

Transseksüalizm: Klinik Özellikleri ve Yasal Konular

Transsexualism: Clinical Features and Legal Issues

Necla Keskin, Gamze Yapça, Lut Tamam

Özet

Yapılan epidemiyolojik çalışma verileri daha çok cinsiyet değiştirme ameliyatları için başvuran kişilerden elde edilmiş olsa da, transseksüalitenin geçmişte düşünüldüğü kadar nadir olmadığı ve gerek psikolojik gerekse toplumsal sonuçları nedeniyle üzerinde önemle durulması gerektiği bilinmektedir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olup biyolojik ve psikososyal faktörlerin etiyolojide birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. 3-4 yaş civarında yerleşen cinsel kimliğin bu yaştan sonra değiştirilmesi olanaksızdır. Bu nedenle uygulanacak tedavilerde amaç cinsel kimliği değiştirmek değil kişinin kimliğine ve yaşantısına uyumunu arttırmak olmalıdır. Dünya Profesyonel Transseksüel Sağlık Birliği (The World Professional Association for Transgender Health [WPATH]) bakım standartlarını (Standards of Care [SOC]) içeren bir kılavuz yayınlamıştır ve bu kılavuz transseksüel bireylerin takip ve tedavilerine dair öneriler sunmaktadır. Medeni kanunda cinsiyet değiştirme ile ilgili madde oldukça ayrıntılı olmakla birlikte maddeye sıkı sıkıya bağlı kalındığında kullanım alanı oldukça dardır ve bu konuda yeni bir düzenlemeye ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Anahtar sözcükler: Cinsel kimlik, transseksüalizm, cinsiyet değiştirme, yasal konular.

Abstract

Although the epidemiological data is generally obtained from the patients that applied for gender reassignment surgery, it is known that transsexualism is not seen as rarely as it was estimated in the past and should be evaluated in detail because of its psychological and social consequences. Etiology remains to be unclear and biological and psychosocial factors are thought to be responsible for its development. Gender identity stabilizes approximately in 3-4 ages and it is impossible to change it after these ages. For this reason the aim of treatment approaches is to improve the conformity of individuals to their identity and life, but not to change the gender identity. The World Professional Association for Transgender Health [WPATH] published a guideline including standards of care [SOC] and SOC provide clinical guidance in follow-up and treatment of transsexual individuals. There is a detailed code in civil law about gender reassignment but when this code implemented strictly, the use of it is very limited and it is clear that a new arrangement is needed in this issue.

Key words: Gender identity, transsexualism, gender reassignment, legal issues.

CİNSEL KİMLİK bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir cinsiyet içinde algılaması, kabullenmesidir. Cinsel yönelim bireyin istek, duygu ve davranışlarının belli bir cinsiyete çekimi iken, cinsel rol kişinin cinsel açıdan davranışlarının toplumsal görünüşü-

mü olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Cinsel bozukluklar; cinsel yanıt döngüsünde görülen bozulmalar ve cinsel ağrı bozukluklarını içeren cinsel işlev bozuklukları, cinsel nesne sapmaları yani parafililer ve cinsel kimlik bozuklukları olarak üç grupta incelenir (Gabbard 2009). Bu bozukluklardan cinsel işlev bozuklukları sıklıkla görülürken, cinsel kimlik bozuklukları ve parafililer nadir görülen durumlardır.

Karşı cinsle ilişkin rol davranışı 3-5 yaşlarında başlar ve ergenlik döneminde kişilik özelliği halini alır (Bradley ve Zucker 1997). Kişinin kendisini karşı cinsiyette algılaması, biyolojik cinsiyeti ile ilişkili özelliklerden aşırı rahatsızlık duyması, bunları gizleme çabası içerisinde olması ve karşı cinsin birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi ile karakterize cinsel kimlik sapması cinsel kimlik bozukluğu, günümüzde yaygın şekilde kullanımı ile transseksüalite olarak isimlendirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008, Sadock ve Sadock 2008). Transseksüeller, biyolojik cinsiyetlerini değiştirmek ve karşı cinsin anatomik özelliklerine sahip olmak için hormon tedavisi ve cerrahi girişimler gibi biyolojik tedaviler için yoğun istek duyar ve bu tedavilere ulaşmak için girişimlerde bulunurlar. Çocukluk yıllarından itibaren başlayan bu bozukluk başka psikopatolojilere eşlik edebileceği gibi, kişinin yaşamını pek çok alanda kısıtlamayacak düzeyde sınırlı da olabilir (Sadock ve Sadock 2008). Transseksüalite nadir görülse de, gerek toplumsal ve ruhsal gerekse de hukuki sonuçları nedeniyle dikkatle ele alınmalıdır.

Bu yazıda; transseksüalite tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyolojisi, transseksüalitede psikiyatrik değerlendirme, tedavi yaklaşımları, hukuki süreç ve cinsel kimlik değişiminin hukuki sonuçları tartışılmıştır.

Tarihçe

Transseksüalitenin tarihi insanlık tarihi kadar eski olabilir ve cinsiyet değiştirme kavramı antik çağlardan beri bilinmektedir (Sungur ve Yalnız 1999). Transseksüalitenin klinik tanımlanması 1894 yılında Richard von Kraft-Ebing tarafından yapılmıştır (Köroğlu ve Güleç 2007). Yirminci yüzyılın başlarına kadar transseksüalizm ve tranvestizm arasındaki ayırım yapılamamış, bunlar tek bir kavram olarak ele alınmıştır. Daha sonra cinsiyet değişimine ilişkin tıbbi olanakların doğmasıyla bu alandaki bilgiler ve araştırmalar artmıştır.

Alman doktor Magnus Hirschfeld, 1910 yılında ara sıra veya düzenli olarak karşı cinsiyetin kılığına giren insanlar için, tranvestilik, bedensel anlamda da kendini diğer cinsiyete uydurmaya çalışan bireyler için ise 1923 yılında "ruhsal transseksüellik" kavramını kullanmıştır. Ancak transseksüelliği, tranvestizme gösterilen yoğun bir eğilim olarak nitelendirmiştir. Transseksüalizm sözcüğü ise bugünkü anlamıyla endokrinolog Harry Benjamin tarafından kullanılmıştır (Beemyn 2013). İlk cinsel kimlik kliniği de John Hopkins Üniversitesi'nde Harry Benjamin tarafından 1966 yılında kurulmuştur (Beemyn 2013).

1950'li yıllarda, Amerika'da transseksüellere hormon tedavisi uygulanabilmekteydi. İlk cinsiyet değiştirme ameliyatı ise 1952 yılında "George" isimli bir hastaya yapılmış, "Christine" ismini alan bu hastaya atfen bu ameliyatlar "Christine ameliyatı" olarak anılmıştır. Cinsel kimlik bozuklukları 1980 yılında DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ile ilk kez bir tanı ve sınıflandırma sisteminde yer almıştır (APA 1980). DSM-IV'te transseksüellik kavramı yerini cinsel kimlik bozukluğuna bırakmış, DSM-5'te bu durum

cinsiyet disforisi adı altında incelenmiştir (APA 2000, APA 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflama Sistemi ICD-10'da ise cinsel kimlik bozuklukları başlığı altında F64.0 koduyla transseksüalizm olarak ele alınmıştır (Çuhadaroğlu ve ark. 1993).

Epidemiyoloji

Transseksüalitenin yaygınlığına ilişkin epidemiyolojik veriler kısıtlıdır ve mevcut veriler daha çok cerrahi girişim ya da hormon tedavisi için başvuran bireylerden elde edilmiştir. Erkekler için 1/11900-1/45000, kadınlar içinse 1/30400 1/200000 aralığında oranlar bildirilmiştir (Coleman ve ark. 2012). Yaygınlık oranları farklılık göstermektedir ve bu durum kültürel nedenler, farklı araştırma yöntemleri ve örneklem gruplarının heterojenitesi ile açıklanmıştır. Bildirilen oranlara bakılarak transseksüalitenin erkeklerde kadınlara göre 3-4 kat daha sık görüldüğü söylenebilir.

Çocukluk çağında karşıt cinsiyet davranışı göstermenin kız çocuklarında çok daha yaygın olduğu bildirilmiş olsa da klinik başvuru oranları erkek çocuklarda kızlardan daha fazladır (Özsungur 2010). On iki yaşın altındaki çocukların klinik başvurularında erkek/kadın oranı 6/1 ile 3/1 arasında iken (Zucker 2004), 12 yaş üzerinde bu oran 1/1'e yakındır (Coleman ve ark. 2012). Kız çocuklarda erkeksi davranışın erkek çocuklardaki kız gibi davranışa oranla daha fazla olmasının nedeni; kızlardaki erkeksi davranışların genelde intrapsişik ve sosyal bir çatışmaya bağlı olmadığı halde erkek çocuğun kız gibi olması bir çatışma sonucudur. Bu nedenle kız çocukların büyük çoğunluğu ergenlik döneminde kendi cinsiyetlerine yönelirken, erkek çocuklar bu dönemde karşı cinsle ilişkin rol davranışını sürdürmeye devam etmektedirler (Canat ve Evrengöl, 1986)

Ülkemizde transseksüaliteye ilişkin sistematik bir epidemiyolojik çalışma yapılmamıştır ancak yapılan incelemelerde cinsiyet değişikliğinin talep edenlerin yaş ortalamasının 25.6 yıl olduğu, en yoğun talebin İç Anadolu Bölgesi'nden geldiği ve daha çok erkeklerin kadın kimliğine geçmek için başvurduğu bildirilmiştir (Tokdemir ve ark. 2009).

Etyoloji

Cinsel kimlik ve cinsel rol uzun bir süreçte kademeli olarak gelişir ve farklı gelişim evrelerinde etkileşim içerisindeki çoklu faktörlerden etkilenir (Cohen-Kettenis ve Gooren 1999). Son yıllarda cinsel gelişimi etkileyen faktörlerle ilgili bilgiler artmış olsa da transseksüalitenin etiyolojisi tamamen aydınlatılmış değildir. Etyolojide rol oynayan faktörler biyolojik ve psikososyal faktörler olarak iki ana başlık altında incelenebilir:

Biyolojik Faktörler

Kromozomal yapının ve doğum öncesi ve sonrasında hormon düzeylerinin normal olması uygun cinsel kimlik gelişimi zorunlu ancak yeterli değildir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Hiçbir kromozomal ya da hormonal test transseksüaliteye özgü ayırıcı bir özellik taşımamaktadır (Sungur ve Yalnız 1999).

İkiz ve aile çalışmalarında transseksüalitenin kalıtsal olabileceğini düşündüren bulgular elde edilmiştir (Green 2000). Yapısal beyin çalışmalarında, beynin cinsel davranışla ilgili bölgesi olan ve cinsiyet hormonlarından ve cinsel yönelimden etkilenmediği

bilinen stria terminalis bed çekirdeği hacminin erkekten kadına transseksüellerde kadınlardakine benzer olduğu gösterilmiştir (Zhou ve ark. 1995).

Kadından erkeğe transseksüellerde polikistik over ve hiperandrojenemi sıklığının normal popülasyona göre arttığı (Baba ve ark. 2007), androjen ve östrojen gibi seks steroidleri ile ilişkili genlerin transseksüalite ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Henningsson ve ark. 2005). Birincil ve ikincil erkek cinsiyet özelliklerinin gelişiminde önemli bir rolü olan ve testosteron ya da dihidrotestosteron bağlayarak aktif hale gelen androjen reseptörü geni tekrar sayısının erkekten kadına transseksüellerde daha kısa olduğu, bu durumunu da testosteron bağlanma etkinliğini azalttığı bildirilmiştir (Hare ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda transseksüalitenin perinatal dönemde kadınlarda androjen artışı erkeklerde ise androjen eksikliği, luteinizan hormona östrojen yanıtının türü ve başta cinsel davranışta etkili beyin bölgesi olan stria terminalis bed çekirdeği olmak üzere çeşitli hipotalamik çekirdeklerdeki hacim ve/veya yapısal değişiklikler ile ilişkili olabileceğini düşündüren bulgular elde edilmiş olsa da çalışmalar şu an için etyolojik bir bağ kurmak için yeterli değildir (Cohen-Kettenis ve Gooren 1999).

Psikososyal Faktörler

Bireyin kendilik algısı ve kimliğinin temel taşlarından olan cinsel kimlik erken çocukluk dönemlerinde gelişmeye başlar. Kimlik gelişimi teorisine göre; kendilik algısı 6-18. aylarda, Lacan'ın ayna evresi olarak tanımladığı evrede gelişir. Kendiliğin bütünleşmesi uygun bir ayna evresi ile mümkündür. Çocuğun kendisini erkek ya da kız cinsiyetinde hissetmesi yani çekirdek cinsel kimlik oluşumu yaşamın ilk bir buçuk iki yılında başlar. Bu yaşlarda birey kız ya da erkek olduğunu bilir. Gelişim süreci erkek çocuğunun anneden ayrışması, kız çocuğunu anne ile özdeşleşmesi ile devam eder. Cinsel kimlik ve cinsel kimlik duygusu 3-4 yaş civarında yerleşir. Bu yaştan sonra cinsel kimliğin değiştirilmesi neredeyse olanaksızdır. Toplum ve ebeveynler aynalama ile çocuğun kendilik algısını geliştirir ve güçlendirir. Transseksüel bireylerde bu süreçlerin gelişimi ve tamamlanması ile ilgili sorunlar olduğu ileri sürülmüştür (Öztürk ve Uluşahin 2008, Fraser 2009, Özsungur 2010).

Cinsel kimlik gelişimini etkileyen başlıca psikososyal faktörler; yaşamın ilk yıllardaki deneyimler, uygun özdeşim örneklerinin varlığı ve yetiştirilme biçimidir. Anne, baba ve kardeşlerle doyurucu olmayan ilişki, reddedilme, çocukluk çağı ihmal ve istismar öyküsü, aile içi şiddet ve ayrı yaşama etiyojide rol oynayan diğer faktörlerdir (Öztürk ve Uluşahin 2008, Özsungur 2010). Çocukluk yıllarında yaşanan travmaların kimlik çatışmalarına yol açabileceği, kimlik çatışmalarının da transseksüalite ile sonuçlanabileceği bilinmektedir.

Psikodinamik teoriye göre, anne ile çocuk arasındaki sembiyotik ilişki, pasif, ilgisiz baba ve pre-ödüpal dönemdeki ayrışma-bireyselleşme evresinin sağlıklı bir biçimde tamamlanamamasıyla pekişir ve tablo ergenlik döneminde belirgin olarak ortaya çıkar (Koroğlu ve Güleç 2007). Uzun sembiyotik anne-oğul ilişkisi erkek çocuğunun çatışma olmaksızın kendisini annesinin cinsel kimliğinde tanımlamasıyla sonuçlanabilir.

Bir başka teoriye göre transseksüalite eşcinselliğe, narsisistik bir bozukluğa karşı bir savunma ya da ayrışma-bireyselleşme evresinde ortaya çıkan bir çatışma durumudur. Borderline kişilik bozukluğunun ve bu bozuklukta sık görülen, kronik anksiyete, yaygın ve serbest yüzen anksiyete, depresyon, yalıtım ve strese dayanma gücünde azalma gibi belirtilerin transseksüellerde sık görüldüğü, transseksüellerde dişilik ve erkeklik için yeterli

bir şekilde bütünleştirilmediği ve kendilik yapılanmasının kusurlu geliştiği ileri sürülmüştür (Michel ve ark. 2001).

Klinik Belirtiler ve Tanı

Transseksüalite; kişinin anatomik cinsiyetine dair özelliklerden aşırı rahatsızlık duyması, bu özellikleri gizlemesi ya da reddetmesi, karşı cinsin birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesidir. Çocukluk yıllarında başlayan bu bozuklukta karşı cinsiyete sahip olma arzusunun ifade edilmesi, karşı cinsiyet gibi giyinme, hissettiği cinsiyete ait oyun ve oyuncaklarla oynama, hissettiği cinsiyetten oyun arkadaşı ve arkadaşları tercih etme, vücut olarak cinsel özelliklerinden ve işlevlerinden hoşlanmama gibi belirtiler görülür. Cinsel kimlik bozukluğu için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 1'de verilmiştir (APA 2000).

Tablo.1. Cinsel Kimlik Bozukluğu için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. Karşı cinsiyetle güçlü ve sürekli bir özdeşim kurma (sadece diğer cinsiyette olmanın getireceği sanılan kültürel üstünlükler için bir istek duyma olarak değil)

Çocuklarda bozukluk aşağıdakilerden dördü (ya da daha fazlası) ile ortaya çıkar:

- (1) diğer cinsiyette olma isteğini ya da ısrarını yineleyici bir biçimde dile getirme
- (2) erkek çocukların aykırı giyimi yeğlemesi ya da kadınsı giyim kuşamı taklit etmesi; kız çocukların sadece kalıplaşmış alışlagelen erkeksi giysiler giyme konusunda ısrar etmesi
- (3) oyunlarda güçlü bir biçimde ve sürekli olarak karşı cinsin rollerini oynamayı yeğleme ya da sürekli olarak diğer cinsiyette olma fantezileri taşıma
- (4) karşı cinsin alışlagelmış oyunlarına ve eğlencelerine katılma konusunda yoğun bir istek duyma
- (5) özellikle karşı cinsten oyun arkadaşları tercih etme

Ergenlerde ve erişkinlerde bu bozukluk diğer cinsiyette olma isteğini dile getirme, sıklıkla karşı cins gibi davranmak, giyinmek, karşı cinsiyetteymiş gibi muamele görmek ya da yaşamak istemek ya da karşı cinsle özgü duygular ve tepkilerin kendinde var olduğunu düşünmek gibi belirtiler gösterir.

B. Cinsiyetine ilişkin sürekli bir rahatsızlık duyma ya da cinsiyetinin gerektirdiği cinsel rol için uygun olmadığı duygusunun olması.

Çocuklarda bu bozukluk aşağıdakilerden herhangi biriyle kendini gösterir: Erkek çocuklarında, penis ya da testislerinin iğrenç olduğunu, ileride yok olacağını ya da bir penis sahibi olmamanın daha iyi olacağını öne sürme, kuralsız kaba saba oyunlardan tiksime ya da erkeklere özgü oyuncakları, oyunları ve etkinlikleri reddetme; kız çocuklarında, oturarak idrar yapmayı reddetme, penisinin olduğunu ya da ileride bir penisinin olacağını öne sürme, göğüslerinin büyümesini ya da adet görmeyi istemediğini söyleme ya da olağan kadınsı giysilerden ileri derecede tiksinti duyma.

Ergen ve erişkinlerde bozukluk birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinden kurtulma üzerine kafa yorma (hormon tedavileri ya da cerrahi girişim için ısrarcı olma) ya da yanlış cinsiyette doğduğuna ilişkin bir inanç taşıma gibi belirtilerle kendini gösterir.

C. Bu bozukluk fiziksel bir interseks durumu ile beraber gitmemektedir.

D. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıklığına ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsel alanlarında bozulmaya neden olur.

DSM 5'te cinsiyet disforisi olarak ele alınan transseksüalite için tanı ölçütleri çocuklar için ayrı, gençler ve erişkinler için ayrı olarak tanımlanmış ve en az 6 aylık süre ölçütü getirilmiştir (APA 2013). Transseksüaliteyi de içeren daha geniş bir kavram olan

cinsiyet disforisi, biyolojik cinsiyet ve cinsel kimlik arasında uyumsuzluk olması ve bu uyumsuzluğun huzursuzluğa, sıkıntıya yol açmasıdır (Sungur ve Yalnız 1999).

DSM-IV ve DSM 5'te kullanılmayan transseksüalizm terimi ICD-10'da halen kullanılmaktadır. ICD-10'da cinsel kimlik bozukluğu başlığı altında transseksüalizm (F64.0), iki yönlü karşıt giysicilik (F64.1), çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu (F64.2) tanıları yer almaktadır. ICD-10'a göre transseksüalizm için tanı ölçütleri Tablo.2'de verilmiştir (Çuhadaroğlu ve ark. 1993).

Tablo.2. ICD-10'da Transseksüalizm

Karşı cinsin bir üyesi olarak yaşama ve kabul edilme isteği vardır. Sıklıkla kişi kendi anatomik cinsiyetinden rahatsızlık duyar ya da bunun uygun olmadığını düşünür ve bedeninin seçtiği cinsiyete uygun hale gelmesi için hormonal ve cerrahi tedavi görmek ister.
Tanı konması için transseksüel kimlik en az iki yıl boyunca sürekli bulunmalı ve şizofreni gibi bir ruhsal bozukluğa ikincil veya bir interseks, genetik ya da seks kromozomu anormalliğine bağlı olmamalıdır.

Transseksüel bireylerde cinsel yönelim kişinin kendi cinsine (homoseksüel), karşı cins (heteroseksüel), her iki cins (biseksüel) ya da hiçbir cins (aseksüel) olabilir ve bunların ayrıca değerlendirilmesi gerekir (Auer ve ark. 2014).

Transseksüel bireylerde sıklıkla ek psikiyatrik tanıları bulunur ve bu durum kişilerin psikososyal uyumunu dolayısıyla bozukluğun gidişini etkilemektedir. Yapılan küçük ölçekli bir çalışmada transseksüel bireylerin yaşam boyu eksen I tanısı alma sıklığı %71 olarak bulunmuş, aynı çalışmada olguların %42'si en az bir kişilik bozukluğu tanısı almıştır (Hepp ve ark. 2005). Anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve depresyon sık eşlik eden bozukluklardır ve transseksüel bireylerde borderline kişilik özelliklerinin, narsisistik ve paranoid öğelerin görüldüğü bildirilmiştir. Psikiyatrik ek tanısı olmayan 500 cinsel kimlik bozukluğu tanılı bireyde yapılan bir çalışmada olguların %72'sinde yaşam boyu özkıyım düşüncesi olduğu saptanmış, bu olguların %31.8'inde özkıyım girişimi dahil self-mutilasyon olduğu bildirilmiştir (Terada ve ark. 2011).

Çocuklarda ise başta anksiyete bozukluğu olmak üzere, depresyon, karşıt olma karşıt gelme ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) ile birliktelik görülmektedir (Landen ve Rasmussen 1997, Mukaddes 2002). Cinsel kimlik bozukluğu ve OSB arasındaki ilişki "aynılığın korunmasındaki ısrar" ve "obsesif kişilik özellikleri" ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Birçok anne baba çocuklarının cinsiyet konusunda takıntılı olduklarını söylemektedir (Özsungur 2010)

Ergenlerde eşlik eden hastalıklardan daha yaygın olarak dışa yönelim bozukluklarından karşıt olma karşıt gelme, içe yönelim bozukluklarından ise anksiyete ve depresyon gözlenir. Çocuklarda olduğu gibi bu ergenlerde de genel popülasyona göre OSB yaygınlık oranı daha yüksek olarak izlenmektedir (de Vries ve ark. 2010).

Ayrııcı Tanı

İnterseks Bozukluklar

Dış genital yapının kız ya da erkek olduğunun kuşkulu olduğu, genetik, anatomik ve fizyolojik açıdan her iki cinsiyet özelliğinin birlikte görüldüğü bozukluklardır (Koroğlu ve Güleç 2007). Konjenital adrenal hiperplazi, Turner sendromu, Klinefelter sendromu

ve testiküler feminizasyon başlıca interseks bozukluklardır (Sadock ve Sadock 2008). Transseksüalitede interseks durumlardan farklı olarak birey genetik, anatomik ya da fizyolojik bir bozukluk olmaksızın yanlış bedende doğduğunu hisseder.

Transvestizm

Bireyin cinsel uyarılma ve doyum amacıyla karşı cinsin kıyafetlerini giyinmesidir. Sıklıkla transseksüalite ile karıştırılmakla birlikte transvestizmde kişi bedeninden hoşnuttur ve cinsiyet değiştirme talebi yoktur. Her iki durum bazen birlikte görülebilmektedir (Sungur ve Yalnız 1999).

Şizofrenik Bozukluk

Şizofrenide nadiren karşıt cinsiyette olma sanrısı görülebilir. Transseksüalite şizofreninin nadir bir belirtisi olabilir. Çok nadiren de şizofreni ikincil transseksüalizm nedeni olarak bildirilmiştir (Rameez 2008)

Efemine Homoseksüel ya da Erkeksi Lezbiyenler

Bu kişilerde cinsel özdeşim anatomik cinsiyetleri ile paraleldir ve cinsel kimlik değiştirme arayışı ya da isteği yoktur (Köroğlu ve Güleç 2007). Stres altında geçici bir süre transseksüel özellikler gösterebilirler (Sungur ve Yalnız 1999).

Değerlendirme ve Tedavi

Transseksüalite; sosyal aşağılanmaya ve damgalanmaya yol açması, altta yatan olası başka psikopatolojiler ya da transseksüalite ile ilişkili diğer ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi edilmelidir. Tedavide amaç cinsel kimliği değiştirmek değildir. Bu konuda yapılan araştırmalar psikoterapötik müdahalelerin bu bağlamda işe yaramadığı yönündedir, kişinin cinsel kimliğine ve yaşamına uyumunu arttırmak olmalıdır. Geçmişte “Harry Benjamin Cinsiyet Disforisi Birliği (HBIIGDA)” olarak bilinen Dünya Profesyonel Transseksüel Sağlık Birliği (The World Professional Association for Transgender Health (WPATH)) bakım standartlarını (Standards of Care (SOC)) içeren bir seri kılavuz yayınlamıştır. Bu standartların geliştirilmesindeki amaç, bu alanda çalışanlara, cinsiyet disforisi olan kişilerin sorunlarını çözüme kavuşturacak esnek öneriler sunmaktır. Bu bölümde, bakım standartlarınının 7. versiyonunun genel bir özeti sunulmuştur (Coleman ve ark. 2012).

Bu alanda çalışan uzmanlar, tedavi ya da danışma amaçlı başvuran kişide, cinsel kimliği değerlendirmeli, bu hislerin öyküsünü ve gelişimini sorgulamalı, bu nedenle toplumsal damgalanmanın etkisi ve sosyal desteklerin varlığı hakkında bilgi almalıdır. Cinsel kimlik ile biyolojik cinsiyet arasındaki uyumsuzluğun (cinsiyet disforisi) ikincil bir nedene bağlı olmadığından ve başka tanımlarla açıklanamayacağından emin olunmalıdır. Kişi cinsel kimlik ve cinsel roller, tıbbi tedavi seçenekleri ve bunların psikolojik, sosyal, fiziksel, cinsel, mesleki, mali ve adli sonuçları konusunda bilgilendirilmelidir. Bireysel, aile ve grup psikoterapileri için yönlendirilmelidir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar (anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları, ihmal ve istismar öyküsü, yeme ve madde kullanımı bozuklukları gibi) tanımlanmalı ve tedavi edilmelidir. Uygun hastalar hormon tedavisi ve cerrahi tedaviler için yönlendirilmelidir (Bockting ve ark. 2006).

Çocuk ve ergenlerde cinsiyet disforisinin klinik yönetimi, cinsiyet disforisi ile ilişkili stres ile başa çıkılabilmesi, kendi cinsel kimliklerini keşfedebilmeleri için aile danışman-

lığı ve destekleyici psikoterapiyi içermelidir. Sosyal zorluklar yaşayan çocuklar ve ailelerinin eğitimi ve destek grupları gibi organizasyonlara dahil edilmeleri bu hastaların sosyal izolasyon, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ikincil olumsuz durumlardan koruyabilir. Cinsel kimlik değiştirme arayışında olan hastalarda psikoterapi kimlik değişimi öncesi, sırası ve sonrasında onlara destek olmaya odaklanmalıdır. Geçmişte uygulanan, doğuştan gelen cinsel kimlik doğrultusunda, hastanın cinsel kimliğinin ve dışavurumunun değiştirilmeye çalışılması yönünde tedavi genellikle başarısızlıkla sonuçlanmaktadır ve günümüzde uygun görülmemektedir (Coleman ve ark. 2012).

Yapılan izlem çalışmalarında cinsel disforinin büyük çoğunlukta devam etmemesi nedeni ile 12 yaş altına müdahale edilmesi önerilmemektedir. Ergenlik döneminde başlayan cinsiyet disforisinin daha yüksek oranda kalıcı olduğu bildirilmiştir ve 12-16 yaş arasında puberte bloke edici hormonların kullanılabileceği ancak ergeni korumak adına tamamen geri dönüşümlü olmayan (kısmi reversibl) karşı cinsiyet hormonlarının verilmesi önerilmemektedir (de Vries ve ark 2006, Cohen-Kettenis ve ark. 2011.). Çocukluk dönemindeki cinsiyet disforisi ile ergenlik ve erişkinlik dönemindeki homoseksüel ve biseksüel yönelim arasında kuvvetli bir ilişki olduğu görülmektedir (Özsungur 2010)

Transseksüalite tanısı alan erişkin bireylerde tedavi yaklaşımı arzu edilen rolde gerçek yaşam deneyimleri, hormon tedavileri ve cerrahi girişimlerden oluşur. Ancak bu bireylerin bir kısmında hem hormon tedavisi hem cerrahi gerekirken bazıları bu tedavilerden sadece biri için başvurabilir ya da bu tedavilerin hiç birine ihtiyaç duymayabilir (Boctking 2008). Takip sürecinde bireylerin bir kısmı cinsiyet değiştirmek istemeyebilir ya da kendi cinsel kimliği ile rahat bir uyum sağlayabilir. Bu nedenle tedavi bireye özgü olmalıdır (Bockting ve ark. 2006). Psikoterapi tedavide bir zorunluluk değildir ve psikoterapi için önerilen minimum görüşme sayısı yoktur. Çünkü ruh sağlığı uzmanları sadece tıbbi müdahaleler öncesinde değil her aşamada birey için önemli bir destek sağlayabilir, hastalar veya psikoterapistler aynı sürede benzer yararlar elde etmeyebilir veya sağlamayabilirler, süre bir engel olarak algılanabilir ve kişisel gelişimi sağlama açısından cesaret kırıcı olabilir (Lev 2009). Psikoterapide amaç; kişinin cinsel kimliğini değiştirmek değil, ruhsal iyilik halini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

Gerçek Yaşam Deneyimleri

“Harry Benjamin Cinsiyet Disforisi Birliği”nin bakım standartlarının altıncı versiyonunda tedavinin temel bileşenlerinden biri gerçek yaşam deneyimleridir ve hormon tedavisine başlanmadan önce 3 aylık, cerrahi öncesi de 12 aylık kesintisiz tam zamanlı gerçek yaşam deneyiminin varlığı gerekli görülmektedir. Gerçek yaşam deneyimi kişinin cinsel kimliği ile ilgili rolü benimsemesi, bu role uygun davranması ve bu cinsiyeti dışarıya göstermesidir. Gerçek yaşam deneyimi ile kişinin kararı, istenilen cinsiyette yaşama kapasitesi ve sosyal, ekonomik, psikolojik desteklerin yeterli olup olmadığı test edilmiş olur (HBIGDA 2001). 2012 yılında yayımlanan 7. versiyonda bu ölçüt yerine sadece metoidoplasti veya falloplasti/vajinoplasti ameliyatları öncesi hormon tedavisi ile birlikte 12 aylık cinsel kimlikle uyumlu cinsel rolde yaşama ölçütü getirilmiştir (Coleman ve ark. 2012).

Hormon Tedavisi

Psikososyal değerlendirme yapıldıktan ve bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra tıbbi veya ruhsal bir kontrendikasyon yoksa hormon tedavisi başlanabilir. Bilgilendirilmiş onam hastaların hormon tedavisinin fiziksel ve psikolojik yarar ve risklerinin yanında psikososyal etkilerini anladıklarını garanti eder.

Hormon tedavisi alan biyolojik erkeklerde beklenen başlıca fiziksel değişiklikler; memelerde büyüme, penis sertliğinde azalma, testis hacminde azalma ve vücut yağlarında kas kitlesine göre artıştır. Biyolojik kadınlarda hormon tedavisi ile beklenen fiziksel değişiklikler ise; sesin derinleşmesi, klitoral büyüme, meme atrofisi, vücut ve yüz kılırlarında artma, adetten kesilme ve kas kitlesine göre yağ kitlesinde azalmadır. Fiziksel değişikliklerin çoğu iki yıllık süre içinde gelişir ve bu değişikliklerin miktarı ve ortaya çıkış zamanı kişiden kişiye farklılık gösterir (Hembree ve ark. 2009).

Kullanılan ilacın dozu, uygulama şekli ve hastanın klinik özelliklerine (yaş, ek tanı, aile öyküsü gibi) göre değişmekle birlikte hormon tedavisi alan biyolojik erkeklerde; venöz tromboemboli, safra taşı oluşumu, karaciğer enzimlerinde yükselme, kilo artışı, hipertrigliseridemi, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, hiperprolaktinemi veya prolaktinoma ve tip II diyabet gibi yan etkiler görülebilenken, testosteron ile tedavi edilen biyolojik kadınlardaki yan etkiler; polisitemi, kilo artışı, akne, androjenik alopesi, uyku apnesi, karaciğer enzimlerinde artış, hiperlipidemi, psikiyatrik bozukluklarda alevlenme, kalp damar hastalığı, hipertansiyon, tip II diyabet riskinde artıştır (Hembree ve ark. 2009).

Cerrahi

Transseksüalite tanısı alan bireylerin bir kısmı cerrahi olmadan cinsel kimlik ve rolleriyle bir uyum sağlasa da birçoğu için cerrahi etkili ve tıbben gereklidir, sıklıkla da son tedavi basamağıdır (Hage ve Karim 2000). Cerrahi girişimler geri dönüşsüz olduğundan genital cerrahi öncesi 12 ay süreyle hormon tedavisi alınmış ve metoidoplasti veya falloplast/vajinoplasti ameliyatları öncesi de bunun yanında 12 aylık cinsel kimlikle uyumlu cinsel rolde yaşanmış olması önerilmektedir. Hasta, yapılacak cerrahi girişimler, uygulanabilecek cerrahi teknikler konusunda bilgilendirilir. Onamın bilgilendirmeden en az 24 saat sonra alınması önerilmektedir (Coleman ve ark. 2012).

Erkekten kadına transseksüellerde (trans kadın) uygulanabilecek cerrahi girişimler; meme cerrahisi (mamoplasti), genital cerrahi (penektomi, orşiektomi, vajinoplasti, klitoroplasti ve vulvoplasti) ve diğer ameliyatları (tyroid kıkırdağın küçültülmesi, yağ alınması, yüz kemiklerinde küçültme, ses değiştirmeye yönelik girişimler gibi) kapsarken, kadından erkeğe transseksüellerde (trans erkek) uygulanabilecek cerrahi girişimler; meme cerrahisi (mastektomi), genital cerrahi (histerektomi, salpingo-ooferektomi, vajinektomi, metoidoplasti veya falloplast, skrotoplasti, üretroplast, testis protezlerinin yerleştirilmesi) ve diğer ameliyatlardan (ses değiştirmeye yönelik girişimler, yağ alınması, pektoral implantlar gibi) oluşur (Coleman ve ark. 2012).

Cerrahi sonrası komplikasyonlar açısından hastaların yaşları için önerilen aralıklarla takipleri yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda cinsiyet değiştirme ameliyatları sonrası memnuniyet %87-97 arasında (Green ve Fleming 1990), ameliyat nedeniyle pişmanlık duyanların oranı ise oldukça düşük (trans kadınlarda %1-1.5, trans erkeklerde ise <%1) saptanmıştır (Pfaefflin 1993).

Yasal Konular

Cinsel kimlik değişimi ile ilgili ilk yasal düzenleme 1988 yılında 3444 sayılı kanun ile Medeni Kanunun 29. maddesine eklenen bir fıkra ile ele alınmıştır. Bu maddeden önce ülkemizde cinsiyet değiştirme ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme bulunmamaktaydı. 1981 yılında bir ses sanatçısının İngiltere’de geçirdiği bir dizi cinsiyet değiştirme ameliyatı sonrası kimlik değiştirme için başvurması üzerine bu konudaki açık ortaya çıkmış ve bu konuda düzenleme yapılması ihtiyacı doğmuştur (Will ve Öztan 1993). Eski Medeni Kanunun 29/II maddesine göre;

“Doğumdan sonra meydana gelen cinsiyet değişikliğinin asgari sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde nüfus sicilinde gerekli düzeltme yapılır. Bu konuda açılacak davalarda cinsiyeti değiştirilen kişi evli ise, eşe de husumet yöneltilir ve aynı mahkeme, varsa ortak çocukların velayetinin kime verileceğini de tayin eder, cinsiyet değişikliği kararının kesinleştiği tarihte, evlilik kendiliğinden son bulur.”

Bu maddede yer alan “asgari sağlık kurulu raporu” oldukça belirsiz bir ifade olarak karışıklıklara yol açıyor ve mahkemeler cinsiyet değişikliğini tanıyan ve onaylayan kurumlar görevini üstlenmiş oluyordu. Yine bu madde ile evli kişiler de cinsiyet değiştirme için başvurabiliyordu (Will ve Öztan 1993). Bu haliyle madde yetersiz, belirsiz ve ihtiyacı gidermekten uzaktı.

2002 yılında 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’nun 40’inci maddesinde cinsiyet değişikliğine dair daha ayrıntılı bir düzenleme yapılmıştır. Bu maddeye göre;

“Cinsiyetini değiştirmek isteyen kimse, şahsen başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini isteyebilir. Ancak, iznin verilebilmesi için, istem sahibinin on sekiz yaşını doldurmuş bulunması ve evli olmaması; ayrıca transseksüel yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğunu ruh sağlığı ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporuyla belgelemesi şarttır. Verilen izne bağlı olarak amaç ve tıbbi yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmi sağlık kurulu raporuyla doğrulanması halinde, mahkemece nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir.”

Yeni düzenlemeyle 18 yaş sınırı getirilmiş, bu koşul ile tıbbi zorunluluğu bulunmayan ya da böyle bir zorunluluğun bulunup bulunmadığı belli olmayan kişilerin cinsiyet değiştirme için başvurmasının önüne geçilmek istenmiştir. Toplumun temeli olan aile kurumunun cinsiyeti belirsiz kişiler nedeniyle sarsılmasını önleme ve cinsiyet değişikliğinin eş ya da çocukların ortak yaşantıları içinde yapılmasının psikolojik ve ahlaki tersliklerinin önüne geçme gerekçesiyle evli olmama koşulu getirilmiştir. Hem ameliyat öncesinde hem sonrasında mahkemeden izin alınması ile bu tür ameliyatların denetimsiz bir şekilde yapılması önlenmek istenmiş ancak ameliyat öncesi alınacak sağlık kurulu raporunda genital cerrahi öncesi “üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun olduğu” ibaresinin zorunlu tutulması (ki tıbben sadece biyolojik olarak üreme yeteneğine sahip olmayan ya da interseks bozukluğu olan kişiler için söylenebilir), maddeye sıkı sıkıya bağlı kalındığında, maddenin uygulama alanını daraltmıştır (Turan Başara 2012).

Yasada herhangi bir süre ölçütü getirilmemiştir ancak ülkemizde genel yaklaşım hastaların en az bir yıl süreyle düzenli aralıklarla psikososyal değerlendirmelerden geçmesi, bu süre içinde gerçek yaşam deneyimlerinin izlenmesi, hekim kontrolünde hormon tedavilerinin başlanması ve son olarak bu süreçleri tamamlayan kişilerde geri dönüşümlü cerrahi prosedürlerin uygulanması şeklindedir (Sungur ve Yalnız 1999).

Cinsiyet değişikliği nüfus siciline işlendikten sonra kişi isim değişikliği için başvurulabilir. Cinsiyet değiştirerek erkek cinsiyete geçen kadın daha ileri yaşta emekliliğe hak kazanır. Cinsiyete değiştirmek için evliliğini bitirmek isteyen transseksüel yapıda kişinin eşi, cinsiyet değişikliği tıbbi bir zorunluluk olduğu için maddi ve manevi tazminat talep edemez ve varsa eğer çocuğun velayeti açısından her iki eş eşit konumdadır (Turan Başara 2012).

Yeni düzenleme ile birçok belirsizlik giderilmiş olmakla birlikte “üreme yeteneğinden sürekli yoksun olma” koşulunun ameliyat öncesi aranması gibi koşullar bu hastalarda zor olan tedavi sürecini daha da çözümsüz kılmaktadır.

Sonuç

Ülkemizde transseksüel bireyler ile yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Zor olan tedavi süreci, bu bireylerin baş etmek zorunda oldukları toplumsal stres faktörleri ile birlikte daha da ağırlaşmaktadır. Tedavi süreci bireye özgü işlemelidir ancak klinik uygulamalar arasındaki farklılıkların giderilmesi açısından standardizasyon şarttır. Medeni kanunda yer alan cinsiyet değiştirme ile ilgili madde oldukça ayrıntılı olmakla birlikte uygulamada güçlükler yol açmaktadır. Bu konuda yeni bir düzenlemeye ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Kaynaklar

- APA (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Auer MK, Fuss J, Höhne N, Stalla GK, Sievers C (2014) Transgender transitioning and change of self-reported sexual orientation. *PLoS One*, 9:e110016.
- Baba T, Endo T, Honma H, Kitajima Y, Hayashi T, Ikeda H et al (2007) Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Hum Reprod*, 22:1011–1016.
- Beemyn G (2013) A presence in the past: a transgender historiography. *J Womens Hist*, 4:113-121.
- Bockting, WO (2008) Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17:211–224.
- Bockting, WO, Knudson G, Goldberg, JM (2006) Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *Int J Transgend*, 9:35-82.
- Bradley SJ, Zucker KJ (1997) Gender identity disorder: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:872-880.
- Canat S, Evrengöl A (1986) Çocuklarda ve ergenlerde atipik cinsel rol davranışı. *Nöroloji, Nöroşirüji, Psikiyatri Dergisi* 3:203-206.
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG (1999) Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res*, 46:315–333.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J et al. (2012) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend*, 13:165-232.
- Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ, B (1993). Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.
- de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA (2006) Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *Int J Transgend*, 9:83–94.
- de Vrie ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA (2010) Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*, 40:930–936.
- Fraser L (2009) Depth psychotherapy with transgender people. *Sex Relation Ther*, 24:126-142.

- Gabbard GO (2009) Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, 4th edition. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Green R (2000) Family cooccurrence of "gender dysphoria": ten sibling or parent-child pairs. Arch Sex Behav, 29:499-507.
- Green R, Fleming D (1990) Transsexual surgery follow-up: status in the 1990s. Annu Rev Sex Res, 1:163-174.
- Hage JJ, Karim RB (2000) Ought GIDNOS get nought? treatment options for nontranssexual gender dysphoria. Plast Reconstr Surg, 105:1222-1227.
- Hare L, Bernard P, Sanchez F, Baird P, Vilain E, Kennedy T, et al. (2009) Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. Biol Psychiatry, 65:93-96.
- HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) (2001) Standards of Care for Gender Identity Disorders, Version 6. Mineapolis, MN, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association .
- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP et al (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab, 94:3132-3154.
- Henningsson S, Westberg L, Nilsson S, Lundström B, Ekselius L, Bodlund O, et al (2005) Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. Psychoneuroendocrinology, 30:657-664.
- Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A (2005) Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. J Psychosom Res, 58:259-261.
- Koroğlu E, Güleç C (2007) Psikiyatri Temel Kitabı, İkinci Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Landen M, Rasmussen P (1997) Gender identity disorder in a girl with autism—a case report. Eur Child Adolesc Psychiatry, 6:170-173.
- Lev AI (2009) The ten tasks of the mental health provider: recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. Int J Transgend, 11:74-99.
- Michel A, Mormont C, Legros JJ (2001) A psycho-endocrinological overview of transsexualism. Eur J Endocrinol, 145:365-376.
- Mukaddes NM (2002) Gender identity problems in autistic children. Child Care Health Dev, 28:529-532.
- Özşungur B (2010). Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler: gözden geçirme. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 17:163-174.
- Öztürk MO, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Pfaefflin F (1993) Regrets after sex reassignment surgery. J Psychol Human Sex, 5:69-85.
- Rameez Z (2008) Schizophrenia and gender identity disorder. Psychiatric Bull, 32:316-317.
- Sadock BJ, Sadock VA (2008) Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 3rd Edition. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins.
- Sungur M, Yalnız Ö (1999) Transseksüalite: ilgili kavramlar ve cinsiyet düzenleme girişimleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 1:49-54.
- Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y (2011) Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. Psychiatry Res, 190:159-162.
- Tokdemir M, İsrar AB, Dülger E, Coşkun A (2009) Gaziantep Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına 2008 yılında başvurmuş ilk cinsiyet değişikliği olgusu. e-Journal of New World Sciences Academy, 4:18-25.
- Turan Başara G (2012) Türk Medeni Kanunu'nun 40'ıncı maddesi kapsamında cinsiyet değişikliği ve hukuki sonuçları. Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 103:245-266.
- Will MR, Öztan B (1993) Hukukun sebebiyet verdiği bir acı: transseksüellerin hukuki durumu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 43:227-268.
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF (1995) A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature, 378:68-70.
- Zucker KJ (2004) Gender identity development and issues. Child Adolesc Psychiatry Clin N Am, 13:551-568.

Necla Keskin, Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana; **Gamze Yapça**, Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana; **Lut Tamam**, Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

Yazışma Adresi/Correspondence: Necla Keskin, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hast. ABD, Adana, Turkey. E-mail: neclakeskin@yahoo.com.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol7/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 10 Ocak/Jan 10, 2015 · **Çevrimiçi yayım/Published online** 8 Şubat/Feb 8, 2015