytyksien arvioon, vaikkei tämä oikeastaan (vielä?) halua. Sen sijaan nuoret eivät ole raportoineet vaikeuksista hoitaa seksuaaliterveyden alueen tarpeitaan, mahdollisesti tosin siksi, että merkittävällä osalla seksuaalisuuden alueen kehitys on viivästynyt eivätkä intiimikontaktit ole ajankohtaisia.

Kirjallisuus

Aalberg, V. ja Siimes, M. (2007). *Lapsesta aikuiseksi*. Helsinki: Nemo.

Appelbaum, P. ja Grisso, T. (1998). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 319(25), 1635–1638.

Baltieri, A. B., Prado Cortez, F. C. ja de Andrade, A. G. (2009). Ethical conflicts over the management of adolescent transsexuals – Report of two cases. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3214-3220.

Benes, F. M., Turtle, M., Khan, Y. ja Farol, P. (1994). Myelination of a key relay zone in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence and adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 51(6), 477-484.

Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, 41(3), 279-287.

Cohen-Kettenis, P. (2006). Gender identity disorders. Teoksessa Gillberg, R. C., Harrington, H.-C. ja Steinhausen, A. (toim.) *Clinicians Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (s. 695-725). Cambridge: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. ja Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315-333.

Cohen-Kettenis, P., Steensma, T. ja deVries, A. L. (2011). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 698-700.

Dahl, R. (2014). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 07/2004:1021, 1-22.

deCuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., de Sutter, P., Hoebeke, P., ym. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690.

deVries, A., Cohen-Kettenis, P. ja Delemarre-van de Maal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. Teoksessa *Caring for transgender adolescents in BC: Suggested guidelines*. Vancouver:

Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society and the Canadian Rainbow Health Coalition.

Gogtay, M., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., ym. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(21): 8174-8179.

Green, R. (1974). *Sexual identity Conflict in Children and Adults*. New York: Basic Books.

Grisso, T. ja Appelbaum, P. (1995). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1033-1037.

Harter, S. (1999). *The Construction of the Self*. New York: Guilford Press.

Herd, G. H. ja Boxer, A. M. (1993). *Children of Horizons: How Gay and Lesbian Teens are Leading a New Way Out of the Closet*. Boston: Beacon Press.

Holman, C. W. ja Goldberg, J. (2006). Ethical, legal and psychosocial issues in care of transgender adolescents. Teoksessa *Caring for transgender adolescents in BC: Suggested guidelines*. Vancouver: Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society and the Canadian Rainbow Health Coalition.

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., ym. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563.

Kaltiala-Heino, R., Lindberg, N., Ranta, K., Tainio, V.-M. ja Työläjäarvi, M. (2013). Sukupuoli-identiteetin häiriö lapsilla ja nuorilla. *Suomalainen Lääkärilehti*, 68(11), 819-825.

Kaltiala-Heino, R. (2012). Involuntary commitments. Teoksessa Levesque, R. J. R. (toim.) *Encyclopedia of Adolescence* (s. 1479-1489). Dordrecht: Springer.

Korteniemi-Poikela, E. ja Cacciatore, R. (2004). Seksuaalisuuden portaat / Sexualiteten steg för steg. Opetuspaketti peruskoulun 1.-9. luokille. Opetushallitus.

http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/seksuaalisuuden_portaat/

Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male to female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717-727.

Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 514-545.

Lee, R. (2000). Health care problems of lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 403-408.

Luna, B., Graver, K. E., Urban, T. A., Lazar, N. A. ja Sweeney, J. A. (2004). Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood. *Child Development*, 75(5), 1357-1372.

Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E. ja Gabhainn, S. N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *The Journal of Adolescent Health*, 47(4), 389-398.

mAy-welby N. (2003). A journey to androgyny. Teoksessa O'Keefe, T. ja Fox, K. (toim.) *Finding the Real Me* (s. 30-42). San Francisco: Wiley.

Meyer-Bahlburg, H. (2012). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639-649.

Moshman, D. (2011). *Adolescent rationality and development. Cognition, morality, and identity*, Third Edition. New York: Psychology Press.

Murphy, T. F. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Journal of Bioethical Inquiry*, 9(3), 311-316.

Möller, B., Schreier, H., Li, A. ja Romer, G. (2009). Gender identity disorder in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 39(5), 117-143.

Paus, T., Keshavan, M. ja Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957,

Prause, N. ja Gragam, C. A. (2007). Asexuality: classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341-356.

Saewyck, E. M., Bearinger, L. H., Blum, R. W. ja Resnick, M. D. (1999). Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives*, 31(3), 127-131.

Saewyck, E., Poon, C., Homma, Y. ja Skay, C. (2008). Stigma management? The links between enacted stigma and teen pregnancy trends among gay, lesbian, and bisexual students in British Columbia. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 17(3), 123-139.

Savin-Williams, R. C. ja Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 385–394.

Smith, Y., van Goozen, S. ja Cohen-Kettenis, P. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481.

Sowell, E. R., Thompson, O. M. ja Toga, A. V. (2004). Mapping changes in the human cortex throughout the span of life. *Neuroscientist*, 10(4), 372-392.

Steensma, T. (2013). *From gender variance to gender dysphoria. Psychosexual development of gender atypical children and adolescents.* Väitöskirja, Vrije Universiteit Amsterdam..

Steensma, D. T., Biemond, R., deBoer, F., Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.

WHO. (2004). *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly.* http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/ (viitattu 8.3.2014)

Wilson, E., Garofalo, R., Harris, R. ja Belzer, R. (2010). Sexual risk taking among transgender male to female youths with different partner types. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1500-1505.