TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞU BİRİMİNDE İZLENEN TRANS BİREYLERDEKİ PSİKİYATRİK EŞ TANILAR

Dr. Jülin ŞENER

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2022

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR 6

ÇİZELGELER DİZİNİ 7

KISALTMALAR DİZİNİ 8

1.GİRİŞ VE AMAÇ 10

1.1.Giriş 10

1.2.Amaç 11

1.3.Hipotezler 11

2.GENEL BİLGİLER 12

2.1. Terminoloji 12

2.2.Tarihçe ve Sınıflandırma 17

2.2.1.Tarihçe 17

2.2.2.Güncel Klinik Tanımlamalar ve Sınıflandırma 19

2.2.3.DSM 5 Tanı Ölçütleri 20

2.2.4.ICD-10 ve ICD-11 Tanı Ölçütleri 23

2.3.Epidemiyoloji 26

2.4.Etiyoloji 28

2.4.1.Biyolojik Teoriler 28

2.4.2.Psikososyal Teoriler 34

2.5.Cinsiyet Hoşnutsuzluğunda Ruhsal Sorunlara Yaklaşım 36

2.5.1.Psikiyatrik Eş Tanılar 47

2.5.2.Eş Tanı Modelleri 50

2.5.3.Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Olan Bireylerle Çalışan
Ruh Sağlığı Çalışanlarının Görevleri 55
2.6.Cinsiyet Hoşnutsuzluğu ve Otizm Spektrum Bozuklukları İlişkisi 60
3.GEREÇ VE YÖNTEM 67
3.1.Örneklem 67
3.2.Veri Toplama Araçları 68
3.2.1.DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) 68
3.2.2. DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme. (SCID-5-PD) 70
3.2.3.SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama testi 71
3.2.4.Otizm Spektrum Anketi 71
3.2.5.Empati Ölçeği (Cambridge Davranış Ölçeği) 72
3.2.6.Sistemizasyon Ölçeği (Cambridge Kişilik Ölçeği) 73
3.2.7.Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri 73
3.3.Veri Analizi 74
4.BULGULAR 75
4.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri 75
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi 87
4.3.Katılımcıların DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ve Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Sonuçları 80
4.4. Katılımcıların SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği Sonuçları ve Cinsiyet Kimliğine göre Kıyaslaması 85
4.5. Katılımcıların Otizm Spektrum Anketi, Empati Ölçeği ve Sistemizasyon Ölçeği Puanları ve Cinsiyet Kimliğine göre Kıyaslaması 88

4.6. Katılımcıların Kendine Zarar Verici Davranış, Şimdi ve Geçmişte olan Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişimi Varlığına göre ve Cinsiyet Kimliklerine göre İncelenmesi 89

4.7. Katılımcıların Şimdiki Eksen 1 Tanılarının Cinsiyet Olumlayıcı Hormon Tedavisiyle İlişkisi 91

4.8. Katılımcıların Şimdiki Eksen 1 Tanılarının Cerrahi ile İlişkisi 94

4.9. Katılımcıların Şimdiki Eksen 1 Tanılarının Aile Desteğiyle İlişkisi 95

5.TARTIŞMA 97

5.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliğine göre İncelenmesi 97

5.2. Katılımcıların Eksen 1 Tanılarına Göre İncelenmesi 99

5.3. Katılımcıların Eksen 2 Tanılarına Göre İncelenmesi 103

5.4. Katılımcıların SCL-90-R Sonuçlarının İncelenmesi 105

5.5. Katılımcıların OSA,EÖ ve SÖ Sonuçlarının İncelenmesi 105

5.6. Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışı, Şimdiki ve Geçmiş Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişimi Açısından İncelenmesi 107

5.7. Katılımcıların Cinsiyet Olumlayıcı Tedaviler ve Eş Tanı Oranları Açısından İncelenmesi 108

5.8. Katılımcıların Aile Desteği ve Eş Tanı Oranları Açısından İncelenmesi 108

6.SONUÇ VE ÖNERİLER 109

6.1.Sonuçlar 109

6.2.Öneriler 110

7.ÖZET 111

8.İNGİLİZCE ÖZET 112

9.EKLER 113

10.KAYNAKLAR 135

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Eğitim hayatım boyunca bana katkılarını saymakla bitiremeyeceğim, kendisinden çok şey öğrendiğim, her zaman değerli desteğini hissettiğim, kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Aslıhan POLAT'a,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim, üzerimde sonsuz emekleri olan değerli ve bir o kadar da saygıdeğer hocalarım Prof.Dr. Mustafa YILDIZ'a, Prof.Dr. Cem CERİT'e, Doç.Dr.Elif TATLIDİL YAYLACI'ya ve Öğr.Gör.Uzm.Dr. Bahadır GENİŞ'e,

Eğitimim boyunca birlikte çalıştığım, tanımaktan mutluluk duyduğum, güzel dostluklar kurduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalıştığım, bana çok yardımları dokunan tüm hemşire, sekreter, psikolog, güvenlik ve personelimize,

Beni her zaman destekleyen ve her daim sevgilerini hissettiğim eşime, anneme ve babama,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Jülin Şener

Kocaeli 2022

ÇİZELGELER DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 3: Şimdiki Eksen 1 Patolojilerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 4: Geçirilmiş Eksen 1 Patolojilerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 5:SCL-90-R Sonuçlarının Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 6: OSA,EÖ ve SÖ Sonuçlarının Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 7: Kendine zarar verici davranış, Şimdiki ve Geçmiş Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişiminin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 8: Cinsiyet Olumlayıcı Hormon Kullanımı ve Şimdiki Eksen 1 Patolojilerinin İncelenmesi

Tablo 9: Aile desteği ve Şimdiki Eksen 1 Patolojilerinin İncelenmesi

KISALTMALAR DİZİNİ

AKB: Alkol kullanım bozukluğu

CDK:Cinsiyet düzenleme kongresi

DEHB:Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manualof Mental Disorders)

EÖ:Empati Ölçeği

GSO:Genel belirti düzeyi

ICD: Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)

KAH:Konjenital Adrenal Hiperplazi

LGBTİ: Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks

MDB: Major depresif bozukluk

OSA:Otizm spektrum anketi

OSB:Otizm spektrum bozuklukları

OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKKB:Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

PB:Panik Bozukluk

SÖ:Sistemizasyon ölçeği

SCID-5-CV: DSM-5 için yapılandırımış klinik görüşme

SCID-5-PD:DSM-5.kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

KB:Kişilik bozukluğu

MKB:Madde kullanım bozukluğu

TE:Trans erkek

TK:Trans kadın

TKB:Toplumsal Kaygı Bozukluğu

TSSB:Travma sonrası stres bozukluğu

WPATH: Dünya Transgender Sağlığı Meslek Birliği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YAB:Yaygın anksiyete bozukluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Cinsiyet kimliği ve bedensel cinsiyeti örtüşmeyen kişilerin bedensel cinsiyetin özelliklerinden ve bu cinsiyetle ilişkili cinsiyet rolüyle ilgili beklentilerden duyduğu rahatsızlık cinsiyetinden hoşnutsuzluk olarak adlandırılır. Doğduğu cinsiyetten farklı cinsiyetin özelliklerine sahip olmak isteyen, karşı cinse özdeşimi olan bireylere 'Transseksüel' denilmektedir. 'Transgender', cinsiyet kimliği ve bedensel cinsiyet arasındaki örtüşmenin büyük bir değişkenlik gösterebilen spektrumunu ifade eden ve transseksüaliteyi de içeren, bir şemsiye kavramdır. Transseksüellik bugün ruhsal hastalık sınıflandırmalarında, Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) başlığı altında yer almaktadır.

Trans bireylerin maruz kaldıkları ayrımcılık, damgalanma, ötekileştirme, transfobi gibi distal stres faktörleri ve içselleştirilmiş transfobi, reddedilme ve ayrımcılık beklentileri gibi proksimal stres faktörleri ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun oluşturduğu sıkıntı uzun süre ve yoğun şekilde devam ederse psikiyatrik eş tanı gelişimine zemin hazırlar. Özellikle ikincil seks karakterlerinin belirginleşmeye başladığı ergenlik dönemlerinde trans bireyler, yaşadıkları cinsiyet hoşnutsuzluğunun ve kendisinden beklenilen cinsiyet rollerinin yarattığı stres ile baş edebilmek ayrıca transfobi ve toplumsal önyargılarla başa çıkabilmek ve sağlıklı bir kendilik algısı geliştirebilmek için desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. İhtiyaç duydukları desteği ailelerinden ve sosyal çevrelerinden sağlayamayan bireylerin ruh sağlıkları bu durumdan olumsuz etkilenmektedir.

Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cinsiyet Hoşnutsuzluğu biriminde izlenmekte olan ve geçiş süreci için başvurmuş olan trans bireylerdeki eş tanılar ve eş tanı oranları ile bunların doğumda atanan cinsiyete göre, tedavinin hangi aşamasında olduğuna göre, aile desteğinin varlığına göre ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun başlangıcından tedavi için başvuru tarihine kadar geçen süreye göre farklılıklarının kıyaslanması amaçlanmıştır.

1.2 Amaç

Bu çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cinsiyet Hoşnutsuzluğu biriminde izlenmekte olan, cinsiyet geçiş sürecinin farklı aşamalarında olan trans bireyler katılmıştır ve katılımcıların, yapılandırılmış klinik görüşmelerle şimdiki olan ve hayat boyu olan psikiyatrik eş tanılarının ve oranlarının belirlenmesi, ayrıca yapılan ölçeklerle Otistik belirtilerin taranması, kendine zarar verici davranışların belirlenmesi ve bu verilerin, doğumda atanan cinsiyete göre, tedavinin hangi aşamasında olduğuna göre, aile desteğine göre ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun başlangıcından tedavi için başvuru tarihine kadar geçen süreye göre kıyaslanması amaçlanmıştır. Elde edilen verilerle trans bireylerin ruh sağlığı sorunlarını ve bunlarla ilişkili etmenleri daha iyi anlamamıza katkıda bulunması ve daha iyi ruh sağlığı hizmeti sağlamak konusunda fikir vermesi hedeflenmiştir.

1.3 Hipotezler

Bu çalışmada trans bireylerde psikiyatrik eş tanılar ve ilişkili etmenler araştırılmak istenmiş ve bu bağlamda;

- Depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi stresle ilişkili psikiyatrik eş tanıların daha yaygın olacağı
- Ciddi ruhsal bozuklukların yaygın olmayacağı
- Küçük yaşlardan beri azınlık stresine maruz kalmayla ilişkili olarak kişilik bozukluğu tanılarının yaygın olabileceği
- Psikiyatrik eş tanı oranlarının doğumda atanan cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermeyeceği
- Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi görmekte olan bireylerde psikiyatrik eş tanı oranlarının azalacağı
- Aile desteği iyi olan bireylerde eş tanı oranlarının azalacağı
- Bazı Otistik belirtilerin oranlarının yüksek gelebileceği ancak klinik açıdan Otizm Spektrum bozukluğu tanısını karşılamayacağı

- Kendine zarar verici davranış, intihar düşüncesi ve intihar girişimi yaygınlığının artmış olabileceği ancak bunların kendini kabullenme ve cinsiyet olumlayıcı tedaviler sonrası azalacağı düşünülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Terminoloji

Bedensel cinsiyet (*sex*): Cinsiyet kromozomları üzerinde taşınan genlerin ifadesiyle doğum öncesi bir farklılaşma süreci başlar.[1] Genotipik cinsiyet; kişinin genetik yapısının ve kromozom dağılımının, yani XX veya XY oluşunun, hangi cinsiyetten olduğu anlamına gelmektedir. Bu durum, anne karnında bebeğin iç ve dış üreme organlarının erkek veya kadın şeklinde gelişimiyle ilerler. Ergenlik sürecinde hormonların etkisiyle ikincil cinsiyet karakterlerinin (meme gelişimi, vücut kas ve yağ dağılımı, yüz ve beden tüylenmesi, ses değişimi ve cilt özellikleri) gelişimiyle devam eder.[2] Böylece genotipik cinsiyet, genetik, hormonal ve biyokimyasal etkenler doğrultusunda ifade bulan anatomik ve fizyolojik cinsiyete özgü özelliklere zemin hazırlar, buna fenotipik cinsiyet denir.[1] Bunların tümü birlikte bedensel cinsiyeti (*sex*) oluşturmaktadır.

Doğumda atanan cinsiyet: Kişinin doğumda dış genital organına göre belirlenen, fenotipik özelliklerine bakılarak atanan, biyolojik cinsiyetidir.[2]

Cinsiyet Gelişim Bozukluğu veya İnterseks: Kişinin gonadal, kromozomal cinsiyeti ile dış genital organlarının görünümünün doğuştan uyuşmamasıdır. Genelde hormon üretimi veya aktivitesindeki bir bozukluğa bağlı gelişirler. Örneğin; konjenital adrenal hiperplazi, Androjen duyarsızlık sendromları, Turner Sendromu cinsiyet gelişim bozukluklarından

bazılarıdır.[8] Bu durumun bir biyolojik çeşitlilik olduğunu savunan bireyler, bu terimdeki bozukluk ifadesine karşı çıkmakta ve interseks veya interseksüalite terimlerini tercih etmektedirler.[10]

Toplumsal cinsiyet (*gender*): Doğuştan olmayan, sosyal ve kültürel özelliklerle biçim bulan ve her toplumun kendine özgü bir şekilde erkek veya kadına uygun gördüğü görünüm, giyim, davranış, tutum, ilişkilenme biçimi ve atıflardır.[2]Toplumun, kadın ve erkek olmaya yüklediği anlamları ve rol beklentilerini içerir . Giyinme ve süslenme tarzı, saçı, kullandığı jest, mimikler,beden dili, konuşması,duygularını ifade edişi, ilgi alanları ve uğraşılarına göre kişiler erkeksi veya kadınsı olarak değerlendirilebilirler, bu duruma John Money 1950'lerde **cinsiyet rolü** ismini vermiştir.[7] Aslında her bireyde her iki cinsiyet rolüne ait özellikler birlikte bulunur ve biri daha baskın olabilir.[6] Cinsiyet rolüyle ilgili beklentiler toplumdan topluma, zamanla, kültürle ve coğrafyayla değişebileceği gibi, aynı toplumun içinde bireysel değişkenlik de gösterebilir.[2] Ayrıca bu özellikler, cinsel yönelimle doğrudan ilişkili değildir yani kişinin erkeksi ya da kadınsı olmasından, cinsel yönelimiyle ilgili bir sonuca varılamaz.[1]

Cinsiyet kimliği (*gender identity*): Kişinin kendi bedenini ve benliğini belli bir cinsiyet içinde algılayışı ve kabullenişidir.[3] İkili cinsiyet sistemine göre (*binary*) erkek veya kadın olarak tanımlanabilirken, akışkan cinsiyet, *gender-queer*, cinsiyetsiz, ikili olmayan cinsiyet (*non-binary*) olarak da tanımlanabilir. Cinsiyet kimliğiyle cinsiyet rolü ve ifadesi uyumlu olmak zorunda değildir.[4]

Cinsiyet kimliği genellikle bedensel cinsiyetle örtüşmektedir ve bu duruma **"*Cisgender*"** denir. Bedensel cinsiyetle cinsiyet kimliğinin örtüşmediği duruma **"*Transgender*"** denmektedir . Tam olarak doğumda atanan cinsiyetinin aksi cinsiyette kendini tanımlayan bireylere **"Transseksüel"** denir; örneğin doğumda atanan cinsiyeti erkek olup, kendini kadın olarak tanımlayan bireylere **"trans kadın"**, doğumda atanan cinsiyeti kadın olup kendini erkek olarak tanımlayan bireylere **"trans erkek"** denir.[2] Transgender terimi ise geniş çeşitlilik içerir ve bu yelpaze; Transeksüelleri, "*genderqueer*" olarak bilinen kendisini cinsiyetler arasında, her iki cinsiyetten veya cinsiyetsiz olarak tanımlayan bireyleri, "*cross-*

dresser" olarak bilinen, diğer cinsiyete özgü kabul edilen kıyafetler giyen ama cinsiyet kimliği doğumda atanan cinsiyetiyle örtüşen bireyleri de içerir.[5]

Trans bireyler, bedensel cinsiyeti nedenli sahip olduğu cinsel organlardan, ikincil cinsiyet özelliklerinden, menstruasyon, ejakülasyon gibi fizyolojik süreçlerden rahatsız olabilir, cinsiyet kimliğiyle uyumlu giyinmek, davranmak, cinsiyet kimliğiyle yer alabildikleri ilişkiler yaşamak isteyebilirler ve bedensel cinsiyeti cinsiyet kimliğiyle uyumlu olmadığı için bazı trans bireyler, hormonal ve cerrahi yöntemlerle, cinsiyet değişikliği sürecine yönelebilirler.[6] Ancak trans bireylerin tam olarak karşı cinsin bedensel özelliklerine sahip olmayı isteyeceklerini düşünmek de hatalı olacaktır, çünkü her bireyin erkek ve kadın bedeni üzerine algısı farklı olabilmektedir.[7]

İkili (binary) cinsiyet sistemi: Birçok toplumda hakim olan, cinselliğin sadece üreme amacı olduğu ve bu nedenle de sadece kadın ve erkek olarak iki kategoriyle sınırlı olan cinsiyet anlayışıdır. Bu anlayış, bireyin doğumda atanan cinsiyetinin hayatı boyunca deneyimleyeceği cinsiyet olduğunu kabul eder.[11]

Oysa ki, insanlar cinsellik açısından, cinsel olarak kendini tanımlayış biçimleri veya tanımlamamaları açısından çeşitlilik göstermektedirler.[11] Kendini ikili cinsiyet sisteminin dışında yani erkek veya kadın kategorisi dışında tanımlayan kişiler, **ikili olmayan cinsiyet (Non-binary)** olarak adlandırılırlar.[2]

Genderqueer: Cinsiyet kimliğini ikili cinsiyet sistemi dışında tanımlayan veya kendini herhangi bir cinsiyete ait tanımlamayan kişilerdir. Kendini hem kadın hem erkek olarak (bigender, pangender, androgyne), üçüncü bir cinsiyetten olarak, cinsiyetler arası gidip gelen kişiler olarak (genderfluid) veya her iki cinsiyete de ait olmayarak (genderless, gender neutral, neutrois, agender) tanımlayabilir.[12]

Cinsiyet akışkanlığı (Gender Fluidity): Kişinin farklı zamanlarda farklı cinsiyet kimliği veya cinsel yönelim özellikleri göstermesidir.[2]

Cinsiyet hoşnutsuzluğu (Gender dysphoria): Cinsiyet kimliği ile doğumda atanan cinsiyeti örtüşmeyen kişilerin, bedensel cinsiyet özelliklerinden ve bu cinsiyetle ilgili cinsiyet rolü beklentilerinden rahatsızlık duymasıdır.[1] Çoğu transgender birey, cinsiyet kimlikleri, ifadesi veya rollerinin, doğumda atanan cinsiyetiyle uyumsuz olmasına bağlı sıkıntı yaşayabilir ancak bazıları cinsiyet hoşnutsuzluğu tanısını karşılayacak şekilde yoğun ruhsal sıkıntı deneyimlerler.[13]Cinsiyet hoşnutsuzluğu diyebilmemiz için, cinsiyet kimliği ile doğumda atanan cinsiyet uyumsuzluğunun, klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden oluyor olması gerekir.[14]

Cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireyin, deneyimlediği cinsiyetle uyumlu bedensel ve sosyal özellikler edinmesine **cinsiyet geçiş süreci** denir. Bu süreçteki bireylere, psikiyatrik değerlendirme, psikososyal destek, cinsiyet olumlayıcı hormon ve cerrahi tedavilerle tıbbi destek sağlanır.[11]

Cinsiyet ifadesi: Kişinin cinsiyet kimliğinin, dış görünümü, kıyafetleri, davranışlarıyla dışa vurum şeklidir ve cinsiyet kimliğiyle uyumlu olabilir veya olmayabilir.[12]

Cinsiyet uyumsuzluğu (gender noncormity): Kişinin cinsiyet rolü veya ifadesinin bedensel cinsiyetine dayanan kültürel normlardan farklılık göstermesidir. Cinsiyet hoşnutsuzluğu ile aynı anlamı ifade etmemektedir, cinsiyet uyumsuzluğu olan bireylerin sadece bazıları hayatlarında bir dönem cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayabilirler.[10] Cinsiyet uyumsuzluğu cinsiyet kimliği bedensel cinsiyetle uyumlu olsa da gözlenebilir.[1]

Cinsel Yönelim: Kişinin cinsel ve duygusal ilgisini hangi cinsiyete yönelttiğidir. Kişinin kendi cinsiyetine yönelikse homoseksüel (eşcinsel), karşı cinsiyete yönelikse heteroseksüel, her iki cinsiyete yönelikse biseksüel veya cinsel yönelimi ikili cinsiyet sisteminin dışında tarif edenler panseksüel olarak tanımlanır. Cinsel yönelim, cinsiyet kimliğini etkilemez ve trans bireyler yönelimlerine göre heteroseksüel, homoseksüel veya biseksüel olabilirler.[6,11] Cinsel yönelim kişinin duygularıyla ilişkili olup, davranışa yansıması

gerekmez yani örneğin bireyin eşcinsel yönelimi olduğuna, eşcinsel ilişki deneyimine göre karar verilemez. Toplumda eşcinsel cinsel deneyime, eşcinsel yönelimden daha sık karşılaşılır, ayrıca eşcinsel yönelimi olan bireylerin de heteroseksüel cinsel davranışları olabilir.[6] Cinsel yönelim, kesitsel değil, genel olarak kişinin cinsel ilgisini anlatır.[1]

Karşıt giyinme (Cross-dressing) veya Transvestizm: Karşı cinsin kıyafetini giyerek ve dış görünümüne bürünerek erotik uyarılma sağlayan ancak bedensel cinsiyetinden hoşnutsuzluğu olmayan ve karşı cinsten biriymiş gibi davranılmasını, kabul görmesini istemeyen bireyler için kullanılan tanımdır.[9] Cinsiyet kimliği ile ilişkili değildir ve cinsel yönelimi her iki cinsiyete de olabilir.[7]

Transfobi: Normatif cinsiyetlerin dışındaki cinsiyet kimliği veya ifadesi olan bireylerin reddedilmesi, kabul görmemesi, korku, tiksinti, öfke duyulması ve önyargıyla yaklaşılmasıdır.[11] Trans karşıtı önyargı, ayrımcı davranışlardan, taciz ve şiddete kadar varabilir. Trans bireylerin kendi cinsiyet kimlikleri ve kendileri hakkında böyle olumsuz düşüncelere sahip olmalarına ise **içselleştirilmiş transfobi** denir.[12]

Homofobi:Eşcinsellikle ilgili korku, tiksinti, öfke duyulması, eşcinsel bireylere önyargıyla yaklaşılması ve olumsuz tutum sergilenmesidir.[11]

2.2 Tarihçe ve Sınıflandırma

2.2.1. Tarihçe

Cinsiyet değiştirme kavramı antik çağlara kadar dayanır ve transeksüalite tarihinin insanlık tarihi kadar eski olabileceği düşünülmektedir.[15] Transseksüalizm ile ilgili tıbbi teoriler ise 19. yüzyılda başlamıştır.[5]

Alman hekim Carl Westphal "karşı cinsel öz farkındalık" terimini kullanmış ve karşıt giyinme ile, biyolojik cinsiyetiyle aynı cinsiyete cinsel yönelimi olanları birlikte ele almıştır.[16]

1860'larda Karl Urlichs homoseksüelleri, beyni bir cinsiyete, bedeni ise başka bir cinsiyete ait kişiler olarak görmüş ve üçüncü bir cinsiyet şeklinde açıklamıştır. Ulrichs'in fikirleri, cinsiyet duygularının cinsel organlarda değil, beyinde olmasının altını çizmesi açısından ve cinsiyet çeşitliliğini vurgulaması açısından önemlidir.[17]

1877 yılında, Avusturya'lı psikiyatrist Richard von Krafft-Ebing "Psychopathia Sexualis" isimli, içinde 200'den fazla, psikiyatrik anomaliler olarak değerlendirdiği olgu sunumları içeren eserini yayımlamış ve "Metamorphosis sexualis paranoica" ismini verdiği ve karşı cinsiyetten olma sanrısı anlamına gelen durum da, bu eserinde anlatılmış.[18] Eserde sözü geçen Sandor isimli, ki günümüzde trans erkek olarak değerlendirilebilecek bu olguda, Krafft-Ebing, kadınları çok arzuladığı için tek şansı kendini bir erkek gibi betimlemek olan bir kadın olarak değerlendirmiş ve "gynandry" olarak tanımlamış. Krafft-Ebing transseksüelliği, homoseksüelitenin bir uzantısı gibi değerlendirmiş ve bir psikiyatrik hastalık olarak görmüştür.[19] Günümüzde bu tanımlama geçerli olmamakla birlikte, tarihi bağlamda klinik olarak transseksüalite hakkında yazan ilk hekimlerdendir.

Krafft-Ebing'in aksine Magnus Hirschfield ise Transseksüaliteyi normal biyolojinin bir parçası olarak görmüştür. 1910 yılında, "Die Transvestiten" isimli yazısında "transvestism" terimini kullanmış ve homoseksüellik ile farklarını yazmıştır. 1923 yılında ise

"Transseksüalism" terimini ilk kez kullanmıştır.[15] Hirschfield'in trans bireyleri tanımlamak için kullandığı "arada bir cinsiyet" teorisi, cinsiyet ve cinselliği bir yelpazeye yaymıştır. Hirschfield, "İnsanoğlu kadın veya erkek değil, hem kadın hem erkektir" şeklinde yazmış ve her bireyde değişik oranlarda erkeksi ve kadınsı özelliklerin karışımı bulunduğunu savunmuştur.[16,19] Ayrıca cinsiyeti yeniden atama cerrahi tedavilerini desteklemiş ve Lili Elbe'nin ilk genital cerrahisiyle, Dorchen Richter'e uygulanan ve ilk kez kayıtlara geçen cinsiyeti yeniden atama cerrahisine katılmıştır.[18]

20. yüzyılın ikinci yarısında transseksüalite kavramının popülerliği artmış ve birçok üniversitede cinsiyet kimliği klinikleri kurulmaya başlamıştır. 1930'lu yıllarda hormon kullanımı daha ulaşılabilir hale gelmiştir. 1952 yılında Kopenhag'da, Danimarka'lı doktor Christian Hamburger tarafından Amerikalı George Jorgensen'e cinsiyeti yeniden atama cerrahisi yapılmış ve "Christine" ismini almıştır. "Christine Ameliyatı" olarak adlandırılan bu ameliyatın yayınlanmasının dünya çapında etkisi olmuştur.[16]

1950'lerde John Money ve arkadaşları, interseks vakaları inceledikleri makalelerinde, bireyin cinsiyet rolünü en güvenilir yordayıcı etmenin, atanan cinsiyeti olduğunu düşünmüş ve cinsiyet kimliği ve rolünün, davranışsal ve uyumsal bir zeminde şekil bulduğunu, ilk 18 ayda bireyin cinsiyet kimliğinin şekillendiğini ve bundan sonra değişim göstermediğini belirtmişlerdir. Bu nedenle kuşkulu genitalyaya sahip interseks bebeklerin ameliyat edilmesi ve ailenin çocuğu, hekimlerin atadığı cinsiyet yönünde yetiştirmesini önermişlerdir. Cinsiyet kimliği yönündeki bu görüşleri geçerliliğini sürdürmese de, cinsiyet kimliği, cinsiyet rolü ve cinsel yönelim gibi terimlerin öncüllerini kullanmışlardır.[16]

Harry Benjamin'in transgender sağlığı tarihinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Geçmişte psikoterapinin trans bireylerde yegane tedavi olduğu görüşünün aksine Benjamin, psikoterapinin yararlı olduğunu ancak hormon veya cerrahi gibi medikal tedavilerle kombine edilmesi gerektiği, aksi takdirde etkisinin olmayacağını belirtmiştir.[20] Benjamin aynı zamanda transseksüel terimini popüler hale getirmiş ve trans bireyler üzerine olan çalışmalarını

"Transseksüel fenomen" olarak adlandırmıştır.[19] Klinik bir tanımlama yapması, tedavi aşamalarını ve kriterlerini yapılandırması ve bunlarda bir standardizasyon sağlaması önemli katkılarıdır. 1960'lardan itibaren uygunsuz kabul edilebilecek birçok cerrahi gerçekleştirilmiştir, bu nedenle ilk uluslararası profesyonel organizasyon Harry Benjamin Uluslararası Cinsiyet Disforisi Birliği (HBIGDA) kurulmuş ve 1979'da Harry Benjamin Cinsiyet Disforisi Birliği Bakım Standartları (HBIGDA's Standarts of care) adında tedavi prensipleri yayınlanmıştır. Bu organizasyonun adı 2009 yılında Dünya Transgender Sağlığı Profesyonel Birliği (WPATH) olarak değiştirilmiştir.[2]

2.2.2. Güncel Klinik Tanımlamalar ve Sınıflandırma:

Amerikan Psikiyatri Birliği ilk kez 1980'de DSM-3'e Transseksüalizm tanısını eklemiştir. Ancak Trans bireyler arasında cinsiyet kimliklerinin bir bozukluk gibi sınıflandırılmış oluşu tartışmalara yol açtı. Hem geçiş sürecindeki tıbbi müdahaleler için hem de trans bireylerin sağlık sistemlerine kolaylıkla ulaşımı için tanı sistemlerinde mevcut bir tanıya gerek duyulmakta ancak kullanılan dilin damgalayıcı olmamasına özen gösterilmesi gerekmekteydi.1994 yılında DSM-4'te tanı, Cinsel kimlik bozukluğu olarak değiştirildi. Günümüzde kullanılan tanı sistemi DSM-5 ise 2013 yılında yayımlandı ve artık Cinsiyet disforisi tanısı tercih edildi. Böylece tanı, cinsiyet kimliğine değil, bu kimliğe sahip olmayla ilişkili yaşanan zorluklara karşılık gelecek şekilde değiştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmalarından günümüzde kullanılan ve 2019'da yayımlanan ICD-11'de ise bu durum ruhsal bozuklukların dışında, cinsel sağlıkla ilgili durumlar başlığı altında, Cinsiyet uyumsuzluğu tanısıyla yer bulmuştur.[11]

DSM-4'te cinsel kimlik bozukluğu tanısı koymak için karşı cinsiyetle sürekli ve güçlü özdeşim kurma gerekli görülürken, DSM-5'te bu koşul kaldırılmış ve cinsiyetinden hoşnutsuzluk tanımı sadece transseksüel bireyleri değil, transgender bireyleri içerecek şekilde genişletilmiştir. Ayrıca parafili tanımından ayrılarak sınıflandırılmıştır. DSM-5 ile cinsel yönelimin belirtilmesi kaldırılmış, geçiş süreci tamamlanmışsa belirtilmesi istenmiştir.

Cinsiyetinden hoşnutsuzluk tanısı erişkinlik ve ergenlik ile çocukluk dönemi tanı kriterleri ayrılmıştır. Çocukluk dönemi tanı kriterleri gelişimsel özellikler göz önünde bulundurularak ve daha katı olacak şekilde yenilenmiştir.

2.2.3. DSM 5 Tanı Ölçütleri

Çocuklarda Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) 302.6 (F64.2)

A.Aşağıdakilerden en az altısının olması ile kendini gösteren (bunlardan biri A1 tanı ölçütü olmalıdır), en az altı ay süreyle, kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyetle, onun için belirlenen cinsiyet arasında belirgin bir uyuşmazlık olması:

1. Karşı cinsten olmayı çok isteme ya da karşı cinsten (ya da onun için belirlenen cinsiyetten değişik bir seçenekten) olduğu konusunda diretme.
2. Erkeklerde (belirlenen cinsiyet), karşı cinsin giysilerini giymek isteme ya da kadınsı giyim kuşama ileri derecede öykünme vardır; kızlarda (belirlenen cinsiyet), yalnızca erkeksi giysiler giymek isteme ve kadınsı giymeme konusunda çok diretme vardır.
3. İmgesel ya da düşlemsel oyunlarda, karşı cinsin yerine geçmeyi çok ister.
4. Genelde karşı cinsin oynadığı oyuncakları, oyunları ya da etkinlikleri oynamayı çok ister.
5. Oyun arkadaşlarını karşı cinsten seçmeyi çok ister.
6. Erkeklerde (belirlenen cinsiyet), erkeksi oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere karşı çıkma ve itiş-kakış oyunlarından belirgin kaçınma vardır; kızlarda (belirlenen cinsiyet) kızların oynadığı oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere belirgin karşı çıkma vardır.
7. Cinsel anatomisinden hiç hoşlanmama.
8. Kişinin yaşadığı cinsiyetle eşleşen birincil ve/ya da ikincil cinsel özellikleri çok isteme.

B.Bu duruma klinik açıdan belirgin bir sıkıntı eşlik eder ya da bu durum toplumsal işlevsellikte, okulda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşme ile gider.

Varsa belirtiniz:

Cinsel gelişim bozukluğu ile giden (örn.255.2 (E25.0) doğuştan gelen adrenal hiperplazi ya da 259.50 (E34.50) androjen duyarsızlık sendromu gibi doğuştan gelen bir androgenital bozukluk).

Kodlama notu: Cinsiyetinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) yanı sıra cinsel gelişim bozukluğu da kodlayın.[21]

Gençlerde ve Erişkinlerde Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) 302.85 (F64.1)

A. Aşağıdakilerden en az ikisinin olması ile kendini gösteren, en az altı ay süreyle, kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyetle, onun için belirlenen cinsiyet arasında belirgin bir uyuşmazlık olması:
    1. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyetle, birincil ve/ya da ikincil cinsel özellikleri (ya da genç ergenlerde beklenen ikincil cinsel özellikler) arasında belirgin uyuşmazlık olması.
    2. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyetle arasında belirgin uyuşmazlık olduğu için birincil ve/ ya da ikincil cinsel özelliklerinden kurtulmayı çok isteme (ya da genç ergenlerde, beklenen ikincil cinsel özelliklerin gelişmesini önlemeyi isteme).
    3. Diğer cinsin birincil ve/ ya da ikincil cinsel özelliklerini çok isteme.
    4. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsiyetten değişik bir seçenekten) olmayı çok isteme.
    5. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsiyetten değişik bir seçenekten) gibiymiş gibi davranılmayı çok isteme.

6. Diğer cinse (ya da onun için belirlenen cinsiyetten değişik bir seçeneğe) özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna çok inanma.

B.Bu duruma klinik açıdan belirgin bir sıkıntı eşlik eder ya da bu durum toplumsal, işle ilgili işlevsellikte ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşme ile gider.

Varsa belirtiniz:

Cinsel gelişim bozukluğu ile giden (örn.255.2 (E25.0) doğuştan gelen adrenal hiperplazi ya da 259.50 (E34.50) androjen duyarsızlık sendromu gibi doğuştan gelen bir androgenital bozukluk).

Kodlama notu: Cinsiyetinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) yanı sıra cinsel gelişim bozukluğu da kodlayın.

Varsa belirtiniz:

Geçiş sonrası: Kişi, istediği kimliğe, onu tam zamanlı olarak yaşayarak geçmiştir (cinsiyet değişikliği yasallaşmış olsun ya da olmasın) ve karşı cinse geçmek için yapılan tıbbi girişimlerden ya da tedavilerden en az biri uygulanmıştır (ya da uygulanması için hazırlık yapılmaktadır) – karşı cins hormonları tedavisi ya da istenen cinsel kimlik doğrultusunda cinsel kimlik belirlenmesi için cerrahi girişim (örn. Penektomi, doğuştan erkek olana vajinoplasti; doğuştan kadın olana mastektomi ya da falloplasti).[21]

Tanımlanmış Diğer Bir Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Durumu 302.6 (F64.8)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, cinsiyetinden yakınmanın

(hoşnut olmamanın) belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) durumu kategorisi, cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmamanın) ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, "tanımlanmış diğer bir cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) durumu" diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. "kısa süreli olarak cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama)").

"Tanımlanmış diğer" adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için bir örnek şudur:

O sıradaki bozukluk, cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) için tanı ölçütlerini karşılamaktadır ancak süresi altı aydan daha kısadır.[21]

Tanımlanmamış Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Durumu 302.6 (F64.9)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, cinsiyetinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) durumu kategorisi, cinsiyetinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.[21]

2.2.4. ICD-10 ve ICD-11 Tanı Ölçütleri

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatiksel Sınıflamasına bakacak olursak, ICD-10'da Cinsel kimlik bozuklukları (F64) kategorisinde beş tanı bulunur. Bunlar;

transseksüalizm (F64.0), iki yönlü karşıt giysicilik (F64.1),çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu (F64.2),başka cinsel kimlik bozuklukları (F64.3) ve cinsel kimlik bozukluğu, belirlenmemiştir (F64.4).[5]

ICD-10'da Transseksüalizm (F 64.0); en az 2 yıl boyunca sürekli olarak, karşı cinsiyetten biri olarak kabul edilme ve yaşama isteği, bedensel cinsiyetinden rahatsız olma, bedenini deneyimlediği cinsiyete uygun hale getirmek için hormon ve cerrahi tedavi görme isteği olarak tanımlanmaktaydı. ICD-10'da çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu (F 64.2); erken çocukluk döneminden itibaren bedensel cinsiyetinden inatçı şekilde rahatsız olma, karşı cinsiyetten olduğuna ısrar etme ve karşı cinsiyetten olmaya özlem duyma olarak tanımlanmaktaydı ve bu tanı için hafif kadınsı veya erkeksi davranışların olması yeterli değildi.[1]

ICD-11 Tanı Kodlarıysa Şöyle Belirlenmiştir:

Cinsiyet Uyumsuzluğu

HA61 Çocukluk Çağı Cinsiyet Uyumsuzluğu:

Prepubertal çocuklarda, deneyimlenen/ ifade edilen cinsiyet ile atanmış cinsiyet arasındaki belirgin bir uyumsuzluk ile karakterizedir. Bu tanı; atanmış cinsiyetten farklı bir cinsiyette olma arzusunu ya da kendisinin atanmış cinsiyetten farklı bir cinsiyette olduğuna dair ısrarı, cinsel anatomisinin bir kısmından ya da beklenen ikincil cinsiyet özelliklerinden hoşlanmamayı ve/veya deneyimlenen cinsiyetle uyumlu birincil ve/veya beklenen ikincil cinsiyet özelliklerine yönelik güçlü bir istek duymayı; "mış gibi" veya hayali oyunlar, oyuncaklar, aktiviteler ve oyun arkadaşları seçiminin, atanmış cinsiyetinden ziyade deneyimlenen cinsiyete özgü olmasını içerir. Bu uyumsuzluğun yaklaşık 2 yıl sürmüş olması gereklidir. Tek başına farklı cinsiyet davranışı ve tercihleri, cinsiyet uyumsuzluğu tanısını koymak için temel oluşturamazlar.[22]

HA60 Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsiyet Uyumsuzluğu.

Deneyimlenen cinsiyet ile atanmış cinsiyet arasındaki belirgin ve kalıcı bir uyumsuzluk ile karakterizedir ve sıklıkla deneyimlenen cinsiyetten biri olarak yaşamak ve kabul görmek için cinsiyet geçişi arzusuna yol açar. Cinsiyet geçişi; bireyin bedenini, arzu edilen ölçüde ve mümkün olduğunca deneyimlenen cinsiyet ile uyumlu hale getirebilmek için hormon tedavisi, cerrahi tedavi veya diğer sağlık hizmetlerini içerebilir. Bu tanı, ergenlik başlangıcından önce konulamaz. Tek başına farklı cinsiyet davranışı ve tercihleri, cinsiyet uyumsuzluğu tanısını koymak için temel oluşturamazlar.[22]

HA6Z Cinsiyet Uyumsuzluğu, Belirlenmemiş

Belirlenmemiş rezidüel bir kategoridir.[22]

2.3.Epidemiyoloji

DSM-3 ve DSM-3-R'de cinsel kimlik bozukluğu yaygınlığı için nadir diye belirtilmiş olsa da, son 30 yılda cinsiyet hoşnutsuzluğunun tanımı değişmiş, konuyla ilgili bilgi alınabilecek kaynaklar artmış, cinsiyet kimliği kliniklerinin sayısı artmış, sağlık hizmetleri ve sosyal destekler daha ulaşılabilir hale gelmiştir.[23]Güncel çalışmalardan cinsiyet hoşnutsuzluğunun yaygınlığının artmış olduğunu bilmekle birlikte, tanımın yıllar içindeki değişimi, bireylerin büyük bir kısmının tıbbi destek için başvurmaması, kayıt dışı merkezlere başvurması, hekim gözetiminde olmadan kendi kendine tedavi kullanması veya cinsiyet kimliğini gizlemesi nedenli net bir yaygınlık oranı belirlenmesi güçtür.[2]

Avrupa'da cinsiyet kimliği kliniklerinden alınan kayıtlara göre yaygınlığın doğumda atanan cinsiyeti erkek olanlarda 11,000'de 1, doğumda atanan cinsiyeti kadın olanlarda ise 30,000'de 1 olduğu tahmin edilmektedir. DSM-5 cinsiyetinden hoşnutsuzluk için doğumda atanan cinsiyeti erkek olanlarda 0.005 ile 0.014 arasında, doğumda atanan cinsiyeti kadın olanlar için ise 0.002 ile 0.003 arasında yaygınlık vermiştir.[5]

Yaygınlık artışının altında yatan neden kesin olarak bilinmemekle birlikte, toplumsal kabulün artması, cinsiyet kimliğinin hastalık tanımından arındırılması, konu hakkında bilinçliliğin artmış olması, tedavi olanaklarının ve onlara ulaşımın artmasıyla, bireylerin daha rahat açılması olabilir; ayrıca güncel çalışmalar artık daha geniş bir tanımlamayı baz almakta, kendini transgender, cinsiyet uyumsuz tanımlayan bireyleri veya ikili cinsiyet sistemine ait olmayan bireyleri kapsaması da olabilir.[23] Örneğin çalışmalar "Transgender" kimliği dahil etme kriteri olarak kabul edince yetişkinlerde yaygınlık %0.3 ile %0.5 aralığında, çocuk ve adölesanlarda %1.2 ile %2.7 aralığında hesaplanırken; tanımlama cinsiyet çeşitliliği yönünde genişletilince, cinsiyet uyuşmazlığı gibi diğer tanımlamalar dahil edilince yaygınlık yetişkinde %0.5-4.5 aralığına, çocuk ve adölesanda ise %2.5-8.4 aralığına artış göstermektedir.[24] Farklı bir örnek olarak, çalışmalara hormon veya cerrahi gibi cinsiyet olumlayıcı tedavi alan bireyler

dahil edilince yaygınlık oranları 100.000'de 1 ile 30 arasında değişirken, kendini transgender olarak tanımlayan bireyler dahil edilince bu oran %0.1-0.7 aralığında gelmektedir.[25]

Klinik temelli çalışmalardan anlaşıldığı üzere yetişkinlerde trans kadın yaygınlığı, trans erkeklere göre yüksektir. Cinsiyet oranı açısından merkezler, doğumda atanan cinsiyeti kadın olan her bir bireye karşılık, doğumda atanan cinsiyeti erkek olan 3-5 birey bildirmektedir.[5,27] Cuypere ve arkadaşları tarafından 2007'de yapılan bir çalışmada TK ve TE yaygınlıkları 1:12,900 ve 1:33,800 olarak bulunmuş, yani TK/TE oranı 2.43:1 bulunmuştur.[26] 2015'te yayınlanan bir meta-analizde ise yaygınlık oranları TK için 6,8/100.000, TE için ise 2,6/100.000 olarak bulunmuştur.[28]

Çocuklarla yapılan çalışmalarda, cinsiyet oranları açısından bakacak olursak yine doğumda atanan cinsiyeti erkek olanların yaygınlığı daha fazladır. Kanada'da 1976-2011 yılları arasında başvurusu olan çocuklarda erkek/kadın oranı 4.49:1 iken, Hollanda'da bu oran 2.02:1 bulunmuştur. Fakat çalışmalarda bu cinsiyet oranının son yıllarda azaldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca bu oranı yaşın da etkilediği belirlenmiştir, örneğin Kanada'da yapılan çalışmada 3 yaşındakiler için bu oran 33:1 iken, 12 yaşındakilere bakıldığında 1.12:1 oranına gerilemiştir. 10 yaşına kadar erkek/kadın oranı %75 veya üzeri iken, bu yaştan sonra oran azalmakta ve eşitlenmeye başlamaktadır. Cinsiyet hoşnutsuzluğu nedenli başvurusu olan ergenlerde erkek/kadın oranları eşittir. Neden başvurularda erkek oranlarının daha fazla olduğu düşünülünce, bir olasılık biyolojik açıdan erkeklerin fiziksel cinsiyet farklılaşması süreçleri daha karmaşık olduğu için cinsiyet hoşnutsuzluğuna daha yatkın olabilecekleri gibi, psikososyal açıdan ise erkeklerin daha yatkın olabileceği çünkü ilk bağlandıkları nesne olan annelerinden özdeşimini babalarına çevirmesi gerektiği de tartışılabilir bir olasılıktır. Ayrıca erkek çocuklarda kız çocuklarına kıyasla karşıt cinsiyet davranışlarının ebeveynlerde daha çok kaygı uyandırdığı ve karşıt cinsiyet davranışı sergileyen erkek çocuklarının kız çocuklarına kıyasla akran gruplarında daha çok dışlandığı bildirilmiştir, bu da başvuru oranlarındaki cinsiyet farklılığına katkı sağlıyor olabilir.[23]

Araştırmalar, cinsiyetle uyumsuz davranışlar gösteren çocukların büyük bir kısmının yetişkinlikte transgender olmadığını, transgender yetişkinlerin de büyük bir kısmının da çocuklukta cinsiyet uyumsuz davranışlar sergilemediğini bildirmektedir. Cinsiyet uyumsuz

davranışların genellikle yaşla azaldığı, ergenlikte doğumda atanan cinsiyetle özdeşleştiği; %2-39 oranında ise cinsiyet uyumsuz davranışın devam ettiği, ergenlik döneminde devam eden cinsiyet hoşnutsuzluğunun ise genelde hayat boyu sürme eğiliminde olduğu bildirilmiştir.[2]

Danimarka'dan ve Hollanda'dan olan çalışmalar ilk cinsiyet kimliği kliniğine ve cinsiyet olumlayıcı cerrahiye başvuru ortalama yaşında son yıllarda belirgin düşme olduğunu göstermiştir.[24]

2.4. Etiyoloji

Tüm olguları açıklayan tek bir neden bulunamamıştır.[9] Günümüz şartlarında biyolojik teoriler daha ön plana çıkmaktadır; yetiştiriliş şekli, aile ve sosyal çevre, deneyimler gibi psikososyal etmenlerin ise pek etkisi gösterilememiştir. Genler, intrauterin çağda hormonların etkisi, beyindeki yapısal ve işlevsel farklılaşmalar gibi biyolojik etmenlerin, multifaktöryel olarak neden olduğu düşünülmektedir.

2.4.1. Biyolojik teoriler

2.4.1.1. Genetik etkiler

Cinsel farklılaşma hem otozomları, hem de cinsiyet kromozomları gibi birçok geni içeren, çok faktörlü bir süreçtir. Cinsiyet hoşnutsuzluğunun da bir dereceye kadar genetik temeli olabileceği bilinse de, genetik tek başına durumu açıklamakta yetersiz kalmakta, altta yatan bir çok faktörün eşlik ettiği bir durum olduğu düşünülmektedir. Cinsiyet hoşnutsuzluğunun temeli tek bir aday genle ilişkilendirilememiştir.[37]

XXY, XYY ve mozaizm gibi erkek fenotipli bazı kromozom anomalilerinde kendini kadın cinsiyet kimliğiyle tanımla sıklığında artış görülmüş olsa da trans bireyler arasında kromozomal anomaliler sık görülmemektedir.[36]

Transseksüalizm üzerine genetik literatürü içeren bir derlemede, hem trans erkekler, hem trans kadınlar arasında, monozigotik ikizlerde dizigotik olanlara kıyasla konkordans daha yüksek bulunmuş, bu da transseksüalizmin genetik temelleri olabileceğini yordamıştır.[29] 2000 yılında Bailey tarafından Avusturyalı ikizler üzerine yapılan ve 2011 yılında Burri tarafından İngiltere'de yapılan kalıtsallık çalışmalarında, çocukluk çağında (%32) ve yetişkinlikte (%11) cinsiyet kimliği için kalıtsallık bulunduğu; yani hem çocuklukta hem yetişkinlikte genetik faktörlerin cinsiyet kimliği çeşitliliğine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bailey'in çalışmasında çocukluk çağında cinsiyet kimliği için kalıtsallığın oranı, doğumda atanan cinsiyeti erkek olan bireylerde (%50), doğumda atanan cinsiyeti kadın olanlara kıyasla (%37) biraz daha fazla bulunmuştur. Yetişkinlerde ise doğumda atanan cinsiyeti erkek olanlarla (%31) ve doğumda atanan cinsiyeti kadın (%24) olanların oranları daha yakın bulunmuş ve yetişkinlikte cinsiyet kimliğinin, cinsiyetten bağımsız şekilde benzer oranlarda kalıtsal olduğu belirtilmiştir. Yetişkinlerde kalıtsallıkla ilgili çalışmalarda genellikle genetik ve ortak olmayan dış etkenlerin etkili olduğu, ortak dış etkenlerin (Örneğin; kültürel faktörler) etkisinin ise yok sayılabileceği sonucu çıkmıştır. 2005 yılında Iervolino tarafından ikiz çocuklarda kalıtsallıkla ilgili çalışmada ve yine aynı yılda Knafo tarafından yapılan benzer diğer bir çalışmada; paylaşılmış çevresel etkinin erkeklerde kızlara oranla daha fazla olduğu, genetik etkinin ise kızlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu sonucu edinilmiştir.[30]

Bazı çalışmalarda, beynin cinsel farklılaşmasıyla ilişkili olan,steroid reseptörleri ve enzimlerindeki genetik polimorfizm farklılıkları gösterilmiştir. Özellikle Östrojen reseptör beta (ERβ) geni, Östrojen reseptör alfa (ERα) geni, Androjen reseptör (AR) geni, Aromataz (CYP19) geni polimorfizmlerinin ilişkili olabileceği düşünülmüş, ancak araştırmalar tutarsız sonuçlar vermiştir.[2]

CYP17 geninin A1 alelinde mutasyon trans erkeklerde daha sık görüldüğü bulunmuştur. (11) 2017'de Yang, küçük bir örneklemle yaptığı çalışmada, hücre içi kalsiyum dengesini düzenleyen RYR3 geninin cinsiyet disforisiyle ilişkili olabileceğini belirtmiştir.[33]

2.4.1.2. Beyin ve SSS Bağlantıları

Hormon tedavisi kullanmamış trans bireylerle yapılan bazı MRG çalışmalarında, total beyin hacminin ve gri madde hacminin, doğumda atanan cinsiyetinden olan bireylerle benzer olduğu bulunmuştur. Corpus Callosum büyüklüğünde hormon öncesinde ve sonrasında farklılık olmadığı ancak Corpus Callosum şeklinin cinsiyet kimliğiyle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir. Putamen hacmi ise trans kadınlarda cisgender erkeklere oranla ya büyük ya da küçük olduğu, cisgender kadınlara oranla ise büyük olduğu sonucuna varılmıştır.[31]

Üzerine çalışmalar yapılan bir bölge ise, cinsel açıdan dimorfik olan ve erkeklerde kadınlara oranla daha büyük hacmi olan Stria Terminalis'in Bed Nükleus'udur (BSTc). 1995 yılında Zhou'nun Östrojen tedavisi kullanmakta olan trans kadınlardaki çalışmasında, BSTc boyut ve nöron sayısı açısından kontrol cisgender kadınlarla benzer bulunmuş ve bu bulguların yetişkin cinsiyet hormonu seviyesi değişiklikleriyle açıklanamayacağı belirtilmiştir. Kruijver de çalışmasında trans kadınlarda BSTc'deki nöron sayısının cisgender kadın kontrollerininkiyle benzer bulmuştur. Bir trans erkekle yapılan bir çalışmada ise BSTc nöron sayısı cisgender erkekler için belirlenen aralıkta bulunmuştur. Yine BSTc nükleusu üzerine yapılan çalışmalarda, cinsel dimorfizmin yetişkinlik çağına kadar gelişmediği bulunmuş, ancak fetal hormon seviyelerindeki değişikliklerin BSTc nükleusunun hacmi ve nöron sayısı üzerine etkileri geç olabileceği, cinsiyet kimliği üzerine BSTc'nin bir rolü olabileceği düşünülmüştür. Ancak yine de BSTc'nin cinsel dimorfizmindeki geç gelişme, erken başlangıçlı cinsiyet disforisini veya çocuklarda cinsiyet kimliği uyuşmazlığını açıklamamaktadır.[32]

Postmortem beyinlerin incelenmesiyle yapılan bir histoloji çalışmasında, trans kadınların Hipotalamus'taki Uncinate Nukleus'un bir parçası olan Anterior hipotalamus İnterstisyal Nukleus (INAH3) araştırılmış. INAH3 cinsel açıdan dimorfik olan, BSTc ve diğer nukleuslarla bağlantı içinde olan ve cinsiyet kimliği ve cinsel davranışla ilişkili olan bir bölgedir. Trans kadınlarda INAH3 hacmi ve nöron sayısı cisgender kadın aralığında ve cinsiyet kimliğiyle uyumlu bulunmuştur. [33]

Hulshoff Pol çalışmasında hormon tedavisiyle trans kadınların hipotalamus boyutlarında küçülme olduğunu, Kim ise çalışmasında hormon tedavisiyle trans erkeklerin hipotalamus hacminde artış olduğunu bulmuş, hipotalamusun hormon tedavisine duyarlı olup, cinsiyet kimliği yönünde değişime uğradığını belirtmişler. 6 aylık hormon tedavisi sonrası kortikal kalınlıklara bakıldığı bir çalışmada, trans erkeklerde androjen tedavisi sonrası arttığı, trans kadınlarda östrojen veya antiandrojen tedavisi sonrası azaldığı bulunmuştur. Aynı çalışmada trans kadınlarda ventriküler sistemde hacim artışı gözlemlenirken, trans erkeklerde ise 3.ventrikül boyutunda azalma saptanmıştır.[31]

Bilişsel işlevlerde, görsel-uzamsal olanlarda erkeklerin kadınlara, sözel olanlarda ise kadınların erkeklere üstünlüğü söz konusudur. Hormon tedavisi kullanan trans kadınlarda, cisgender erkeklere kıyasla görsel uzamsal işlevlerde aktive olan parietal lob aktivasyonunda azalma ama cisgender kadınlara kıyasla sağ orbital ve dorsolateral prefrontal korteks aktivasyonunda artma görülmüştür. Schöning'in çalışmasında da, görsel uzamsal işlevler esnasında cisgender erkeklerde, hem hormon tedavisi kullanan hem kullanmayan trans kadınlara kıyasla parietal korteks aktivasyonunda artış bulunmuştur. Görsel uzamsal işlevlere verilen yanıt konusunda trans kadınlar cinsiyet kimlikleriyle benzer yanıtlar vermişler ve bu yanıtın hormon tedavisinden önce oluşmuş olabileceği düşünülmüştür.[31]

2.4.1.3. Hormonal etkiler

Testisler ve yumurtalıklar gebeliğin 6. Haftasında, genlerin etkisiyle ve Y kromozomunun üzerinde bulunan SRY geninin etkisiyle, gelişirler. Testislerden Testosteron üretimi, gebeliğin 6.-12. Haftaları arasında, cinsel organların cinsiyet farklılaşması için gereklidir. Testosteronun periferde Dihidrotestosteron'a dönmesi erkekte penis, prostat ve skrotum'un gelişmesi için önemlidir. Kadın cinsel organlarının gelişmesi ise androjen yokluğunda olmaktadır.

Cinsel organların cinsiyet yönünde farklılaşması olduktan sonra sıra beynin cinsel farklılaşmasına gelmektedir ve ağırlıkla seks hormonlarının etkisiyle gerçekleşmektedir. Bu farklılaşmanın organize edici etkisi vardır ve kalıcıdır, ileride ergenlik çağında, bu aşamada gelişmiş olan beyin devreleri aktive olacaktır. Erkeklerde 2 kez pik şeklinde Testosteron yüksekliği dönemi olur. İlk pik, gebeliğin 12. Ve 18. Haftalarında ve 34.-41. Haftalarında gerçekleşir. Bu dönemde erkeklerdeki Testosteron seviyesi kadınların 10 katıdır. 2. Pik ise doğumdan sonraki ilk 3 ayda gerçekleşir. Gebeliğin sonlarına doğru Alfa fetoprotein seviyeleri düştüğü için plasentadan Östrojen maruziyeti gerçekleşir ve bu durum Hipotalamus-Hipofiz-Gonad aksını baskılar. Doğumla birlikte bu baskının kalkmasıyla, erkeklerde testosteron piki, kadınlarda Östrojen piki meydana gelir. Bu aşamada erkeklerdeki Testosteron seviyesi, yetişkinlikte ulaşacakları seviye kadar yüksektir ve erkeklerde kadınlara göre fazladır. Erkeklerde olan fetal ve neonatal Testosteron pikleri, kadınlarda bu dönemlerde testosteronun yüksek olmayışı, steroid reseptörlerinin aktive olmasıyla birlikte, erkek çocuğunun beyninde kalıcı olarak bazı yapıların ve devrelerin gelişmesine, programlanmasına ve beynin cinsel yönde farklılaşmasına neden olur. Ergenlikte hormon seviyelerinin yükselmesiyle birlikte bu devreler aktive hale gelir. Beyindeki hormonların etkisiyle oluşan bu yapısal farklılıkların, cinsiyet rollerinin, cinsiyet kimliğinin, cinsel yönelimin ve bilişsel fonksiyonlar, sözel yetiler, agresif davranış gibi davranış paternlerindeki cinsiyet farklılıklarının temelini oluşturduğu düşünülmektedir. [34] Transseksüelliğin kökenleri teorisi; cinsel organların farklılaşmasının, beynin cinsel farklılaşmasından önce gerçekleştiği, bu ikisi eşzamanlı olmadığı, farklı zamanlanmış farklı faktörlerin etkisiyle ayrı yollar izleyebileceklerine dayanır.[2]

Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH), en yaygın görülen (1/10000) cinsiyet gelişimi bozukluğudur ve vakaların %95'i 21-Hidroksilaz enzimini kodlayan gende mutasyondan kaynaklanmaktadır. 21 Hidroksilaz enzimi Progesteron'un Deoksikortikosteron'a çevrilmesinde rol oynar. Kortizol eksikliği, Adrenokortikotropik hormon seviyeleri artar ve Adrenal korteksteki steroid üreten hücrelerin hiperplazisi ve hiperaktivasyonuna neden olur, bu da fetal hayatta artmış androjen üretimiyle sonuçlanır. 46 XX genotipindeki vakalar, fetal hayatta maruz kaldıkları androjen derecesine bağlı olarak, sıklıkla ambigus genitalya ile doğarlar. KAH tanılı kadınların, erken çocukluk çağlarından başlayarak, erkek oyuncaklarıyla oynama, daha kaba ve sert tarzda oynama, oyun arkadaşı olarak erkekleri tercih etme gibi

cinsiyet atipik davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Yetişkinlikte KAH; Polikistik over sendromu, artmış biseksüel cinsel yönelim ve cinsiyet hoşnutsuzluğuyla ilişkili bulunmuştur. 46 XY genotipindeki vakalarda ise, kortizol eksikliğine bağlı semptomlar dışında belirgin semptom göstermedikleri bulunmuştur.[35]

Androjen duyarsızlık sendromu (ADS) insidansı 1/40,800 ile 1/99000 aralığında olan, X kromozomuna bağlı olan androjen reseptör geninde mutasyona bağlı ortaya çıkan, androjen reseptör fonksiyonunun azalması veya hiç olmamasıdır. Androjen direncinin derecesine göre klinik tablo değişkenlik gösterir. Erkek fenotipine sahip olup, infertil olanlar hafif, değişik derecelerde azalmış maskülinizasyon ve. Ambigus genitalyası olanlar parsiyel, kadın fenotipe sahip olanlar ise komplet ADS olarak adlandırılırlar. Komplet ADS'de fetüste SRY geni etkisiyle gonadlar testis yönünde farklılaşır; androjenleri ve Anti Müllerian hormonu üretir. Androjenlerin Androjen reseptörünü uyaramamasından dolayı dış genitalya dişi yönünde gelişir, ancak AMH etkisiyle Müllerian kanallar geriler ve kör vajina ve uterusun olmamasıyla sonuçlanır. Doğumda genelde kadın cinsiyeti atanır ve bu yönde yetiştirilirler. Sekonder seks karakterleri olarak ise, pubik ve aksiller kıllanma olmaz veya az olur. Testosteron Aromataz ile Östrojene çevrildiği için meme gelişimi görülür. Çoğunlukla cinsel yönelimleri androfilik, cinsiyet kimlikleri kadın olduğu ve kadınsı cinsiyet rollerini benimsedikleri belirtilmiştir.[35]

5α redüktaz eksikliğinde ise, Dihidrotestosteron eksikliğine bağlı olarak doğumda ambigus genitalya görülür. Sıklıkla doğumda kadın cinsiyeti atanan ve dişi olarak yetiştirilen bu vakaların, testosteron sentezi ve periferdeki etkileri sağlam olduğu için, ergenlik çağında virilizasyon gerçekleşir. %63'ünün ergenlikte cinsiyet ifadesini erkeksi yönde değiştirdikleri ve 18 adet XY genotipli ve dişi yönde yetiştirilmiş 5α redüktaz eksikliği olgusuyla yapılan bir çalışmada 17 tanesinin ergenlikte cinsiyet kimliğini erkek olarak tanımladığı bulunmuştur .[33]

Meyer-Bahlburg çalışmasında, penil agenezi, mesanenin kloakal ekstrofisi ve penil ablasyon gibi 46 XY genotipe sahip interseks vakaları incelemiş. Dişi yönde yetiştirilen bu vakaların sadece %47'si yetişkin çağda cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşamamıştır. 14 adet XY genotipli, doğumda kadın cinsiyet atanan ve cinsiyeti yeniden atama cerrahisi olan, kloakal ekstrofi vakasıyla yapılan bir çalışmada, kendi tıbbi geçmişini bilen tüm vakalar, ki toplam vakaların %57'sine denk geliyor, cinsiyet kimliklerini erkek olarak tanımlamışlardır.[33]

2.4.2. Psikososyal teoriler

Cinsel kimlik terimi ilk kez 1964 yılında Robert J Stoller tarafından kullanılmıştır ve çocuğun bir cinsiyete ait olma temel inancını çekirdek cinsel kimlik olarak tanımlanmıştır. 1966 yılında Kohlberg ise, bir çocuğun erkekleri ve kadınları ayırt edebilmesini cinsel kimlik olarak tanımlamıştır. İlk 1,5-2 yaşlarında çekirdek cinsiyet kimliğin, 4 yaşında ise cinsiyet kimliği duygusunun yerleştiği ve bu yaştan sonra cinsiyet kimliğinde değişmenin pek olmadığı belirtilmiştir.[38] Ebeveynler ve toplum, çocuğu aynayalarak kendilik algısının gelişmesine katkı sağlar.[15]İlkel cinsiyet rol davranışlarının ise 2 yaşında gelişmeye başlamakta, temel cinsiyet rol davranışlarının 3 yaşında ortaya çıkmaktadır.[38]Gelişim süreci erkek çocuğunun anneden ayrışıp babayla özdeşim kurması, kız çocuğunun da anneyle özdeşim kurmasıyla devam eder.[15]Cinsel yönelimin ise hangi yaşta başladığı net bilinmemektedir, genellikle ergenlik çağında fantezilerle belli olmaya başlasa da, ergenlik öncesinde de başlayabildiğine dair çalışmalar vardır.[38]

Psikodinamik açıdan özellikle yaşamın ilk 3 yılında çocuk-ebeveyn ilişki dinamiklerinin önemli rol oynadığı belirtilmiştir. Yaşamın ilk yıllarında anne-çocuk arasındaki sembiozis ve ayrışma-bireyselleşme evrelerinin sağlıklı tamamlanamamış olmasının cinsiyet hoşnutsuzluğuna neden olduğu düşünülmüştür. Değersizleştirici ve düşmanca ebeveynliğin bu duruma neden olabileceği savunulmuştur. Ayrıca ayrılma anksiyetesine karşı bir savunma yöntemi olabileceği de yazılmıştır.[5]

Çocuğa ebeveynleri tarafından, karşı cinsiyet kimliğini benimsemesi durumunda daha fazla değer göreceği mesajı örtülü biçimde verilmesinin cinsiyet hoşnutsuzluğuna neden olabileceği düşünülmüştür. Örneğin; annenin uzun süre yokluğu veya kaybı gibi durumlarda, erkek çocuğunun annenin yerini alacak şekilde gelişebileceği ve cinsiyet kimliği sorunları yaşayabileceği veya reddedilen ya da istismara uğrayan çocukların da böyle bir gelişim gösterebileceği belirtilmiştir. Çocuğun karşı cinsiyet davranışlarının engellenmemesi, görmezden gelinmesi veya bazen farkına varılmadan desteklenmesi gibi durumların da cinsiyet hoşnutsuzluğuna neden olabileceği düşünülmüştür. Örneğin, erkeklerle ilgili olumsuz deneyimi olan annenin, gerçek ve fantastik saldırganlığı karıştırarak, erkek çocuğunun kaba oyunlar

oynamasını, saldırganlık davranışlarını engellemesinin veya kız çocuğu beklentisi olan annenin çocuktaki karşı cinsiyet davranışlarını pekiştirmesinin bu duruma yol açabileceği belirtilmiştir.[38]

Öğrenme teorisi de, cinsiyetle ilgili davranışların cezalandırılması veya ödüllendirilmesinin, çocukta cinsiyet ifadesini etkilediğini savunur.[5]

Yaşamın ilk yıllarında, ayrışma-bireyselleşme evrelerinde babanın rolü de önemlidir. Babanın yokluğu durumunda anne-çocuk aşırı yakın kalabilir ve baba, kız çocuğu için sevgi nesnelerinin bir ön modeli iken, erkek çocuk için gelişim sürecinde özdeşim kuracağı modeldir.[5] Herhangi bir sebeple, sağlıklı özdeşimin önüne çıkan bir engel varsa, ki bunlar özdeşim modelinin olmaması veya olması durumunda iyi bir model olmaması, ebeveynlerin psikopatolojileri, ebeveynler arası ilişki sorunları, çocuğa değer verilmemesi, ebeveynlerin ihmalkar veya ürkütücü olması, aile içi ihmal, istismar, şiddetin olması, kadın cinsiyetin değersizleştirilmesi olabilir, cinsiyet hoşnutsuzluğuna neden olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bazen ebeveynler kendi psikopatolojileri nedeniyle, çocuğunu yetiştirirken, sembiyozisi pekiştiren, ayrışma-bireyselleşme aşamalarını engelleyen tutumlar sergiledikleri de bildirilmiştir. [38]

2.5. Cinsiyet Hoşnutsuzluğunda Ruhsal Sorunlara Yaklaşım

Yirminci yüzyılın büyük bir kısmında Transseksüalizmin, bir psikiyatrik hastalığın semptomu olduğu düşünülmüş ve buna yönelik tedaviler uygulanmıştır[57]. 1980 yılında DSM-3'te Transseksüalizm ayrı bir psikiyatrik tanı olarak yer almıştır. DSM-3'te artık bir psikiyatrik hastalığın semptomu olarak görülmese de, yine de transseksüalizmin psikolojik faktörlerden, özellikle de sorunlu ebeveyn-çocuk ilişkisinden kaynaklandığı, çoğunun depresyon ve anksiyete bozuklukları ve orta ile ciddi derecelerde kişilik bozukluklarına sahip olduğu düşünülmekteydi. Günümüzde bu tanımlamalardan uzaklaşılmış, DSM-5'te Cinsiyet Hoşnutsuzluğu tanısı kullanılmış, böylece tanı cinsiyet kimliğine değil, bu kimliğe sahip olmayla ilişkili yaşanan zorluklara karşılık gelecek şekilde değiştirilmiştir. Ancak hala tanı sistemlerinde oluşu tartışmalara yol açmakta, ancak tanı sistemlerinden çıkarılması durumunda da cinsiyet olumlayıcı hormon veya cerrahi tedavilere ulaşımı zorlaştırmakta ve sigortayla ilgili sorunlara yol açmaktadır[41].

Günümüzde artık cinsiyet hoşnutsuzluğunun bir psikopatoloji belirtisi olmadığını bilmekteyiz, ancak Trans bireylerin kendilerinden beklenen cinsiyet rolleri uyumsuzluğu nedeniyle yoğun bir stres yaşadıkları, bu durumun da damgalama ve sosyal izolasyonla sonuçlandığı[42], kendine zarar verme davranışı[43], intihar düşüncesi oranlarının daha fazla olduğu, daha çok ruhsal sıkıntı ve maddi zorluklar yaşadıkları bilinmektedir[44]. Böyle olmakla birlikte, eş tanı yaygınlığı çalışmalarına bakıldığında sonuçlar çelişkilidir; bazıları eş tanı yaygınlığını yüksek bulurken[45,46,47,49], bazıları ise genel popülasyonla benzer yaygınlık saptamıştır.[50-53] Sonuç olarak, bu bireyler çok etmenli sebeplere bağlı olarak önemli derecede stres ve sıkıntı yaşayabilmektedirler ve bu nedenle psikiyatrik eş tanı açısından değerlendirilmeleri önemlidir. Ayrıca uzunlamasına çalışmaların bazılarına göre, psikiyatrik eş tanının varlığı, cinsiyet olumlayıcı cerrahi tedavilerin sonuçları açısından[54,55] ve uzun dönemli psikososyal uyum açısından[56] önemli bir olumsuz prognostik faktör olabilmektedir. Bu da eş tanının değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Özellikle iki yanılgıdan uzak durmamız gerekir; birincisi her cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireyde psikiyatrik eş tanının var olacağı yanılgısıdır, ikincisi ise cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireylerde psikiyatrik eş tanının olmayacağını varsaymaktır. Cinsiyeti yeniden atama tedavilerinden en iyi sonucu alabilmek, sonradan oluşabilecek pişmanlıkları önlemek için psikiyatrik eş tanılara tanı koyabilmek ve tedavi edebilmek önemlidir.[57]

WPATH tarafından hazırlanan SOC-7; Transgender, Transseksüel ve cinsiyet uyumsuz bireylerde kendilerini ait hissettikleri cinsiyetle uyumunu sağlayabilme, genel sağlık durumlarını ve ruhsal iyilik hallerini iyileştirme, kendini gerçekleştirmesini sağlama konularında en güvenilir ve etkili şekilde nasıl desteklenecekleri hakkında klinik bir kılavuz niteliği görmektedir. Bu destek, birinci basamak hekimliği, jinekolojik ve ürolojik bakımı, üreme yöntemi seçeneklerini, ses terapisini, ruh sağlığı hizmetlerini, hormonal ve cerrahi tedavileri içerebilir ve SOC-7 ruh sağlığı çalışanının, diğer branşlarla birlikte multidisipliner çalışmasını önermektedir. Ruh sağlığı çalışanının ana görevleri:

1) Cinsiyetinden hoşnutsuzluğun tanısını koyabilmek,
2) Psikiyatrik eş tanı varlığını değerlendirebilmek,
3) Cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedavilere hazır olma durumunu değerlendirebilmek,
4) Bu süreçte trans bireye destek olabilmek şeklindedir.[10]

2.5.1.Psikiyatrik Eştanılar

Trans bireylerde psikiyatrik eş tanıyı değerlendiren pek çok çalışmada, kesitsel ve hayat boyu eş tanı oranları genel popülasyona kıyasla veya cisgender kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farka özellikle duygudurum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının katkısı olduğu, trans bireylerde en sık eşlik eden psikiyatrik tanıların bunlar olduğu; Şizofreni ve Bipolar Duygudurum bozukluğu gibi ciddi ruhsal patolojilerin ise genel popülasyonla eşit sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir[58].

Heylens ve arkadaşlarının 4 Avrupa ülkesinde (Hollanda, Belçika, Almanya ve Norveç) yaptığı çalışmasında, trans bireylerde şimdiki Eksen 1 patolojilerinin oranı %38, Eksen 2 patolojilerinin oranı ise %15 bulunmuştur. Eksen 1 patolojilerinin hayat boyu görülme oranına bakıldığında ise %70 bulunmuş ve en sık duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada eksen 1 patolojilerinin yaygınlık oranları arasında trans kadın ve trans erkek bireyler arasında veya erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireyler arasında fark görülmemiştir. Yine bu çalışmada katılımcıların neredeyse %30'unda özkıyım riski (özkıyım girişiminin bulunması veya son 1 ay içinde özkıyım düşüncesinin olması) olduğu bulunmuştur ve bu eksen 2 patolojisiyle ilişkili bulunmamıştır. [59]

Yine 4 adet Avrupa ülkesinde ve İran'da yapılmış çalışmaları barındıran bir derlemede, cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireylerde eksen 1 patolojilerinin hayat boyu yaygınlığı %53.2 bulunmuş; bunların en sık %42.1 oranla duygudurum bozuklukları, %26.8 oranla anksiyete bozuklukları ve %14.7 oranla madde kullanım bozuklukları olduğu bulunmuştur[44].

A.B.D.'de 2007-2014 yılları arasında hastane yatışı kayıtlarının incelenmesiyle yapılan bir çalışmada, transgender bireylerin kayıtlarının %76,7'inde en az bir psikiyatri tanısı olduğu, bu oranın cisgender bireyler için %37,8 olarak bulunduğu, duygudurum bozukluğu tanısının transgender bireylerde (%53,1), cisgender bireylerin (%15,1) kayıtlarına oranla 3 katından fazla olduğu, transgender bireylerin kayıtlarında madde kullanım bozukluğunun %35 iken, cisgender bireylerin kayıtlarında %23.1 olduğu, anksiyete bozukluğu tanısının kayıtlarda transgender bireyler için % 23,9 iken, cisgender bireylerde bu oranın %7,3 olduğu, kişilik bozukluğu tanısı için ise transgender bireylerin kayıtlarında %16,7 iken, cisgender bireylerin kayıtlarında %0,8 olduğu saptanmıştır. İntihar ve kendine zarar verici davranış sıklığı ise transgender bireylerin kayıtlarında (%19,2) cisgender bireylerin kayıtlarına (%1,4) kıyasla 13 katından fazla olduğu ve tüm transgender hastane kayıtlarına bakıldığında, taburculuk tanılarının neredeyse beşte biri olduğu saptanmıştır.[60]

2012-2015 yılları arasında A.B.D.'de birden fazla şehirde 298 genç (16-29 yaş aralığı) transgender kadınla yapılan bir kohort çalışmasında, psikiyatrik eş tanı yaygınlığı %41,5 olarak bulunmuş, katılımcıların beşte birinde (%20,1) ise 2 veya daha fazla eş tanı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların hayat boyu ve şimdiki MDB yaygınlığı sırasıyla %35,4 ve %14,7 olarak, özkıyım riski %20,2, YAB %7,9, TSSB %9,8, AKB %11,2 ve MKB %15,2 yaygınlığında bulunmuştur. [61] Katılımcıları yaşlarına göre 3 gruba bölüp, grupları birbirleriyle kıyasladıklarında yaşça en büyük (25-29 yaş) olan grupta MDB ve özkıyım riski yaygınlığının en yüksek olduğu ve eş tanı yaygınlığının yaşça en genç grupta (16-19 yaş) en az ve yaşça en büyük grupta en fazla olduğu bulunmuştur.[61] Gençlerde eş tanı yaygınlığının, yetişkinlerle yapılan çalışmalardan daha düşük saptanmış olması, erken ruh sağlığı desteğinin sağlanmasının önemini göstermektedir. Genç transgender bireylerde, cinsiyet rolleri geçişi, cinsiyet kimliği gelişimi süreçleri ve cinsiyet olumlamasının kendine has stresörler olduğu, adölesan ve genç erişkin çağda ruh sağlığını ve ruhsal iyilik halini hem olumlu hem olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür.[62]

A.B.D.'de 571 TK (ortalama yaş 37) ile yapılan başka bir çalışmada ise yaşam boyu MDB yaygınlığı %54,3 olduğu, bunun genel popülasyondaki yaygınlığın (%19,6) neredeyse 3 katı olduğu, yaşam boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığının %53,5 olduğu, bunun da genel popülasyondaki yaygınlığın (%13,5) 3 katından fazla olduğu, yaşam boyu özkıyım girişimi ve planı yaygınlığının ise sırasıyla %27,9 ve %35 olduğu, bunun da genel popülasyondaki yaygınlığın (%4,6 ve %3,9) 7 ila 10 katı kadar olduğu saptanmıştır.[46,63]

Japonya'da 1997-2005 yılları arasında, 579 cinsiyet hoşnutsuzluğu tanısı alan bireyle yapılan bir çalışmada, en sık görülen eş tanı uyum bozukluğu (%6,7), anksiyete bozukluğu (%3,6) ve duygudurum bozuklukları (%1,4) olarak bulunmuş ve TK'larda TE'lere kıyasla eş tanı yaygınlığı daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada özkıyım düşüncesi (%73,6) ve kendine zarar verme davranışı (%32,3) yaygınlığı ise yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan haliyle psikiyatrik eş tanısı olmayanlara bakıldığında ise %71,8'inde özkıyım düşüncesi, %30,6'sında ise kendine zarar verici davranış saptanmış olup, özkıyım düşüncesi ve kendine zarar verici davranışın psikiyatrik eş tanıyla ilişkili olmadığı düşünülmüştür. Özkıyım düşüncesi ve kendine zarar verici davranış yaygınlığı açısından TK ve TE arasında fark gösterilememiş, sadece TE

grubunda özkıyım düşüncesi ve kendine zarar verici davranışın psikiyatrik eş tanıyla ilişkili olabileceği ama TK grubu için bu ilişkinin olmadığı gösterilmiştir. [43]

Meybodi ve arkadaşlarının, 2014 yılında İran'da yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %62,7'sinde en az bir psikiyatrik eş tanı saptanmış olup, en sık MDB (%33,7), özgül fobi (%20,5) ve uyum bozukluğu (%15,7) tanılarının eşlik ettiği bulunmuştur. Bu çalışmada TK ve TE'ler arasında eş tanı açısından fark bulunmamıştır.[72]

Eksen 1 patolojilerini araştıran çalışmalar içinde, sadece Dhejne'nin çalışmasında trans grubu cisgender kontrol grubuyla yaşa, doğumda atanan cinsiyete ve yeni atanan cinsiyete göre eşleştirilmiş olup, çalışmada İsveç ulusal kayıtları kullanılmıştır. Bu çalışmada psikiyatrik eş tanı ve özkıyım oranları yüksek bulunmuş olup, katılımcılar cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler sonrası da izlenmiştir. Bu uzunlamasına çalışmada, zaman içinde psikiyatrik eş tanı ve özkıyım oranlarının azaldığı ve kontrol grubuyla benzer olduğu bulunmuştur.[55]

Haraldsen ve Dahl'ın 88 katılımcıyla yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %33'ünde, Bodlung'un 19 katılımcıyla yaptığı çalışmasında %52,6'sında, Meybodi'nin 57 katılımcıyla yaptığı çalışmasında %62,7'sinde eksen 1 tanısı saptanmıştır [65,66,72]. Hepp'in 31 katılımcıyla yaptığı çalışmasında şimdiki eksen 1 tanısı yaygınlığı %38,7 iken, hayat boyu yaygınlığı %71 bulunmuştur. Hepp'in çalışmasında cinsiyetler arasında, tedavi aşamasına göre veya yaşa göre anlamlı farklılık gösterilememiştir.[64]

Çalışmalardan elde edilen farklı yaygınlıklara bakıldığında, çalışmalarda farklı yöntemlerin kullanılmış olması önem taşımaktadır. Yapılandırılmış klinik görüşme uygulanan çalışmalarda eksen 1 tanı oranları görece yüksek (%30-67) elde edilirken[64,65,66], yapılandırılmış klinik görüşme kullanılmayan çalışmalarda daha düşük eksen 1 tanı oranları (%4-19) elde edilmiştir[60]. Yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmadan konulan klinik tanıların, cinsiyet hoşnutsuzluğu tanılı bireylerde psikiyatrik eş tanıları gözden kaçırabileceği düşünülmüştür.[43]

Çalışmalarda eş tanının ne zaman, yani bireyin profesyonel destek için başvurusunda mı, cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi esnasında mı, cinsiyeti yeniden atama cerrahisinden önce veya sonra mı yoksa sonrasında olan takiplerde mi, eşlik ettiğini bilmek de önemlidir.[57]Ayrıca çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterlerinin farklı oluşu, farklı örneklem büyüklükleri, çoğu çalışmada iyi eşleşmiş kontrol grubunun olmayışı veya uzunlamasına çalışmaların

yetersiz oluşu çalışmalar arasındaki farklı ve tutarsız sonuçlara ve konuyla ilgili net yaygınlık oranları saptanamamasıyla ilişkili olabilir.

Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda eksen 1 patolojilerinin yaygınlık oranı açısından cinsiyetler arası fark gösterilememiştir [58,66]. Bazı çalışmalarda ise, trans kadınlarda trans erkeklere kıyasla eksen 1 psikopatolojileri daha yaygın bulunmuştur.[43,51,67,69]Auer'in 2013'te yaptığı bir çalışmada, trans kadınlardaki psikiyatrik eş tanıların yaygınlığı ve niteliğinin cisgender kadınlarla daha uyumlu olduğu ve cisgender erkeklere kıyasla 2-3 kat daha fazla duygudurum bozukluğu gözlemlendiği belirtilmiştir[47]. Trans kadınların, kortikal kalınlık gibi bazı beyin yapısal değişiklikleri açısından cisgender kadınlarla daha uyumlu oldukları bulunmuştur[70]. Duygudurum bozukluklarına olan yatkınlığın bundan kaynaklanabileceği düşünülmüşse de, bu grubun daha fazla damgalama ve ayrımcılığa uğrama riski altında olmasına ve buna sekonder olarak duygudurum bozukluklarında artış görülebileceğinin de unutulmaması gerekir. Yapılan bir çalışmada trans kadınların reddedilmeye daha duyarlı oldukları bulunmuştur[53]. Gomez-Gil ve arkadaşlarının İspanya'da yaptığı bir çalışmada ise, madde kullanım bozukluklarının yaygınlığının trans kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış [44]. Bir çalışmada ise tam tersi, trans kadınlar SCL-90R testinde trans erkeklere kıyasla daha düşük puanlar almışlardır.[71] Çalışmalarda TE'lerde eş tanı oranlarının TK'lara kıyasla daha düşük bulunmasının bir sebebi de sosyoekonomik açıdan daha stabil olmaları ve sosyal uyumlarının daha iyi olmasından kaynaklanabilir[72].

Uzunlamasına yapılan çalışmaların çoğunda, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler sonrasında cinsiyet hoşnutsuzluğunun azaldığı, psikiyatrik eş tanı oranlarının belirgin düştüğü ve genel popülasyon oranlarına eşitlendiği bulunmuştur [73,74,75].Ayrıca cinsiyet olumlayıcı cerrahi tedaviler sonrası memnuniyet oranının yüksek olduğunu, hayat kalitesinde ve genel işlevsellik düzeyinde artışın olduğunu bildiren uzunlamasına çalışmalar da mevcuttur.[65,78] Bunun tedavinin direkt etkisinden kaynaklanabileceği gibi, dolaylı olarak da kişinin kendini kabul ettiği cinsiyetiyle daha uyumlu bir bedene sahip olması hissinden kaynaklanma olasılığı büyüktür.[58,80] Sadece bir çalışmada tedavi öncesi ve sonrası SCL-90R testi puanlarında farklılık bulunmamıştır[81], ancak bunun tedavi öncesinde de SCL-90R puanlarının düşük olmasına, dolayısıyla düşük oranda psikopatoloji saptanmış olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür[58].

Tıbbi tedavi sonrası sonuçları öngörebilecek faktörlerin araştırıldığı uzunlamasına çalışmalara bakacak olursak, bir çalışma trans erkekler için daha iyi sonuçlar bulurken[50], biri ise başvuru yaşı daha genç olanlar için daha iyi sonuçlandığını bildirmiştir[73]. İki çalışma ise cinsiyet ya da başlangıç yaşıyla tedavi sonucu arasında ilişki bulmamıştır[74,75]. Bir çalışma ise tedavi planıyla uyumlu olan ve uyumsuz olan katılımcıları karşılaştırmış ve bu iki grup arasında tedavi sonucu açısından fark gösterilememiştir[75].

Genel olarak kabul edilmiş, erken ve geç başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu tanımı henüz olmamasına rağmen, bazı çalışmalar geç başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğunda erken başlangıçlılara kıyasla daha fazla ruhsal problem yaşadıkları gösterilmiştir.[50,59,77]

Literatürdeki bazı çalışmalarda MKB, transgender bireylerde genel popülasyona kıyasla daha yaygın bulunmuştur[102,103]. Trans bireyler damgalama, ayrımcılık, ötekileştirme, transfobi ve şiddet olaylarına sık maruz kalmaktadır. Literatürdeki çalışmalar, bu olayların örseleyici doğası nedeniyle baş etme yöntemi olarak madde kullanımına yönelim olabildiğinin altını çizmektedirler.[104]Azınlık stresinin neden olduğu; hem ayrımcılığa uğrama gibi nesnel, hem de kendini damgalama, reddedilme beklentisi, kimliğini gizleme gibi öznel stres faktörlerinin yarattığı sıkıntıyla baş etme ve olumsuz duygulardan kaçınma amaçlı madde kullanımı olabilir[102,103]. Literatürdeki çeşitli çalışmalar, transfobik şiddetin, yasa dışı madde[105], alkol[106] ve reçete dışı ilaç kullanımıyla[107] ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Bir çalışmada, transgender kadınlarda, cinsiyet ifadesi veya kimliği nedeniyle psikolojik veya fiziksel kötü muameleye maruz kalmanın, alkol, esrar, kokain kullanımı açısından 3-4 kat, herhangi bir madde kullanımı açısından 8 kat daha fazla riskle ilişkili olduğu gösterilmiştir[106]. Başka bir çalışmada genç TK'larda cinsiyet kimliğiyle ilişkili ayrımcılığın, artmış alkol ve madde kullanımı riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.[108] Başka bir çalışmada, okulda sözel hakaret, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayan veya okuldan çıkarılan transgender bireylerin %35'inin, cinsiyet kimlikleri nedenli uğradıkları kötü muameleyle baş edebilmek için madde kullandıklarını bildirdikleri bulunmuştur.[109] Farklı bir çalışmada ise transgender katılımcıların %72'si baş etme amaçlı içtiklerini bildirmişlerdir[110]. Kişilerarası travmatik yaşantıların sıklığı göz

önünde bulundurulduğunda, yakın zamanlı bir çalışmada, TSSB semptomlarının genç TK'larda artmış madde kullanımı riskiyle ilişkili olduğu saptanmıştır.[108] Yine cinsiyet uyumsuzluğu nedeniyle kötü muameleye uğramanın, artmış MDB oranlarıyla ilişkili olduğu, depresyonun da cinsiyet kimliği ilişkili kötü muameleye maruz kalmayla madde kullanımı ilişkisinde aracı rol oynadığı gösterilmiştir[106].

Damgalama ve ayrımcılık, Transgender bireylerin iş bulma olanaklarını ve gelir kaynaklarını kısıtlamaktadır. Bir çalışmada transgender bireylerin işsizlik oranlarının cisgender bireylere kıyasla 2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.[109] Bu nedenle bazı transgender bireylerin, özellikle de TK'ların, seks işçiliğine yönelmek zorunda kaldıkları[111], bunun da trans bireylerde madde kullanımı yaygınlığı ve sıklığında artışla ilişkili olduğu bulunmuştur.[106]

MKB yaygınlığının diğer bir olası nedenleri, süreğen şekilde yaşanan cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntıyla baş etme ve kendi kendini tedavi etme amaçlı madde kullanımı olabilir. Diğer bir olası sebebi ise psikiyatrik eş tanıyı kendi kendine tedavi etme amaçlı madde kullanımı olabilmektedir.[113]

Bazı çalışmalar trans bireylerin hayat öykülerinde travmatik yaşantılara sık rastlandığına değinmiştir, örneğin bir çalışmada TK katılımcıların yarısından fazlasının travmatik yaşantı bildirdikleri bulunmuştur[105]. Başka bir çalışma ise, cisgender bireylere kıyasla cinsel azınlıktan olan gençlerin daha fazla çocukluk çağı istismarına uğradıkları bulunmuştur.[112] Travmatik yaşantılarla baş etmenin işlevsel olmayan bir yöntemi olarak da, madde kullanımı olabilmektedir.

MKB tedavisiyle ilgili olarak da, trans bireylerin, özellikle ortak tuvalet kullanımı, oda arkadaşı seçimi gibi konularda kurumsal ayrımcılığa uğrama endişelerinin olabileceği dolayısıyla rehabilitasyon gibi yataklı servis tedavilerine başvurma konusunda sakıncalarının olabileceği de unutulmamalıdır[113].

Çalışmalar transgender bireylerde özkıyım düşüncesi ve girişimi yaygınlığının genel popülasyona kıyasla belirgin yüksek olduğunu göstermektedirler, çeşitli çalışmalarda bu oranlar %25 ile %76 arasında değişkenlik göstermektedir. [39,46,109]

6,500 transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyin katıldığı bir çalışmada, %41 oranında özkıyım girişimi bildirilmiştir[109]. Yine 531 transgender bireyin katıldığı bir çalışmada ise özkıyım düşüncesi, özkıyım planı ve özkıyım girişiminin hayat boyu yaygınlıkları sırasıyla %53,5, %35 ve %28 olarak bulunmuştur.[46]

42 çalışmanın incelendiği bir derlemede, trans bireylerdeki hayat boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığı %55, özkıyım girişimi yaygınlığı ise %29 olarak, son bir yıl içindeki özkıyım düşüncesi ve girişimi yaygınlıkları ise %51 ve %11 olarak bulunmuştur [39] hatta bu oranlar başka bir çalışmada araştırılan MDB tanılı hastaların son 1 yıl içerisindeki özkıyım düşüncesi ve girişimi oranlarına benzer bulunmuştur (%63 ve %14)[40].

Yüksel ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan çalışmada ise, yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişimi yaygınlığı %29,8, şimdiki özkıyım düşüncesi yaygınlığı %9,2, yaşam boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığı ise %55,3 olarak bulunmuş, bu çalışmada TK ve TE grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada ailesinin cinsel açıdan kısıtlayıcı ve katı bir tutumu olanlarda, ailesi destekleyici tutum sergileyenlere kıyasla, yaşam boyu ve şimdiki özkıyım düşüncesi yaygınlığı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların %76,7'sinin 21 yaşından önce girişimde bulunduğu saptanmış, hem bedensel değişikliklerin gerçekleştiği, hem de kimlik duygusunun oluştuğu ergenlik döneminde bireylerin risk altında olduğu ve bu döneme ilişkin koruyucu önlemler almanın önemi vurgulanmıştır[68].

Mathy, transseksüel bireylerde özkıyım girişimi yaygınlığını %23,3, Clements-Nolle'un çalışmasında ise %32 olarak bulunmuştur. Clements-Nolle'un çalışmasında özellikle 25 yaşın altındaki bireylerin özkıyım riskinin yüksek olduğu saptanmıştır.[68] LGBT gençlerle yapılan büyük bir çalışmada, transgender ve cinsiyet uyumsuz gençlerde kendine zarar verme davranışı yaygınlığının artmış olduğu[48], daha küçük bir çalışmada ise kendine zarar verme davranışı yaygınlığının %32 olduğu bulunmuştur.[43]

Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan gençlerde risk büyüktür, bu grubun yarısında hayatında en az bir kez özkıyım düşüncesi olduğu ve neredeyse üçte birinde en az bir özkıyım girişiminin bulunduğu saptanmıştır.[99] Cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntı, bu yaş grubunun riskli davranışlarını arttırmakta ve bu nedenle ruh sağlığı desteğinin önemini vurgulamaktadır.[44]

LGBT gençlerle, Liu ve Mustanski tarafından yapılan bir uzunlamasına çalışmada, çocukluk çağı cinsiyet uyumsuzluğunun ve akran zorbalığa uğramanın artmış kendine zarar verici davranış ve özkıyım düşüncesi riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur[76].

Yüksek depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu yaygınlığının yanında, kendine zarar verme davranışı, ebeveynleri tarafından reddedilme, sosyal desteğinin yetersiz oluşu, düşük gelir düzeyi, işsizlik ve genç yaş gibi faktörler artmış özkıyım riskiyle ilişkili bulunmuştur.[59,76,88,109] Bir çalışmada ailesi tarafından reddedilen trans bireylerin, kabul görenlere kıyasla, intihar girişimi açısından 3 kat daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur.[79] Sosyal desteğin, olumlu kendilik algısının, kendini kabul etmesinin ve deneyimlediği cinsiyetle uyumlu şekilde kendini ifade edebilmesinin, yüksek eğitim düzeyinin ise özkıyım riskini azaltan etmenler olduğu bulunmuştur. [87]

Cinsiyet kimliğini gizleme, reddedilme beklentisi, içselleştirilmiş transfobi ve damgalama gibi azınlık stresinin öznel stres faktörleri ve damgalama, ayrımcılık, ötekileştirme, transfobi, şiddet gibi distal stres faktörlerinin hem özkıyım düşüncesi, hem de özkıyım girişimi riskini arttırdığı gösterilmiştir.[87]

Psikiyatrik eş tanısı olmayan, cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireylerde de önemli oranlarda özkıyım ve kendine zarar verme davranışı saptanmıştır. Terada çalışmasında, cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerde yüksek özkıyım yaygınlığının psikiyatrik eş tanıyla ilişkili olmadığını bildirmiştir. Cinsiyet hoşnutsuzluğunun özkıyım açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu ve uygun olmayan bir baş etme yöntemi olarak yorumlanabileceği düşünülmüştür. [88]

Cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedavilerin özkıyım düşüncesi ve girişimiyle ilişkisine bakan çalışmalarda farklı ve tutarsız sonuçlar bulunmuştur. Sosyal geçişin ise özkıyım düşüncesiyle ilişkili olmadığı, özkıyım girişimiyle ilişkisiyle ilgili ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Ancak bu faktörler ile özkıyım düşünce ve girişiminde artış bulunan çalışmalarla ilgili olarak, geçiş süreci

için başvuran bireylerde cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntının veya azınlık stresinin daha şiddetli olabileceği, bu artışın bununla da ilişkili olabileceği düşünülmüştür.[87]

Doğumda atanan cinsiyete göre özkıyım düşüncesi ve girişimi farkına bakacak olursak, özkıyım düşüncesi açısından farklı ve tutarsız sonuçlar bulunurken, özkıyım girişimi yaygınlığı ise TE'lerde TK'lara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.[87]

Bir çalışmada trans bireylerde kendine zarar verme davranışı yaygınlıkları ise %19 ile %38 aralığında olduğu, TE'lerde %58, TK grubunda ise %26 yaygınlığında olduğu ve TE'lerin TK'lara kıyasla özkıyım açısından daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur.[31]

Eksen 2 patolojilerine bakacak olursak, çalışmalarda yaygınlık oranlarının %4.3'ten[45] %81.4'e [72] kadar değişken sonuçlar bulunduğu görülmüştür. Çalışmalar, en yaygın olarak B kümesi kişilik bozuklukları [64,72,82] veya C kümesi kişilik bozuklukları görülenler[59] şeklinde çeşitlilik göstermektedir. Çoğu çalışmada en sık B kümesi kişilik bozuklukları, bunlardan da özellikle Narsisistik ve Borderline kişilik bozuklukları saptanmıştır. C kümesinin, özellikle de çekingen kişilik bozukluğunun ve A kümesinin, özellikle de paranoid ve şizoid kişilik bozukluklarının yaygın bulunduğu çalışmalar da mevcuttur.[71]

Haraldsen ve Dahl'ın çalışmasında kişilik bozukluğu yaygınlığı %20 bulunmuş olup, en sık B kümesi kişilik bozuklukları (%8,1) görülmüştür.[66] Hepp'in 31 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmasında ise kişilik bozukluğu yaygınlığı %41.9 (n:13) olarak bulunmuş ve en sık B kümesi (%22,6) kişilik bozuklukları olup, C kümesi ve A kümesi kişilik bozuklukları yaygınlıkları sırayla %19,4 ve %16,1 olarak bulunmuş, %6,5 yaygınlığında ise BTA kişilik bozukluğu tanısı konmuştur.[64] Maddedu'nun 50 katılımcıyla yaptığı çalışmasında ise kişilik bozukluğu yaygınlığı %52 (n:26) olarak bulunmuş ve en yaygın B kümesi kişilik bozukluklarının (%22), bunların içinde de en sık Narsisistik kişilik bozukluğunun görüldüğü, sonrasında Histriyonik ve sınırda kişilik bozukluklarının geldiği, 2. Sıklıkta C kümesi(%12) kişilik bozukluğunun görüldüğü, C kümesinden en sık Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun görüldüğü, BTA kişilik bozukluğunun %16 yaygınlıkta ve A kümesi kişilik bozukluklarının ise %2 yaygınlıkta görüldüğü bulunmuştur.[82]

Sadece Duisin tarafından az sayıda katılımcıyla yapılan bir çalışmada, kontrol grubuyla kıyaslanmış ve trans grubunda, kontrol grubuna kıyasla, kişilik bozukluğu yaygınlığı daha yüksek bulunmuş. 30 katılımcıyla yapılan bu çalışmada, kişilik bozukluğu yaygınlığı %66,6 (n:20) olup, en yaygın görülen kişilik bozukluğu A kümesi, özellikle de paranoid kişilik bozukluğu (%43,3) iken, onu C kümesi, özellikle de çekingen kişilik bozukluğu (%26,7) takip etmektedir. Bu çalışmada cisgender kontrol grubuyla kıyaslandığında; paranoid, şizoid, sınırda ve çekingen kişilik bozuklukları TK'larda cisgender erkeklere kıyasla, paranoid kişilik bozukluğu ise TE'lerde cisgender kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yaygın görülmüştür.[69]

4 Avrupa ülkesinde (Hollanda, Belçika, Almanya ve Norveç) yapılan bir çalışmada Eksen 2 tanısı yaygınlık oranı %15 olarak saptanmış ve genel popülasyonla benzer bulunmuştur. En sık görülen kişilik bozuklukları sırasıyla sınırda (%7), şizoid (%5) ve çekingen (%4) kişilik bozukluğu olarak bulunmuş ve kümelere bakacak olursak en sık C kümesi kişilik bozuklukları (%63), sonra B kümesi (%45), en az da A kümesi (%41) görüldüğü saptanmıştır. TK ve TE arasında eksen 2 patolojileri açısından fark bulunmamış, sadece TE grubunda, geç başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olanlarda, kişilik bozuklukları anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Yine çalışmada sınırda kişilik bozukluğu tanısı alanların kliniğe başvurularının daha genç yaşlarda olduğu ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntıyı daha yoğun yaşamakta oldukları belirtilmiş.[59]

Bodlung'un 19 katılımcıyla yaptığı çalışmasında, kişilik bozukluğu yaygınlığı klinik değerlendirmeyle bakıldığında %37 bulunmuş, en yaygın B kümesi kişilik bozukluğu, onu takiben C kümesi kişilik bozukluğu bulunmuştur.[83] Aynı çalışmada SCİD yapıldığında kişilik bozukluğu yaygınlığı önce %68 bulunmuş, sonra işlevsellik açısından sadece global değerlendirme ölçeğinde <70 puan alanlar değerlendirmeye katılınca, yaygınlık oranı %26'ya gerilemiştir. Bu şekilde değerlendirildiğinde ise yine en yaygın B kümesi kişilik bozuklukları bulunurken, takibinde paranoid kişilik bozukluğu gelmektedir. Bu çalışmada aynı zamanda, trans grubunda kontrol gruba kıyasla, eşik altı eksen 2 patolojisinin yaygınlığının daha fazla olduğu bulunmuştur.[83]

Anzani ve arkadaşlarının 91 katılımcıyla yaptığı ve SCID 2 yapıldığı bir çalışmada ise, katılımcıların %49,5'inde (n:45) en az bir kişilik bozukluğu tanısı, %8,8'inde (n:8) birden fazla

kişilik bozukluğu tanısı olduğu, en yaygın B kümesi (%18,7), sonra C kümesi (%5,5) ve A kümesi (%3,3) görüldüğü, %27,5'inde ise BTA KB tanısı konduğu bulunmuştur. Bu çalışmada en yaygın olarak borderline (%11), depresif (%9,9) ve narsisistik (%5,5) kişilik bozukluğu saptanmıştır.[71]

Çoğunlukla kişilik bozukluğu yaygınlığı konusunda, cinsiyetler arasında veya erken ya da geç başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireyler arasında fark gösterilmemiştir.[71]Bodlung çalışmasında TE'lerde TK'lara kıyasla daha fazla kişilik bozukluğu olduğunu bildirmiştir.[83] Duisin'in çalışmasında trans kadınlarda trans erkeklere kıyasla kişilik bozukluğu yaygınlığı daha fazla bulunmuştur.[69] Maddedu'nun çalışmasında kişilik bozukluğu yaygınlığı açısından bedensel cinsiyete göre, hormonal tedavi görüp görmemesine göre veya yaşa göre farklılık saptanmamıştır.[82] Haraldsen ve Dahl'ın çalışmasında da psikiyatrik eş tanı yaygınlığı açısından cinsiyetler arası fark gösterilememiştir.[66] Anzani'nin çalışmasında Narsisistik kişilik bozukluğu TK'larda TE'lere kıyasla daha yaygın bulunmuş, bunun dışında cinsiyetler arasında kişilik bozukluğu yaygınlığı açısından fark saptanmamıştır. [71]

Kesin bir sonucu olmamakla birlikte, eksen 2 patolojisi yaygınlığının olası altta yatan nedenlerinin üzerinde de durulmuştur. Erken yaşlardan beri süreğen şekilde azınlık stresine maruz kalmanın, işlevsel olmayan bazı kişilik özellikleri veya kişiler arası ilişki paternlerinin gelişimine neden olabileceği, bunun da kişilik bozukluğunun semptomlarına benzeyebileceği düşünülmüştür. Diğer cinsel azınlıklara kıyasla bu teori, transgender bireyler için özellikle geçerli olabilir çünkü cinsiyet kimliklerine yönelik farkındalıkları çok erken yaşlarda ortaya çıkabilir ve cinsiyet rolü ve ifadesi açısından uyumsuzluğu erkenden görünür olan çocuklar, daha küçük yaşlardan akran zorbalığına, sözel ve fiziksel şiddete ve damgalamaya maruz kalma riski altındadır. [71]

Kişilik bozukluklarının tanısını koymak genellikle daha uzun süre klinik gözlem gerektirmektedir. Transgender bireylerde kişilik özellikleri veya kişiler arası ilişki paternleri değerlendirilirken daha dikkatli olunmalı ve bireyin geçiş sürecinin hangi aşamasında olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin sosyal geçişinin başlarında olan bireylerde, alınma düşünceleri ve şüphecilik olabilmektedir. Dahası, ötekileştirilme, reddedilme, şiddete maruz kalma gibi riskler ve tehditler düşünüldüğünde, bu kişilik özellikleri ve ilişki paternleri erken aşamalarda uyum sağlayıcı bile olabilmektedir. [71]

Kişilik bozukluklarının ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun başlangıcı genelde ergenliğe ve erken erişkinliğe dayanmaktadır. Kişilik bozukluklarının, cinsiyet hoşnutsuzluğuyla işlevsel olmayan bir başa çıkma yöntemi olarak gelişmiş olabileceği [66,69], trans bireyin yoğun cinsiyet hoşnutsuzluğu duygularının üstesinden; insanlarla etkileşimden kaçınarak, sosyal izole hale gelerek, kendine zarar verici davranışlarla, öfke patlamalarıyla veya büyüklenmeci hayaller kurarak gelebileceği, ki bunların da kişilik bozukluklarında yaygın görülen örüntüler olduğu savunulmuştur. [71]

Kişilik bozukluğu tanısının olması cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler açısından kontraendikasyon değildir[66], ancak cerrahi sonrası uyumu etkileyebilmektedir[69]. Bodlung ve Kullgren çalışmasında, kişilik bozukluğu tanısının cerrahi sonrası olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.[83] Çoğu çalışmada da kişilik bozukluğunun değerlendirilmesinin, cinsiyeti yeniden atama tedavilerinin sonuçları açısından, önemli bir öngörücü faktör olduğu bulunmuştur [65,78,83] . Geçiş öncesi ve sonrası zorluklarla baş edebilme becerisi ve kapasitesini değerlendirebilmek, cinsiyeti yeniden atama tedavileri sonrası olumlu sonuçlar alabilmek için kişilik bozukluğu açısından değerlendirme önem taşımaktadır. [69]

Haraldsen ve Dahl'ın çalışmasında SCL-90R puanları açısından transgender grup, cisgender kontrol grubu ve kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerden oluşan bir grup birbiriyle kıyaslanmış ve trans grubunun SCL-90R alt ölçekleri ve genel semptom ölçeği açısından, yaş açısından eşleştirilmiş kontrol grubuna kıyasla, çok hafif bir yükseklik gösterdiği, neredeyse kontrol grubuyla benzer sonuçlar gösterdiği bulunurken, kişilik bozukluğu tanılı grup ise trans grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek sonuçlar göstermiştir. Bu çalışmada, daha önce trans bireylerde yüksek eş tanı yaygınlığı gösteren çalışmalara kıyasla daha düşük değerler bulunmuş olup, trans bireylerin çoğunda kişilik bozukluğu eş tanısının olduğu varsayımı destek bulmamıştır. [66]

Kişiyi bütünlüklü değerlendirmek ve kişilik özelliklerini anlamak (kimlik bütünlüğü, kendini yönlendirebilme yetisi, kişilerarası ilişkileri gibi), cinsiyet geçişi sürecinde karşılaşılabilecek olası engeller ve zorluklar hakkında bize bilgi verebilecek, önemli prognostik belirteçlerdir. WPATH'ın yayınladığı SOC 7'de bahsedildiği gibi, ruh sağlığıyla ilgili sorunlar kişide belirgin sıkıntıya neden olabilir ve tedavi edilmezlerse, cinsiyet kimliğini keşfetme

sürecini ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun çözülmesini zorlaştırabilir.[84] Bundan dolayı, ruh sağlığı çalışanları, olumlayıcı bir yaklaşımla ve hastalık yönünde etiketleyici bir tutumdan uzak durarak, cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireyleri değerlendirme sürecinde, hem genel psikopatoloji hem de kişilik patolojileri açısından taramalı ve tedavi planı yapılırken bunlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaklaşım, kişinin tedavisinin bireyin özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmesini, geçiş sürecinde rehber ve destek olunmasını, yaşam kalitesinin arttırılmasını ve sonuçta cinsiyet hoşnutsuzluğunun azalmasını sağlar. [71]

2.5.2.Eştanı modelleri:

Lawrence ve Zucker 2012 yılındaki yayınlarında, eş tanıları 4 şekilde açıklamışlardır:

1) Cinsiyet kimliği nedeniyle maruz kalınan sosyal damgalama psikiyatrik eş tanı gelişimine neden olabilir,

2) Başka bir psikiyatrik tanının varlığı cinsiyet hoşnutsuzluğu gelişimine katkı sağlayabilir,

3)Eş tanı, kişiyi çeşitli psikiyatrik problemlere yatkın hale getiren biyolojik veya sosyal risk faktörlerinin bir sonucu olabilir,

4)Cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntı diğer psikiyatrik problemlerin gelişimine neden olabilir.[85]

Gijs ve arkadaşları ise, 2013 yılındaki yayınlarında 3 farklı modelle eş tanıları açıklamışlardır:

1)Başka bir psikiyatrik hastalığın semptomu olarak cinsiyet hoşnutsuzluğu,

2)Kişiyi farklı psikiyatrik problemlerin gelişimine yatkın hale getiren ortak yolakların varlığı ve bunun sonucu olarak eş tanı (Burada Lawrence ve Zucker'in öne sürdüğü 1. ve 3. Maddelerin birleşimi olarak bu madde ele alınmış ve damgalama bir sosyal risk faktörü olarak sayılmıştır),

3)Erken tanı konulamaz ve yeterli tedavi edilemezse cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntı psikiyatrik eş tanılara zemin hazırlayabilir.[57]

2.5.2.1.Bir semptom olarak Cinsiyet Hoşnutsuzluğu

Cinsiyet hoşnutsuzluğunu altta yatan başka bir psikiyatrik hastalığın bir semptomu olarak değerlendiren bu modelin, artık sadece tarihi anlamı vardır ve günümüzde geçerliliğini yitirmiştir. Psikodinamik ve davranışçı modeller bu görüş için etkili olmuştur[57].

2.5.2.2.Ortak gelişimsel etkenlerin bir sonucu olarak psikiyatrik eş tanılar:

Bu modelde cinsiyet hoşnutsuzluğu ve psikiyatrik eş tanılar ortak bazı etkenlerin sonucu oluşmaktadır.[57,86] Bazı modellerde, zemin hazırlayan ortak risk faktörleri var ve birbirinden bağımsız olarak cinsiyet hoşnutsuzluğu ve eş tanı gelişirken, bazı modellerde ise risk faktörleri psikiyatrik bozukluk gelişimine neden olmakta, bu da kişiyi cinsiyet hoşnutsuzluğuna yatkın hale getirebilmektedir. Bazı modeller daha çok çevresel etkenlere vurgu yaparken, bazıları daha çok biyolojik etkenlere, bazıları ise ikisine birden vurgu yapmaktadır.[57,89]

Cinsiyet hoşnutsuzluğu ve psikiyatrik eş tanı gelişimde ortak risk faktörlerinin rol oynadığı modele örnek olarak bazı yazarlar, ebeveynleri tarafından tutarsız ve sorunlu bir ortamda yetiştirilmenin, hem cinsiyet hoşnutsuzluğu hem de sınırda kişilik bozukluğu gelişimi için risk faktörü olduğunu savunmuştur.[90,91] Risk faktörü olarak bahsedilen diğer psikososyal etkenler ise; ihmal, istismar ve bağlanma sorunlarıdır. Bu modelin geçerliliği de tartışmalıdır çünkü her olguda sınırda kişilik bozukluğu ve cinsiyet hoşnutsuzluğu birlikteliğine rastlanmadığı gibi, birlikte görüldüğü durumlarda bile, bu konu hakkında yeterli uzunlamasına çalışmalar bulunmadığından, hangi risk faktörlerinin bu birlikteliğe yol açtığı kesin olarak bilinmemektedir.[57]

Diğer bir model ise bazı psikiyatrik bozuklukların cinsiyet hoşnutsuzluğu gelişimi açısından risk faktörü olmasıdır ve buna örnek olarak da Zucker'in 1995'te çocuklarda cinsiyet kimlik bozukluğu gelişimi modelidir.[92] Buna göre eğer çocukta güvensizlik duygularını ve kaygısını arttıran aile içi bir durum mevcutsa, çocuk bu duygularla baş etmek için bir çözüm yolu arayacaktır. Bu çözüm yollarından biri karşı cinsin cinsiyet kimliğini benimsemek olabilir. Bunun sebebi çocuğun algısında karşı cinsiyet kimliğinin, doğumda atanan cinsiyet kimliğine kıyasla daha değerli ve pekiştirilmiş olmasıdır. Ancak Zucker'in modeli neden bazı çocuklarda cinsiyet hoşnutsuzluğunun yetişkinlikte devam ederken, bazılarında etmediğini açıklayamamaktadır.[57]

Cinsiyet hoşnutsuzluğuna yatkınlık oluşturabilecek risk faktörleri olarak son zamanlarda ilgi çeken diğer psikiyatrik hastalıklar; Otizm spektrum bozuklukları[93,94], mental retardasyon[95], sınırda kişilik bozukluğu[90,91] ve psikotik bozukluklardır[96,97,98]. Ancak cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çoğu bireyde başka bir psikiyatrik hastalık eşlik etmemektedir ve bu psikiyatrik hastalıklara sahip kişilerin çoğunda da cinsiyet hoşnutsuzluğu bulunmamaktadır, bu da bu modelin geçerliliğini tartışılır hale getirmektedir.[57]

Diğer bir model ise stresle ilişkili olandır. Trans bireylerin toplumda damgalama, ayrımcılık, ötekileştirme ve transfobik tepkilere maruz kalma oranlarının yüksek olduğunu ve bu durumun yarattığı stresin çeşitli ruhsal hastalıkların gelişiminde rolü olduğu bilinmektedir. Stres iki farklı modelle bu duruma yol açabileceği öne sürülmüştür: Birincisinde stres, aynı zamanda ama birbirinden bağımsız şekilde, cinsiyet hoşnutsuzluğuna ve psikiyatrik eş tanılara neden olabilmekte iken, ikincisinde ise stres ruhsal hastalıkların gelişimine katkı sağlamakta, bu da daha fazla strese ve cinsiyet hoşnutsuzluğuna neden olmaktadır. Azınlık stresiyle ilgili çalışmalar bu modeli desteklemektedir.[57]

Azınlık stresi teorisi, düşmancıl veya stresli bir sosyal çevrenin ruh sağlığında sıkıntılara yol açtığını ve bu grupta sosyal çevrenin neden olduğu ruh sağlığı anlamında eşitsizliğin gözlemlendiğini öne sürmektedir[114]. Bu model, cinsel azınlıkların yaşadıkları azınlık stresini 3 aşamayla tariflemektedir. Birincisi, distal stresörlerdir ve bunlar ayrımcılığa veya şiddete uğramak gibi dış çevre kaynaklı etmenler olup, dışarıdan gözlemlenebilir ve kanıtlanabilir. İkincisi, etkileşimli proksimal stresörlerdir ve bireyin distal stresörlerin olacağı ve

gerçekleşeceği yönünde beklentisinin olması ve kendini distal stresörlerden koruması gerektiği yönünde tetikte olma halidir. Üçüncü aşama ise, içselleştirilmiş proksimal stresörlerdir ki bu da bireyin, toplumun ön yargılarını ve olumsuz tutumlarını içselleştirmesidir. Tam tersi olarak, etkileşimli ve içselleştirilmiş proksimal dayanıklılık da söz konusudur. Bireyin olumlu bir kendilik algısını içselleştirmesi, uyum sağlayıcı baş etme becerilerinin olması ve sosyal desteğinin olması, dayanıklılığını arttıran etmenlerdir. Etkileşimli ve içselleştirilmiş proksimal stresörler ve dayanıklılık genelde dışarıdan gözlemlenemez ancak, cinsel azınlıklar tarafından sıklıkla sıkıntı yaratan etmenler olarak tariflenmektedirler. Distal ve proksimal stresörlerin topluca yarattığı yük, bireyin baş etme becerilerini aştığı zaman ve ruhsal dayanıklılığı arttıran etmenlerin yetersizliğinde kişinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir ve ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir.[115]

Ön yargı, sosyal stres ve ruh sağlığı ilişkisinin çerçevesini çizen Meyer'in Azınlık stresi modelinin, transgender ve cinsiyet uyumsuz gruplara da uyarlanabileceği düşünülmüştür.[116]Azınlık stresinin Transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyler için uyarlandığı modelde, bu gruba özgü distal ve proksimal azınlık stresi etmenleri tanımlanmış olup, bireyin cinsiyet kimliğini olumlayan sosyal desteğin ve toplumsal dayanışmanın önemine vurgu yapılmıştır. [116] Gruba özgü distal stresörler, ayrımcılık ve şiddete maruz kalma iken, gruba özgü etkileşimli ve içselleştirilmiş proksimal stresörler ise; reddedilme beklentisi, cinsiyet kimliğini gizleme ve içselleştirilmiş transfobidir. Azınlık stresiyle başa çıkma ve ruhsal dayanıklılığın hem bireysel hem grup düzeyinde süreçleri vardır. Bireyin azınlık kimliğiyle entegre olması, kimliğini benimsemesi, sosyal destek ve grup dayanışmasının olması azınlık stresiyle başa çıkmasında tampon görevi görür, etkili baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlar ve ruhsal dayanıklılığı arttırır.[115]

2.5.2.3.Psikiyatrik eş tanı kaynağı olarak cinsiyet hoşnutsuzluğu

Bu modele göre, cinsiyet hoşnutsuzluğunun neden olduğu sıkıntı çok uzun ve yoğun sürerse, psikiyatrik eş tanı gelişimine zemin hazırlayabilir. Özellikle de cinsiyet hoşnutsuzluğunun geç başlangıçlı olduğu zaman, bireyin kendi yaşadıklarını anlamlandırması,

kendini trans birey olarak adlandırması zaman alabilir. Bu süreçte yaşayacağı şüpheler ve belirsizlik durumu, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi stresle ilişkili eş tanı gelişimine neden olabilir.[59]

Bazen psikiyatrik eş tanı olmak istenen cinsiyet deneyimini sağlamaya ve sürdürmeye yarıyor olabilir, örneğin; olmak istenen cinsiyetle daha uyumlu bir görünüme sahip olabilmek için yeme bozuklukları gelişebilir.[57]

Yaşadıklarını anlamlandırmak, buna bir isim verebilmek, kendini trans birey olarak tanımlayabilmek, zihin ve beden arasında tatmin edici bir cinsiyet uyumuna kavuşabilmek psikiyatrik eş tanı sıklığını ve şiddetini azaltır. Araştırmalarla gösterildiği gibi, cinsiyet olumlayıcı tıbbi müdahaleler sonrası psikiyatrik eş tanı oranlarının düşmesi bunu destekler niteliktedir.[50,100,101] Ayrıca erken başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerde, geç başlangıçlı bireylere kıyasla daha az psikiyatrik eş tanı saptanmış olması da bu görüşü destekler niteliktedir.[50,101]

Psikiyatrik eş tanının değerlendirilmesi, cinsiyet olumlayıcı tedaviler için hazır olup olmadığını değerlendirmede olduğu kadar, cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireye yardımcı olabilmek ve uygun tedaviyi verebilmek açısından da önemlidir. Psikiyatrik eş tanılar, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler açısından ,sadece tek bir durumda dışlama kriteri olmaktadırlar. Eğer cinsiyet hoşnutsuzluğu, gerçeği değerlendirme yeteneğinin bozulduğu bir psikiyatrik eş tanı ile birlikte ortaya çıkmışsa, cinsiyeti yeniden atama tedavilerine başlanmaması, öncelikle cinsiyet hoşnutsuzluğuna neden olan psikiyatrik bozukluğun tedavi edilmesi önerilir. Eğer bu tedavi başarılı olursa cinsiyet hoşnutsuzluğu zaten hafifleyecek veya düzelecektir. Fakat eğer eş tanı, cinsiyet hoşnutsuzluğunun nedeni değil de, bir sonucu olarak oluşmuşsa, örneğin anoreksiya nevroza gibi, o zaman cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisini başlamak faydalı olabilir. Böyle durumlarda öncelikle cinsiyet hoşnutsuzluğunu tedavi etmek, eş tanının şiddetinin azalmasını veya düzelmesini sağlayabilir.[57]

Eğer cinsiyet hoşnutsuzluğu bir psikotik semptom olarak veya bir psikotik alevlenme döneminde oluşmuşsa, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler kontraendikedir. Böyle vakalarda, öncelikle mevcut psikotik bozukluk tedavi edilmelidir. Daha sonra tekrar değerlendirildiğinde, psikotik bozukluk kontrol altına alınmış ancak cinsiyet hoşnutsuzluğu hala devam etmekteyse,

kar-zarar hesabı gözetilerek, düşük doz hormon tedavisine başlanabilir. Psikiyatrik eş tanı ile cinsiyet hoşnutsuzluğu yakın ilişkili olsa bile, eğer cinsiyet olumlayıcı tıbbi müdahale cinsiyet hoşnutsuzluğunu azaltarak bireyi ruhsal açıdan daha stabil hale getirecek ise, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedavilere başlanabilir. Tabii bu durum, beraberinde psikoterapi veya psikofarmakolojik tedavi başlanamayacağı anlamına gelmemektedir. Sadece süreğen ve kontrol altına alınamamış psikotik bozukluklarda, cinsiyet olumlayıcı tedaviler kontraendikedir.[57]

2.5.3. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerle çalışan ruh sağlığı çalışanlarının görevleri

WPATH'ın yayınladığı SOC-7'de, cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerle çalışırken ruh sağlığı çalışanlarının görevleri belirtilmiştir. Ruh sağlığı çalışanları, transgender veya cinsiyet uyumsuz bireylere ve ailelerine, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda farklı şekillerde yardımcı olabilir, örneğin bireysel terapi, aile terapisi, danışmanlık hizmeti verebilir, tanı koyma ve değerlendirme, bilgi verme veya destekleme konularında yardımcı olabilir. Öncelikle bireyin profesyonel yardım aramasındaki nedenler belirlenmelidir. Örneğin birey; cinsiyet kimliğinin veya ifadesinin keşfi veya açılma sürecinde psikoterapötik destek arayışında mı, yoksa cinsiyet olumlayıcı hormon veya cerrahi tedavi amaçlı mı başvuruyor, aile bireyleri için psikolojik destek veya cinsiyet dışı farklı sorunlarla ilgili psikoterapi hizmeti arayışında mı, belirlenmelidir.[10]

2.5.3.1. Cinsiyet hoşnutsuzluğunu değerlendirmek:

Ruh sağlığı çalışanları, bireyin psikososyal uyumunu değerlendirip, cinsiyet hoşnutsuzluğunu tanımlarlar. Bu değerlendirme en azından; cinsiyet kimliği ve cinsiyet hoşnutsuzluğunu tanımlamayı, cinsiyet hoşnutsuzluğunun ne zaman başladığını ve sürdüğünü, cinsiyet uyumsuzluğu nedenli damgalama ve ruh sağlığına olan etkisini, aile, arkadaş ve akran

desteği durumunu değerlendirmeyi içerir.Cinsiyet hoşnutsuzluğunun, başka bir tanıya ikincil gelişen veya başka bir tanıyla daha iyi açıklanabilecek bir durum olmadığını değerlendirmek de, ruh sağlığı çalışanının görevlerinden biridir.[10]

2.5.3.2. Cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi ve cinsiyet olumlayıcı tıbbi müdahaleler hakkında bilgi vermek

Ruh sağlığı çalışanının önemli bir görevi de, bireyi cinsiyet kimliği ve ifadesinin çeşitliliği ve cinsiyet hoşnutsuzluğunu azaltabilecek olanaklar hakkında bilgilendirmektir. Bireyin kendini rahat şekilde ifade edebileceği bir cinsiyet rolü ve ifadesi bulması ve gerekirse cinsiyet olumlayıcı tıbbi müdahaleler konusunda karar vermeden önce tamamen bilgilendirilmiş olması hedeflenir. Bu aşama, bireysel, aile veya grup terapilerine ya da akran desteği için toplumsal kaynaklara başvurmayı içerebilir. Cinsiyet rolü değişiminin ve tıbbi müdahalelerin, hem kısa hem de uzun süreli etkilerinin üzerinde durulur. Bu etkiler; psikolojik, sosyal, fiziksel, cinsel, mesleki, maddi ve hukuki olabilmektedir.[10]

2.5.3.3. Psikiyatrik eş tanının değerlendirilmesi ve tedavisi

Cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireyler, süreğen şekilde cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntıya veya azınlık stresine maruz kalmalarıyla ilişkili olan veya olmayan çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabilirler. Ruh sağlığı çalışanları bireyleri psikiyatrik eş tanı açısından taramalı ve belirlenen sorunları genel tedavi planı kapsamına dahil etmelidirler. Eşlik eden ruhsal sorunlar, bireyde belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilirler ve tedavi edilmedikleri takdirde, cinsiyet kimliğinin keşfi ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun çözülmesi gibi süreçleri zorlaştırabilirler. Bu sorunların belirlenmesi; cinsiyet hoşnutsuzluğunun çözülmesini, cinsiyet rolü değişimleri ve cinsiyet olumlayıcı tıbbi müdahaleler konusunda bilinçli karar verilmesini kolaylaştırabilir ve hayat kalitesini arttırabilir. Bazı bireyler, psikiyatrik eş tanının tedavisi veya semptomlarının hafiflemesi konusunda psikofarmakolojik tedavilerden de fayda

görebilirler. Psikiyatrik eş tanının varlığı, geçiş süreci veya cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler için mutlak engel teşkil etmemektedir, sadece cinsiyet hoşnutsuzluğunun tedavisinden önce veya tedavi sürecinde iken eşzamanlı, uygun şekilde tedavi edilmelidirler. Ayrıca bireyler, tıbbi tedaviler için aydınlatılmış onam verebilme yeterlilikleri açısından da değerlendirilmelidirler.[10]

2.5.3.4.Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi için hazır olma durumunun değerlendirilmesi

Ruh sağlığı çalışanı, cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi için başvuran bireylerin, hem psikolojik açıdan (bireyin gerçekçi ve net beklentilerle ve konu hakkında tamamen bilgilendirilmiş şekilde karar vermesi, genel tedavi planı doğrultusunda ilerlemeye hazır olması, aile ve sosyal desteğinin sürece dahil edilmesi) hem de genel olarak (hormon kullanımı açısından kontraendike bir durumun olup olmadığının değerlendirilmesi, olası psikososyal etkilerinin gözden geçirilmiş olması) hazır olmasına yardımcı olabilir. Hormon tedavisi başlanmadan önce, üreme seçenekleri gözden geçirilmelidir.[10]

2.5.3.5.Cinsiyet olumlayıcı cerrahi tedaviler için hazır olma durumunun değerlendirilmesi

Ruh sağlığı çalışanı cinsiyet olumlayıcı cerrahi tedavi için başvuran bireylerin hem psikolojik açıdan (bireyin gerçekçi ve net beklentilerle ve konu hakkında tamamen bilgilendirilmiş şekilde karar vermesi, genel tedavi planı doğrultusunda ilerlemeye hazır olması, aile ve sosyal desteğinin sürece dahil edilmesi) hem de genel olarak (ameliyat sonrası bakım için hazırlıkların yapılması) hazır olmasına yardımcı olabilir. Cerrahi tedaviden önce, üreme seçenekleri gözden geçirilmelidir. SOC, meme ve genital cerrahi için rehber olabilecek kriterler belirlerken, yüz feminizasyonu veya maskülinizasyonu gibi diğer cerrahi prosedürler için kriterler belirlememiştir ancak bireylerin, bu prosedürlerin açılma ve geçiş sürecine etkileri hakkında, bilgilendirilmiş şekilde karar vermelerinde, ruh sağlığı çalışanlarının önemli rolü bulunmaktadır.[10]

Sağlıkla ilgili tüm kararlarda olduğu gibi hormon ve cerrahi tedaviyle ilgili kararda da öncelik ve önem bireye aittir ancak ruh sağlığı çalışanının, bireyin tamamen bilgilendirilmiş şekilde karar vermesi ve yeterince hazır olması konusunda, bireye rehber ve destek olma sorumluluğu vardır. Bunun için de, ruh sağlığı çalışanının bireyle iyi bir ilişki kurmuş olması ve hakkında yeterli derecede bilgi sahibi olması gereklidir. Cinsiyet hoşnutsuzluğunu hafifletme amacıyla bireyler önce dikkatli şekilde değerlendirilmeli ve uygun tıbbi hizmetler verilmelidir.[10]

2.5.3.6. Ruh sağlığı çalışanının, hormon tedavisini düzenleyen hekimle, cerrahla ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkisi

Ruh sağlığı çalışanının, periyodik olarak bireyin sürecindeki ilerlemeyi gözden geçirmesi, cinsiyet hoşnutsuzluğunu değerlendirmesi ve cinsiyet hoşnutsuzluğu tedavisinde yetkin olan diğer branşlardaki hekimlere danışarak sürecin ilerlemesi ve birçok farklı branştan hekimin işbirliği içinde sürdürülmesi önerilir.[10]

2.5.3.7. Psikoterapi

Cinsiyet olumlayıcı hormon ve cerrahi tedaviler öncesi ruh sağlığı açısından değerlendirilme ve tarama önerilirken, psikoterapi mutlaka gerekli görülmemiştir.

Psikoterapinin genel hedefi, bireyin ruhsal iyilik durumunu, hayat kalitesini arttırmak ve kendini gerçekleştirmesini sağlamaktır. Psikoterapi bireyin cinsiyet kimliğini değiştirmeyi amaçlamaz, tersine bireye cinsiyet kaygılarını anlamasına ve cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşıyorsa, bunu hafifletecek yollar bulmasına yardım edebilir. Tedavinin daha kapsayıcı bir hedefi ise, uzun dönemde kendini rahat şekilde ifade edebileceği bir cinsiyet kimliği ifadesi ve ilişkilerinde, eğitim ve iş hayatında başarıya ulaşabileceği gerçekçi olanaklar bulmasında yardımcı olmaktır. Terapi; bireysel, çift, aile veya grup psikoterapisi şeklinde olabilir. Grup psikoterapisi özellikle akran desteğini geliştirmesi açısından önemlidir.

Kişinin kendini rahat ifade edebildiği cinsiyet rolünü bulabilmesi, birincil ve önde gelen psikososyal aşamadır. Psikoterapi, transseksüel, transgender ve cinsiyet uyumsuz bireylere; cinsiyet kimliği ve cinsiyet rollerini keşfetme, damgalama ve azınlık stresine maruziyetin bireyin ruh sağlığı üzerine etkilerini belirleme ve açılma, cinsiyet rolü ifadesinde değişimler, tıbbi müdahaleler gibi cinsiyet geçiş aşamalarına yardımcı olma konusunda değerlidir. Ruh sağlığı çalışanları, bireyin ve ailesinin, kişilerarası ilişkilerini ve ruhsal dayanıklılığını geliştirme ve destek sağlama görevini üstlenebilir. Psikoterapi aynı zamanda, tarama ve değerlendirme aşamasında saptanan psikiyatrik eş tanıların hafiflemesine de katkı sağlar.

Sosyal geçiş planlayan bireylerde ruh sağlığı çalışanları, belirli hedefler ve zamanlamalar içeren bireye özgü bir plan hazırlayarak, bu sürece yardımcı olabilir. Sosyal geçiş deneyimi bireyden bireye farklılık gösteriyor olsa da, bu deneyimin sosyal yönü, fiziksel yönüne kıyasla, genellikle zorlayıcı olabilmektedir. Sosyal geçişin önemli bireysel ve sosyal sonuçlarının olmasından ötürü bu karar, beraberinde olası ailevi, kişilerarası, eğitimle ilgili, mesleki, ekonomik ve yasal zorlukların farkında olmayı gerektirir, böylece birey cinsiyet rolüyle başarılı bir şekilde işlevselliğini sürdürebilir.

Çoğu transseksüel, transgender ve cinsiyet uyumsuz birey başvuru esnasında, cinsiyet kimlikleriyle en uyumlu cinsiyet rolüyle, daha önce hiç ilişkilendirilememiş veya kabul görmemiş şekilde gelirler. Ruh sağlığı çalışanı, cinsiyet rolündeki değişimin etkilerini öngörmesinde, keşfetmesinde ve bu değişimi uygulamaya koyarken sürecin hızını ayarlamasında bireye yardımcı olabilir. Psikoterapi bireye, cinsiyet kimliğiyle uyumlu şekilde kendini ifade etmeye başlayabileceği bir ortam sağlayabilir ve bazı bireylerde, cinsiyet ifadesindeki değişim hakkındaki korkularını aşmasına yardımcı olabilir. Öngörülen riskler terapinin dışına taşınabilir, böylece yeni rolünde deneyim ve özgüven kazanılabilir. Aileye ve sosyal çevresine (arkadaşlar, okul, iş yeri) açılma sürecinde yardım ve destek sağlanabilir.

Bazen transseksüel, transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyler, doğumda atanan cinsiyetinden farklı bir cinsiyet rolüyle bir süre yaşamış ve deneyim kazanmış şekilde gelirler. Ruh sağlığı çalışanları bu bireylere, olası zorluklar üzerinde çalışarak ve cinsiyet rolündeki değişim devam ettikçe uyumunu arttırarak yardım edebilirler.

Cinsiyet rolü değişimi ve cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler hakkında verilen kararlar, sadece bireyin değil, aynı zamanda ailesinin üzerinde de etkisi vardır. Ruh sağlığı çalışanları, bireyin cinsiyet kimliği ve cinsiyet hoşnutsuzluğu tedavisi hakkında verdiği kararları, ailesi ve sosyal çevresiyle iletişim içinde ve özenli bir şekilde vermesinde yardımcı olabilir. Eşi, partneri, çocukları veya diğer aile üyelerinin katılımıyla aile terapisi yapılabilir.

Bireyler ayrıca ilişkileri ve cinsel sağlıklarıyla ilgili yardım arayışında da olabilirler, örneğin; cinselliklerini keşfetmek veya yakınlık kurmakla ilgili endişelerini paylaşmak isteyebilirler.

Aile terapisi, klinik açıdan uygunsa bireysel terapisine ek olarak, aynı terapist tarafından uygulanabileceği gibi, aile üyeleriyle çalışma ve konuyla ilgili deneyimi olan başka bir terapiste yönlendirilerek de yapılabilir veya birey akran desteği sağlayabilecek kaynaklara yönlendirilebilir.

Ruh sağlığı çalışanı, cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan birey ve aileleriyle, hayatlarının pek çok aşamasında çalışabilir ve psikoterapi, farklı zamanlarda, farklı konularda bireye yardımcı olabilir.

Çevrimiçi terapilerin de, özellikle psikoterapötik desteğe ulaşımı zor olan ve ayrımcılığa, damgalamaya uğrayan bireylerde yararlı olduğu gösterilmiştir.

Transseksüel, transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyler, cinsiyet kimlikleri ve ifadeleri nedeniyle çalıştıkları, eğitim gördükleri kurumlarda veya farklı ortamlarda zorluk yaşabilirler. Ruh sağlığı çalışanlarının, bu kurumları cinsiyet uyumsuzluğu konusunda bilgilendirmeleri ve transseksüel, transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyler lehine savunucu rol üstlenmeleri önem taşımaktadır. Bu rol, okul rehberlik hizmetlerine, öğretmenlere, yöneticilere, insan kaynakları ekibine, personel sorumlusuna, çalışanlara ve diğer kurum temsilcilerine danışmanlık yapmayı içerebilir. Ayrıca pasaport, sürücü ehliyeti, diploma gibi çeşitli belgelerde cinsiyet belirten kısımların veya bireyin isminin değişmesi konusunda yol gösterilebilir.

Bazı transseksüel, transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyler için, cinsiyet ifadesi çeşitliliği konusunda, akran destek grupları bireysel psikoterapiye kıyasla daha öğretici ve yol gösterici olabilir. Bu tür deneyimler önemlidir ve cinsiyetle ilgili keşfetme aşamasında olan her birey, topluluk aktivitelerine katılmaya teşvik edilmelidir. Akran desteği sağlayan kaynaklar ve bilgiler ulaşılabilmesi kolaylaştırılmalıdır.[10]

2.6. Cinsiyet Hoşnutsuzluğu ve Otizm Spektrum Bozuklukları İlişkisi

Son yıllarda cinsiyet disforisinin Otizm spektrum bozukluklarıyla ilişkisini araştıran çalışmalar dikkat çekmektedir. Otistik özelliklerin prevalansını araştıran çalışmalarda, aslında OSB tanısı olmamasına rağmen tarama testlerinde OSB için klinik aralıkta puan alanların yaygınlığının yüksek geldiği çalışmalar olduğu gibi [117,118], çocuklarda ve yetişkinlerde yapılan ve transgender bireylerde otistik özelliklerin prevalansının yüksek olduğu sonucuna varan bazı vaka çalışmaları ve nicel çalışmalar da mevcuttur.[119,120,123]

Çocuklar ve adölesanlarda yapılan ilgili çalışmalara bakıldığında, bir kohort çalışmasında cinsiyeti olumlayan tıbbi müdahale başvurusunda bulunan, cinsiyet disforisi yaşayan genç bireylerde Otizm prevalansı %7.8 bulunmuş, bu değerin genel popülasyondakinin 10 katı olduğu bildirilmiş[93]; yine OSB ve ilişkili durumların transgender bireylerde görülme sıklığını araştıran bir sistemik derlemede ise çocuklarda ve gençlerde transgender olmakla Otistik özellikler göstermenin ilişkili olduğu sonucuna varılmış[121]. Sosyal yanıtlayıcılık ölçeği kullanılarak yapılan iki çalışmada ise; birinde cinsiyet hoşnutsuzluğu ile başvuran çocuk ve adölesanlar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark gösterilemezken[122], diğerinde cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuklarla bir kohort çalışması yapılmış ve bu çalışmada artmış otistik belirtinin, çocuklarda artmış cinsiyet uyumsuzluğu açısından yordayıcı olabileceği bulunmuştur. [123] Finlandiya'da yapılan bir kohort çalışmasında ise cinsiyet kliniklerine başvuran adölesanların %26'sının geçmişte Otizm tanısı almış olduğu bildirilmiş.[124]Van der Miesen'in çocuk sosyal davranış anketi kullanarak yaptığı çalışmasında ise, cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuklarda otistik belirtilerin artmış olduğu sonucunu bulmuştur.[125]

OSB tanılı bireylerdeki cinsiyet disforisi oranlarını araştıran çalışmalarda ise; Otizm tanılı çocuklar ve gençlerde kontrol grubuna kıyasla cinsiyet çeşitliliği gösterme olasılığının 7.6 kat daha olası olduğu[126]; 300,000 çocukla yapılan bir çalışmada Otizmli çocuklarda, nörotipik çocuklara kıyasla, cinsiyet hoşnutsuzluğu gösterme olasılığının 4 katı fazla olduğu[127], yine OSB tanılı yetişkinlerin nörotipik yetişkinlerle kıyaslandığı bir çalışmada ise OSB tanılı grupta cinsiyet hoşnutsuzluğu oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.[128] Cinsiyet hoşnutsuzluğu ve OSB eş tanısını bildiren bazı vaka sunumları da

mevcuttur [119,129]. Bir çalışmada OSB tanılı kız çocuklarının oyuncak seçimlerinin "mış gibi" oyun gerektirmediği ve daha erkeksi olduğu bulunurken[130], başka bir çalışmada OSB tanılı kadınların çocukluklarında erkeksi cinsiyet ifadesi gösterme oranları daha yüksek bulunmuştur[131]. OSB tanılı kadınlar, tipik kadın akran grubuna ait olmadıklarını hissedebilir ve az sayıda bir kısmında da bu durum ilerleyip, cinsiyet hoşnutsuzluğu gelişebilir. Artmış otistik özellikler, algılanan cinsiyet kimliğinde bilişsel katılığa neden olabilir, bu çocukluk çağından yetişkinliğe kalıcı şekilde devam eden cinsiyet hoşnutsuzluğu gösteren bireylerdekine benzerdir. [132]

OSB tanılı kız çocukları ile cinsiyet hoşnutsuzluğu olan kız çocukları arasında benzerlikler olduğu, ikisinin de daha çok erkek tipi oyunları ve uğraşıları tercih edebildiği bildirilmiştir.[130] Aynı zamanda TE'lerin, kullanılan el tercihlerinin cisgender erkeklere benzer olduğu, aynı durumun OSB tanılı kadınlarda da gözlendiği bildirilmiştir.[133,134]

Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda ise cisgender bireylerle kıyaslanınca transgender bireylerin tamamının Otizm Spektrum Anketinde daha yüksek puanlar almadıkları ancak bazı çalışmalarda doğumda atanan cinsiyeti kadın olan trans bireylerin, cisgender kadınlara oranla daha fazla Otistik özellik gösterebilecekleri sonucuna varılmış [94,120,135,136] ve transgender ve cisgender grupları arasındaki farklılığın, doğumda atanan cinsiyeti kadın olan trans bireylerdeki otizm özelliklerinin daha yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Doğumda atanan cinsiyeti erkek olan trans bireyler ile cisgender erkekler arasında ise otistik özellikler açısından fark gösterilememiş. Bazı çalışmalarda ise cinsiyeti olumlayan tıbbi müdahalelere başvuranlar ile kontrol grubu arasında Otizm Spektrum Anketi puanları arasında fark bulunamamış.[137]

Jones'un çalışmasında TE'lerde cisgender kadınlara ve kıyasla OSA puanları daha yüksek bulunurken, TK'lar ve cisgender erkekler kıyaslandığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Transgender grup karşılaştırıldığında ise TE'ler TK'lara kıyasla daha yüksek OSA puanları almışlardır. TE'lerin yaklaşık olarak %30'u OSA'da 28 puan üzeri alırken, cisgender kadınlarda bu yaygınlık %2 olarak bulunmuştur.[94] TE'ler cisgender erkeklere kıyasla OSA'da dar otizm fenotip aralığında (OSA'da 35 puan üzeri) sonuçlanma oranları 11 kat fazla bulunmuştur. TE'lerde artmış Otistik özelliklerin, çocukluk ve adölesans çağlarında kadın akran grubunu benimsemesini zorlaştırabileceği, onun yerine erkek grubuna yönelebileceği,

aynı zamanda kadın akran grubuyla sosyalleşmekte de zorluk yaşayabileceği ve kendini erkek gruba ait hissedebileceği, bunların da cinsiyet hoşnutsuzluğu geliştirme olasılığını arttırdığı düşünülmüştür.[94]

Pasterski'nin çalışmasında OSA puanları açısından, doğumda atanan cinsiyetten bağımsız olarak, transgender ve cisgender grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. TE'ler sosyal beceri ve dikkati kaydırma alt gruplarında cisgender kadınlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları saptanmış, TK'larda böyle bir farklılık bulunmamıştır.[136]

Lehmann'ın cinsiyet kliniklerine başvuran adölesan ve yetişkinlerde OSA kullanarak yaptığı çalışmasında ise, otistik belirti yaygınlığı %19,5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada EÖ de katılımcılara yapılmış ve %35,8'inde düşük puanlar elde edilmiştir. Bu veriler için doğumda atanan cinsiyete göre farklılık gösterilememiştir.[138]

Kristensen ve Broome'un çalışmasında ise doğumda atanan cinsiyeti kadın olan transgender bireylerde doğumda atanan cinsiyeti erkek transgender bireylere kıyasla OSA puanları belirgin yüksek bulunmuş, ancak bu çalışmada cisgender kontrol grubu bulunmamaktadır. Örneklemin yaklaşık %40'ı kesme puanının üzerinde puan almış ve % 14'ü klinik olarak konulmuş Otizm spektum tanısı bildirmiştir (doğumda atanan cinsiyeti kadın olanların %17'si ve doğumda atanan cinsiyeti erkek olanların %10'u).[135] Bu oranlar, daha önceki bir çalışmadan edinilen genel popülasyondaki otizm spektrum yaygınlığına (erkeklerde %1,5 ve kadınlarda %0,2) kıyasla önemli derecede yüksek bulunmuştur.[139]

Heylens'in OSA, sosyal yanıtlayıcılık ölçeği ve klinikte kayıtlı verileri kullanarak, cinsiyet kliniğine başvuran yetişkinlerde yaptığı kesitsel çalışmasında ise, %27,1'inde hafif/orta/ağır seviyede sosyal yanıtlayıcılıkla ilgili zorlanmalar olduğu ve %4,8'inin Otizm tanısı düşündürecek aralıkta puan aldığı bildirilmiştir. Başvuranların %6'sına OSB tanısı konmuştur.[140]

Otizm spektrum anketi kullanarak yapılan çalışmalarda ise hangi otistik özelliklerin trans bireylerde daha belirgin olduğu araştırılmıştır. Pasterski'nin çalışmasında, sosyal beceri ve dikkatini kaydırma alt ölçeklerinin trans erkeklerde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.[136] Nobili'nin çalışmasında ise transgender ve cisgender gruplar kıyaslandığında transgender grupta artmış Otizm yaygınlığı saptanmamıştır, çünkü her iki grupta da OSA kesme puanının

üzerinde alanlar yüksek çıkmıştır (trans grubunda %36,3 ve cisgender grupta %32,2). Cinsiyete göre kıyaslama yapıldığında ise, doğumda atanan cinsiyeti kadın olan trans bireylerde OSA puanlarının daha yüksek olduğu, bunun sosyal etkileşim alt ana grubunun puanlarının daha yüksek gelmesinden kaynaklandığı bulunmuştur. Doğumda atanan cinsiyeti kadın olan trans bireylerde, cisgender kadınlara kıyasla Otistik belirti gösterme olasılığı 2 kat fazla bulunmuştur. Alt gruplara bakacak olursak da sosyal beceri, rutin ve dikkati kaydırma alt grupları trans bireylerde cisgender bireylere kıyasla daha yüksek puan alırken, hayalgücü alt grubu ve ayrıntıya dikkat etme alt ana grubu ise daha düşük puan almıştır.[120]

Otistik özelliklerle ilgili birden fazla ölçeğin bakıldığı bir çalışmada ise doğumda atanan cinsiyeti kadın olan trans bireylerde Otizm spektrum anketi ve sistemizasyon ölçeği puanları yüksek gelirken, empati ölçeği ve gözlerde zihin okuma testi puanları kontrol grubuna kıyasla düşük gelmiştir.[141] Di Ceglie'nin cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan adölesanlar ve kontrol grubuyla yaptığı çalışmasında ise, doğumda atanan cinsiyeti kadın olanlarda empati ölçeği puanları daha düşük gelmiştir.

5 farklı veri bankasının kesitsel incelenmesiyle yapılan ve 641,860 katılımcının olduğu bir çalışmada ise transgender veya cinsiyet uyumsuz bireylerde, cisgender gruba kıyasla, 3.03 ile 6.36 kat daha fazla Otistik olma olasılığı bildirilmiştir. Transgender veya cinsiyet uyumsuz bireyler, cisgender kontrol grubuna kıyasla, OSA'da anlamlı derecede yüksek, Otistik özelliklerle ilgili ölçekler olan SÖ ve Duyusal algı ölçeğinde (Sensory Perception Quotient) anlamlı derecede yüksek ve EÖ'de ise anlamlı derecede düşük puanlar almışlardır. Bu çalışmada 2 adet veri bankasında, transgender veya cinsiyet uyumsuz bireylerde, cisgender gruba kıyasla diğer nörogelişimsel bozuklukların oranları da, daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, DEHB gibi nörogelişimsel bozuklukların Otizm ile birlikte sık görüldüğü, nörogelişimsel bozuklukların birlikteliğinin altında yatan, genetik olarak ortak bir yatkınlığın olabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca çalışmada, uyaran hassasiyetini ölçen duyusal algı ölçeğinde de, transgender bireylerin daha yüksek puan aldığı ve bu ölçeğin sonuçlarının sosyal cinsiyet normlarından etkilenmesinin pek mümkün olmadığı not edilmiştir.[142]

Bu sonuçlarla ilgili olası bir açıklama, trans bireylerin yaşamakta oldukları disfori, anksiyete, depresyon ve ayrıca uğradıkları ötekileştirme, damgalanma, yaşadıkları olumsuz deneyimler, transfobi, sosyal etkileşimlerini, iletişim kurma biçimlerini etkileyebilmekte ve

sosyal izolasyona neden olabilmektedir.[143] Yaşadıkları sosyal zorluklar, otizm özellikleriyle ilgili ölçeklerde özellikle sosyal etkileşim, sosyal beceriler alt gruplarında yüksek puan almalarının nedeni olabilir ve OSB tanısı olmamasına rağmen Otizm Spektrum Anketinde yüksek puan almalarını açıklayabilir. Deneyimlenen sosyal etkileşim zorluklarına bağlı olarak bazı alt ölçekler olduğundan yüksek puan alıyor olabilir ve bu açıdan yorumlarken bunu dikkate almak gerekebilir.[117,118]

Bu sonuçlar, daha önceki çalışmalarda trans bireylerde yaygın olduğu gösterilen sosyal kaygıyla da ilişkili olabilir.[144] Benzer şekilde, yapılan bazı çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde bu ölçekler değerlendirildiğinde, yine kontrol grubundan yüksek puanlar aldıkları, dikkatini kaydırma alt grubunda, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler ile OSB tanılı bireylerin benzer puanlar aldığı bulunmuştur.[145]

Yine, rutin alt ölçeğindeki yüksek puanlar, cinsiyet rollerindeki değişim, trans bireyin kendini rahat ifade edebileceği bir cinsiyet rolü ve ifadesi bulma denemeleri ve bu süreçte yaşayabileceği sosyal zorlanmalarla ilişkili olabilir. Dikkatini kaydırma alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise, dikkat odağını olumsuz ve kaygı uyandıran düşüncelerden, olumlu, uyum sağlayıcı ve baş etmesini kolaylaştıran düşüncelere kaydırmakta zorlanma ve sosyal kaygıyla ilişkili olabilir. Trans bireylerin geçiş sürecinde bu tür sosyal zorlanmalarla karşılaştıkları bilinmekte[146] ve bu durum, ilişkili olabilecek alt ölçeklerde cisgender gruba kıyasla daha yüksek puanlar almalarının olası bir açıklaması olabilmektedir. Diğer otistik özellikler olan, ayrıntıya dikkat etme ve hayalgücü ise trans bireylerde zaten yüksek bulunmamıştır. Bu da başkalarının zihinsel durumlarını ve düşüncelerini anlamakla ilgili sorun yaşamadıklarını ve OSB'deki gibi belirgin obsesif uğraşılarının olmadığı anlamına gelmektedir.[120]Ancak bunlar bazı otistik özelliklerin trans kadınlara kıyasla trans erkeklerde neden daha yüksek olduğunu açıklamamaktadır, geçmiş literatürde sosyal anksiyete düzeyleri trans kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.[147] Ataerkil yapının getirdiği cinsiyet rolleri nedeniyle trans kadınlar daha çok ayrımcılığa uğramakta, sosyal açıdan daha az kabul görmektedir. Trans erkekler de daha fazla sosyal zorlanma ve yeterince maskülen hissedememek, bir kadın gibi algılanmak gibi cinsiyet rolü değişimiyle ilgili kaygılar yaşayabilmekte, bunlar da daha fazla sosyal kaygıya neden olabilmektedir.[120]

Diğer bir açıklama ise otizmin aşırı erkek beyni teorisidir. Bu teoriye göre, yüksek seviyede fetal testosteron maruziyeti, aşırı erkek beyni gelişimine katkıda bulunur ve otistik özelliklerle ilişkilidir.Bu teoriye göre otizm, artmış sistemizasyon ve azalmış empatizasyon ile karakterize olan aşırı erkek beyniyle ilişkilidir.[148,149] Empatizasyon ve sistemizasyon açısından cinsiyet farklılıklarına bakacak olursak kadınların empati kurma becerilerinin erkeklere kıyasla daha iyi olduğu, erkeklerin ise sistemleştirmede kadınlara kıyasla daha iyi olduğu bulunmuştur. Cinsiyet kimliğinin de intrauterin dönemde tanımlandığı, genler ve hormonların cinsiyet, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimi belirlediği ve beynin cinsel farklılaşmasında seks hormonlarının rolü olduğu kabul görmektedir. Trans erkeklerin erkek kimliğinin beyinde bulunduğu ve fetal dönemde hormonların etkisiyle şekillendiği varsayılmaktadır. Bu Trans erkeklerde daha yüksek sistemizasyon ölçeği puanları ve daha düşük empati ölçeği puanları ile otizmle ilişkili daha maskülen bir profil izlemesine bir açıklama olabilecekken, trans kadınların ise tam tersi daha feminen bir profil izlememesini açıklamamaktadır. [120]

Amniyotik Testosteron seviyelerine bakılan bir çalışmada, fetal Testosteron seviyesiyle Otistik özelliklerin arasında ilişki gösterilmiştir.[149] PKOS, menarşta gecikme gibi Testosteronla ilişkili tıbbi durumlar OSB tanılı kadınlarda artmış olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi[131], TE'lerde artmış PKOS oranları bildiren çalışmalar da vardır[150], bazı çalışmalarda ise artış gösterilememiştir.[151] Bu durumun, artmış androjen seviyelerinin fetal dönemden şu ana yüksekliğini sürdürmesiyle açıklanabileceği düşünülmüştür.[94]

Otizm ve cinsiyet hoşnutsuzluğu arasındaki ilişkinin ailesel veya genetik olabileceği de düşünülmüş ancak bununla ilgili güçlü kanıtlar bulunamamıştır.[152] Farklı bir açıklama olarak; otizm tanısıyla ilişkili olarak bilişsel katılık, bireylerin cinsiyet uyumsuzluğu hisleriyle baş etmesinde gerekli olan zihinsel esnekliğe ulaşamamasını açıklayabilir.[93] Ayrıca hem cinsiyet hoşnutsuzluğunda, hem OSB'de obsesif olma eğilimi bildirilmiştir. Diğer açıklamalar; sosyal etkileşimdeki bozulmalar, stres, cinsel azınlık statüsünde olma[93], çocukluk çağı kötü muamele ve travma öyküsüne bağlı gelişimsel bozukluklar olabileceğinin üzerinde durulmuştur.[153] Ek olarak, sosyal koşullanmaya olan otistik direnç ve Cisgenderizm normlarını reddetme, sosyal normlarla ilgili daha az endişe duymayla birlikte, artmış trans kimlik yaygınlığını açıklayabileceği de düşünülmüştür.[154]

Geçmişte OSB tanısı konmuş bazı transgender bireylerin, medikal geçiş sonrası daha az otistik özellik gösterdikleri belirtilmiştir. Bu da transgender bireylerde OSB tanısının güvenilirliği hakkında şüphe uyandırmaktadır ve bu konuyla ilgili çalışmalar incelenirken, OSB tanısı için kullanılan tanısal araçların ne olduğu, bireyin cinsiyet geçişi durumu ve anksiyete belirtilerinin varlığı incelenmelidir.[120] Çalışmalarda yüksek puan alan otistik belirtiler genellikle sosyal becerilerle ilişkili olanlardır ve bu durum, transgender bireylerin sıklıkla deneyimlediği yoğun anksiyete ve düşük benlik saygısıyla ilişkili olabilir [144].Cinsiyet olumlayıcı medikal tedavilerin ise, kişiler arası ilişkilerde ve sosyal etkileşimde düzelme sağlayarak olumlu etkisi olabilir.[120]

Hem OSB tanılı bireyler, hem transgender ve cinsiyet uyumsuz bireyler, toplum tarafından ötekileştirilen ve yeterli sosyal desteği bulunmayan gruplardır. Hem OSB tanılı bireylerde, hem de transgender ve cinsiyet uyumsuz bireylerde, genel popülasyona kıyasla kendine zarar verici davranış, özkıyım düşüncesi ve girişimi daha sık bulunmuştur. OSB tanısı ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun birlikte görüldüğü bireyler için, gerekli yardım ve destek sağlanmazsa, durum daha zorlayıcı olabilmektedir.[142]

Son zamanlarda çalışmalar, cisgender kadın ve erkeklerin, farklı Otistik özellikler gösterebildiklerini bildirmiştir.[155,156,157] Ancak transgender bireyler ve cisgender bireyler arasında, Otistik özellikler açısından böyle bir farklılığın olup olmadığına dair net veriler bulunmamaktadır.[142]

Son olarak, literatürdeki verilerin çoğu cinsiyet kliniklerine başvuran transgender bireylerden edinilmiştir, ancak her transgender veya cinsiyet uyumsuz birey cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşamamaktadır. Transgender ve cinsiyet uyumsuz bireylerdeki OSB yaygınlığı, cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerdeki yaygınlıktan farklı olabilir.[142]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Biriminde 2004 yılından beri cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireyler, bireysel ve grup terapileri ile birlikte izlenmektedir. Trans geçiş sürecine başlayan bireyler, en az 6 ay süreyle hormon onay kurulu ve takiben en az 1 sene süreyle cerrahi onay kurulu olmak üzere iki farklı kurul süreci ile izlenmektedir. Kişiler bu iki cinsiyet geçiş kurulunu tamamlayana kadar ortalama en az 18 ay süreyle, aylık görüşmeler, bireysel ve grup tedavi süreciyle izlenmektedir. Bu araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Biriminde izlenmekte olan ve cinsiyet geçiş sürecinin farklı aşamalarında olan bireyler dahil edilmiştir.

Bu çalışmada hormon tedavisine henüz başlamamış ve hormon konseyi aşamasında olan bireyler ile, hormon tedavisine başlayarak cerrahi cinsiyet düzenleme konseyi aşamasında olan bireyler olmak üzere iki grup kişiden izlem sürecinde elde edilmiş olan veriler değerlendirilmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan bireylere çalışmayla ilgili bilgi verilmiştir ve çalışmayı kabul eden bireylerle öncelikle SCID-5-CV (DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme) ve SCID-5-PD (DSM-5 kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme) şeklinde klinik görüşme yapılmış, bu klinik görüşmede sosyodemografik verileri, psikiyatrik özgeçmişi, şimdiki ve hayat boyu olan psikiyatrik eş tanıları belirlenmiştir. Ardından katılımcılara 5 adet ölçek uygulanmıştır. Bunlar; SCL-90-R Ruhsal belirti tarama testi, Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri ile, Otizm tanısını ve Otistik belirtileri değerlendirmek üzere Otizm spektrum anketi, Empati ölçeği ve Sistemizasyon ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Biriminde bireysel veya grup terapi randevularına geldikleri gün değerlendirilmiştir.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Proje Numarası:2022/60) onay alınmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1) DSM-5 tanı ölçütlerine göre Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) tanı kriterlerini karşılayan kişiler

2) 18-70 yaş arasında olan katılımcıların verileri dahil edilecektir.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1)Zeka geriliği olması,

2)Konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorununun olması,

3)İşitme engeli olması,

4)Görme engeli olmasıdır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV):

Yapılandırılmış klinik görüşmeler tanı konusunda bir standardizasyon getirmiş olup, tanıların geçerliliği ve güvenirliğini arttırmış, tanı atlanmasını önlemiş, ortak bir dil kullanımını sağlamış, sağlık çalışanlarının psikiyatrik görüşme becerilerini arttırmış ve çalışmalarda epidemiyolojik veri sağlanmasını kolaylaştırmıştır.[158]

DSM için ilk yapılandırılmış klinik görüşme 1990'da DSM-3-R için hazırlanmış ve güvenilirliği çalışmalarla gösterilmiştir.[159]Türkçe uyarlaması da mevcut olup, çalışmalarla güvenilirliği saptanmıştır. 1994 yılında DSM-4 yayınlanmış ve bunun için eksen 1 patolojilerini değerlendirmek üzere SCID-1 ve eksen 2 patolojilerini değerlendirmek üzere ise SCID-2 olmak üzere iki tane yapılandırılmış klinik görüşme geliştirilmiştir. First ve arkadaşlarının geliştirdiği SCID-1'in Türkçe uyarlaması da olup, güvenilirlik çalışmalarından geçmiştir.[160]

DSM-5 yayınlandıktan sonra First ve arkadaşları 2015'te SCİD-5-CV'yi geliştirmişlerdir. Henüz başka dilleri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut değildir. SCID-5 ve SCID-1 farklarına bakacak olursak; SCID-1 6 modülden oluşurken, SCID-5, Psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, farklı olarak artık ayrı bir modülde yer alan TSSB ve OKB ve ilişkili bozukluklar, yeni eklenmiş bir modül olarak DEHB modülü, diğer bozukluklar için araştırıcı sorular ve artık tanı ölçütleriyle sorgulanan uyum bozukluğu olmak üzere toplam 10 modülü içermektedir. 32 tanı kategorisinde ayrıntılı sorular, 17 tanı kategorisinde ise araştırıcı sorular bulunmaktadır.[161]

Ağır psikotik belirtileri veya mental retardasyonu, ajitasyonu bulunmayan, 18 yaş üzeri herkese uygulanabilir, ortalama 40-60 dakika sürmesi beklenir ve gerekirse birden fazla oturum şeklinde de uygulanabilir. Hastanın kendisinden olduğu gibi, ailesinden, sağlık kayıtlarından ve klinik izlemden de bilgi edinilebilir. [161]

SCID-5-CV için 2019 yılında yayımlanmış Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır. Elbir ve arkadaşlarının yaptığı SCID-5-CV'nin Türkçe uyarlaması güvenilir bulunmuştur.[161]

3.2.2. DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-PD):

Kişilik bozuklukları için yapılandırılmış görüşmeler, DSM-3-R ve DSM-4 için SCID-2 olup[162], Coşkunol ve arkadaşları tarafından 1994 yılında güvenilir bulunmuştur.[163]DSM kişiliği kategorik açıdan yani tanı var veya yok şeklinde değerlendirir. Boyutsal açıdan değerlendirme ise kişilik özelliklerini inceler, belirtilerin eşik değerleri hakkında daha iyi bilgi verir ve kategorik tanıların aralarındaki çizgilerin ve heterojen belirtilerin daha iyi anlaşılmasını sağlar. DSM-5 yayınlandıktan sonra SCID-5 kişilik bozuklukları alternatif model sürümü ile, boyutsal değerlendirme yapılabilen SCID-5 kişilik bozuklukları sürümü First ve arkadaşları tarafından 2016'da geliştirilmiştir.[164]

SCID-5-PD ile DSM-5'teki 10 adet kişilik bozukluğu tanısı için taranır. SCID-2'den hem kategorik hem boyutsal tarama olanağı sağlamasıyla ayrışır. SCID-5-PD'de önce 106 soruluk, evet ve hayır şeklinde yanıtlanan, öz bildirim formu verilir. Bu form ile kategorik yaklaşım için tanı eşiğini geçip geçmediği değerlendirilir. Kategorik tanı ölçütleri karşılanmıyor ama ölçütlerin bir kısmı sağlanıyorsa, o zaman boyutsal değerlendirme yapılır ve maddeler yok (0 puan), eşik altı (1 puan) ve eşik (2 puan) olarak değerlendirilir. Ağır psikotik belirtileri veya mental retardasyonu, ajitasyonu bulunmayan, 18 yaş üzeri herkese uygulanabilir, ortalama 40-60 dakika sürmesi beklenir.[13]

SCID-5-PD için 2021 yılında yayımlanmış Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır. Bayad ve arkadaşlarının yaptığı SCID-5-CV'nin Türkçe uyarlaması güvenilir bulunmuştur.[165]

3.2.3. SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama Testi:

1977 yılında Derogatis ve Cleary tarafından 83 madde olarak geliştirilen ve 1994 yılında yine Derogatis tarafından 90 madde olacak şekilde revize edilen ve toplamda 10 boyuttan oluşan bir ölçektir. Bu 10 boyut: somatizasyon (12 madde), obsesif kompulsif belirtiler (10 madde), kişilerarası duyarlık (9 madde), depresyon (13 madde), anksiyete (10 madde), öfke (6 madde), fobi (7 madde), paranoid düşünce (6 madde), psikotik belirti (10 madde) ve ek belirtiler (7 madde) içerir. Her boyutun puanları ayrı ayrı toplanır ve boyuttaki soru sayısına bölünerek sonuçlar elde edilir. Bir de tüm boyutların puanlarının toplanıp, toplam soru sayısına bölünerek elde edilen genel belirti düzeyi (GSİ) hesaplanır.[166]

Kişilerdeki ruhsal belirtilerin hangi alanlarda olduğunu ve düzeylerini gösterir. 5'li Likert tipi, özbildirim türü bir ölçektir ve her madde hiç (0 puan), çok az (1 puan), orta (2 puan), oldukça fazla (3 puan) ve ileri derecede (4 puan) olmak üzere puanlanır. Her boyutun ayrı ayrı sonuçları ve genel belirti düzeyi sonuçları, eğer<0,5 ise ruhsal problem yok, 0,5-0,99 aralığındaysa orta derecede ruhsal problem, ≥1 ise önemli ruhsal problem var olarak değerlendirilir. Dağ tarafından 1991 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.[167]

3.2.4. Otizm Spektrum Anketi (OSA):

2001 yılında Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 50 soruluk, öz bildirim türü ankettir. Normal zihinsel işlevselliğe sahip yetişkinlerde ne derecede Otistik özellikler görüldüğünü saptamayı hedeflemiştir. Kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde seçenekleri olan, 4'lü Likert tipi ölçektir. 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar: sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim ve hayal gücüdür. Soruların bazılarında kesinlikle katılıyorum ve kısmen katılıyorum

cevabı 1 puan alıp, öteki iki cevap 0 olarak puanlanırken, bazı sorularda ise tam tersi olarak yani kesinlikle katılmıyoruım ve kısmen katılmıyorum 1 puan alıp, öteki iki şık 0 olarak puanlanır. Aslında hafif ya da güçlü Otistik benzeri davranış işaretlenmişse 1 puan almaktadır. Ayrıntılara dikkatin artmış olması, dikkati kaydırmakta zorlanma, hayal gücü, iletişim ve sosyal becerilerin yetersizliği daha çok Otistik özelliklerle uyumludur.

Alınabilecek en yüksek puan 50'dir. Yüksek işlevsellikli Otistik bozukluk ve Asperger sendromlu yetişkinlerde ortalama puan 35.8±6,5 olarak bulunmuştur. Kesme değeri 26 olarak alındığında iyi tarama özellikleri olduğu saptanmıştır. 2010 yılında Köse ve ark. Tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.[168]

3.2.5. Empati Ölçeği (EÖ) (Cambridge Davranış Ölçeği):

Empatizasyon-Sistemizasyon teorisi çerçevesinde, 2004 yılında Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilen 60 maddeli, öz bildirim türü ölçektir. Empatizasyon; başkalarının duygularını anlayıp, ona uygun yanıt verebilme yetisidir. Dış uyaranları nicel olarak inceleyip, mantık çerçevesi içinde düzene koyma yetisi ise sistemizasyondur. Empati kadınlarda ve sosyal bilimlerle ilgilenen kişilerde daha yüksek bulunurken, Otizmde düşük bulunmuş, bu ölçeğin Asperger sendromlu bireyleri kontrol grubundan ayırabildiği saptanmıştır. Sistemizasyon ise erkeklerde ve sayısal bilimlerle ilgilenen bireylerde daha yüksek bulunmuştur.

Bu ölçek; kesinlikle katılıyorum, sıklıkla katılıyorum, bazen katılıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde şıkları olan 4'lü Likert tipi bir ölçektir.Sadece 40 soru puan almaktadır, diğer 20 soru ise çeldiridir ve puan almamaktadır. En az empatik 2 yanıt 0 puan alırken, en empatik yanıt 2 puan, en empatik 2. yanıt ise 1 puan almaktadır. En yüksek 80, en az 0 puan alınabilir. Eşik değeri olarak 30 puan alınmıştır. Asperger sendromu tanılı bireylerin %81'inin EÖ'de 30 puan ve altı aldığı, OSB tanısı olmayan erkeklerde ortalama puanın 42, OSB tanısı olmayan kadınlarda ise ortalama puanın 47 olduğu bulunmuştur. Bora ve arkadaşları tarafından2009 yılında Türkçe geçerllik ve güvenilirliği yapılmıştır ancak Türk çalışmalarında kesme puanı bildirilmemiştir.[169]

3.2.6. Sistemizasyon Ölçeği (SÖ) (Cambridge Kişilik Ölçeği):

2003 yılında Baron-Cohen tarafından geliştirilmiş ve 2006'da revize edilmiştir. 75 maddeden oluşan, kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde seçenekleri olan, 4'lü Likert tipi, özbilirim türü bir ölçektir. En az sistemizasyon gösteren 2 şık 0 puan alırken, en yüksek sistemizasyon göstereni 2 puan, en yüksek 2. Sistemizasyon gösteren şık ise 1 puan alır. Puanlama 0-150 arasında değişir. Bir çalışmada Otistik erkek bireylerde ortalama SÖ puanları 77,8, Otistik kadınlarda ortalama 76,4, Nörotipik erkeklerde ortalama 61,2 ve Nörotipik kadınlarda ortalama 51,7 gelmiştir.[170] Genel olarak 75 puan ve üzerinin Otizmle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

3.2.7.Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri :

2009 yılında Klonsky ve Glenn tarafından özkıyım amacı taşımayan ancak bilinçli şekilde gerçekleştirilen kendine zarar verme davranışını, bu davranışın niteliklerini,sıklığını, ilk başladığı yaşı ve son gerçekleşme yaşını ölçen bir bölümü, bir de işlevlerini ölçen ikinci bir bölümü olan bir ölçektir. İkinci bölüm 39 maddeden oluşmakta ve sosyal ve otonom işlevler diye 2 ana boyuttan oluşmaktadır. Sosyal işlevler ana boyutunun 8 alt boyutu vardır. Bunlar: heyecan arama, özerklik, intikam alma, kişiler arası etkileşim, kişiler arası sınırlar, kendiyle ilgilenme, akranlarla bağ kurma ve dayanıklılıktır. Otonom işlevler ana boyutunun ise 5 alt boyutu vardır. Bunlar: duygu düzenleme, intiharı ve dissosiasyonu önleme, sıkıntıyı etiketleme ile kendini cezalandırmadır. Hiç uygun değil (0 puan), kısmen uygun (1puan) ve çok uygun (2 puan) olarak her alt boyut tek tek hesaplanır ve her bir alt boyut 0-6 puan arası alır. Alt boyutları toplanarak 2 ana boyutun puanı elde edilir. Ölçeğin 2. Bölümü olan işlevlerin puanı ise tüm alt boyutlar toplanarak elde edilir. 2013 yılında Bildik ve arkadaşları tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. [171]

3.3. Verilerin Analizi

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler medyan (25.-75. persentil) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılıklar Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile belirlendi. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile değerlendirildi. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İki yönlü hipotezlerin testinde $p<0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 10 (%31,3) trans kadın ve 22 (%68,8) trans erkekten oluşan toplam 32 trans birey dahil edilmiştir. Katılımcıların toplam yaş ortalaması 26,59 (± 8,568) olarak bulunmuştur. Katılımcıların tamamı bekardı, aralarında daha önce evlenen sadece trans erkek grubundan 1 kişi mevcuttu.

Katılımcıların 6 tanesi ilkokul veya ortaokul mezunu (%18,8), 14 tanesi lise (%43,8) ve 12 tanesi (%37,5) ön lisans veya lisans mezunuydu. Katılımcıların 15 tanesi (%46,9) çalışıyor, 9 tanesi (%28,1) işsiz, 8 tanesi (%25,0) öğrenciydi.

Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi kullanımına bakacak olursak; 16 tanesi (%50,0) hormon kullanıyor, 16 tanesinin ise (%50,0) henüz hormon kullanımı yoktu. Katılımcılardan 6 tanesi (%18,8) mastektomi operasyonu, 1 tanesi (%3,1) meme büyütme (mastoplasti) operasyonu, 2 tanesi (%6,3) rinoplasti ve 1 tanesi (%3,1) kalça büyütme ve yüz feminizasyonu operasyonu geçirmişti yani katılımcıların genel olarak %31,2'si (n:10) cerrahi operasyon geçirmiş, %68,8'i (n:22) ise geçirmemişti.

Katılımcıların 18 tanesi (%56,3) aileyle birlikte, 7 tanesi (%21,9) yalnız, 7 tanesi (%21,9) ise partneriyle birlikte yaşamaktaydı. Katılımcıların 26 tanesinin (%81,3) aile desteği var, 6 tanesinin ise (%18,8) aile desteği yoktu.

Katılımcıların ortalama cinsiyet hoşnutsuzluğu başlama yaşı 12,41 (±2,734) olarak bulundu. Katılımcıların ilk psikiyatri başvurularıyla cinsiyet geçiş süreci amaçlı ilk başvurularına kadar geçen süre yıl olarak bakıldığında ortalama 4,9063 (±5,75499) olarak bulundu.

Tablo 1:

	N	%
Eğitim Durumu		
İlkokul ve Ortaokul	6	18,8
Lise	14	43,8
Ön lisans ve Lisans	12	37,5
Çalışma Durumu		
Öğrenci	8	25
Çalışıyor	15	46,9
İşsiz	9	28,1
Kiminle Yaşıyor		
Aile	18	56,3
Partner	7	21,9
Yalnız	7	21,9
Aile desteği		
Var	26	81,3
Yok	6	18,8
Hormon kullanımı		
Var	16	50
Yok	16	50
Cerrahi var	10	31,2
Mastektomi	6	18,8
Meme büyütme	1	3,1

Kalça büyütme ve Yüz Feminizasyonu	1	3,1
Rinoplasti	2	6,3
Cerrahi yok	22	68,8

4.2.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından gruplanarak sosyodemografik veriler tekrar değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen trans kadınlar ve trans erkeklerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p:0,014). Katılımcıların yaş ortalaması, trans kadınlar için 22,00 (±4,546) iken trans erkekler için 28,68 (± 9,214) olarak bulunmuştur.

Trans kadınlar için cinsiyet hoşnutsuzluğunun başladığı ortalama yaş 13,20 (±3,615) iken, trans erkekler için 12,05 (±2,236) olarak bulunmuştur. İlk psikiyatri başvurularıyla cinsiyet geçiş süreci amaçlı ilk başvurularına kadar geçen süre yıl olarak bakıldığında, trans kadınlarda ortalama 3,7 (±5,22919), trans erkeklerde ise ortalama 5,4545 (±6,01369) yıl olarak bulunmuştur. Bu oranlar arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Çalışmada ilkokul veya ortaokul mezunu olanların %16,7'si (n:1) trans kadın, %83,3'ü (n:5) trans erkek, lise mezunu olanların %57,1'i (n:8) trans kadın, %42,9'u (n:6) trans erkek, ön lisans veya lisans mezunu olanların %8,3'ü (n:1) trans kadın, %91,7'si (n:11) trans erkek olarak bulunmuştur. Eğitim seviyeleri ve doğumda atanan cinsiyetleri arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. Başka bir şekilde ifade edecek olursak, trans kadınların %10 'unun (n:1) ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu, %80'inin (n:8) lise mezunu olduğu, %10'unun (n:1) ise ön lisans veya lisans mezunu olduğu bulunmuş, trans erkeklerin ise %22,7'sinin (n:5) ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu, %27,3'ünün (n:6) lise mezunu olduğu, %50'sinin ise (n:11) ön lisans veya lisans mezunu olduğu bulunmuştur.

Çalışma hayatlarıyla doğumda atanan cinsiyetleri arasında da istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu. Çalışanların %6,7'sinin (n:1) trans kadın, %93,3'ünün(n:14) trans erkek olduğu, işsiz olanların %55,6'sının (n:5) trans kadın, %44,4'ünün (n:4) trans erkek olduğu, öğrenci olanların ise %50'sinin (n:4) trans kadın, %50'sinin (n:4) trans erkek olduğu sonucu bulundu. Farklı şekilde ifade edecek olursak trans kadınların %10'unun (n:1) çalıştığı, %50'sinin (n:5) işsiz olduğu, %40'ının (n:4) ise öğrenci olduğu bulunurken, trans erkeklerin

ise %63,6'sının (n:14) çalıştığı, %18,2'sinin (n:4) işsiz olduğu, %18,2'sinin (n:4) ise öğrenci olduğu bulunmuştur. Özetle, trans erkeklerin çalışma oranları trans kadınlara kıyasla daha yüksek saptanırken, işsizlik oranı trans erkeklere kıyasla trans kadınlarda daha yüksek saptanmıştır.

Trans erkek ve trans kadınların cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi kullanımları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0,253). Hormon kullanımı olanların %43,8'inin (n:7) trans kadın, %56,2'sinin (n:9) trans erkek olduğu bulunmuştur. Trans kadınların %70'inin (n:7) hormon kullandığı, %30'unun (n:3) kullanmadığı, trans erkeklerin ise %40,9'unun (n:9) hormon kullandığı, %59,1'inin (n:13) ise kullanmadığı bulunmuştur.

Trans erkek ve trans kadınların cerrahi tedavi oranları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0,683). Cerrahi operasyon geçirmiş olanların % 60'ı (n:6) trans erkek, %40'ı (n:4) trans kadın, cerrahi geçirmemiş olanların ise %27,3'ü (n:6) trans kadın, % 72,7'si (n:16) trans erkek idi. Trans kadınların %40'ı (n:4) cerrahi geçirmiş, %60'ı (n:6) geçirmemiş, trans erkeklerin ise %27,3'ü (n:6) cerrahi geçirmiş, %72,7'si ise (n:16) geçirmemişti.

Trans erkek ve kadınların kiminle birlikte yaşadıkları arasında da istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aileyle birlikte yaşayanların %22,2'sinin (n:4) trans kadın, %77,8'inin (n:14) trans erkek olduğu, yalnız yaşayanların %57,1'inin (n:4) trans kadın, %42,9'unun (n:3) trans erkek olduğu, partneriyle birlikte yaşayanların ise % 28,6'sının (n:2) trans kadın, %71,4'ünün (n:5) trans erkek olduğu bulunmuştur. Trans kadınların %40'ının (n:4) ailesiyle birlikte, %40'ının (n:4) yalnız, %20'sinin (n:2) ise partneriyle birlikte yaşadığı, trans erkeklerin ise %63,6'sının (n:14) ailesiyle birlikte, %13,6'sının (n:3) yalnız, %22,7'sinin (n:5) ise partneriyle birlikte yaşadığı bulunmuştur. Özetle, trans erkeklerde aileyle birlikte yaşama oranları daha fazla iken, yalnız yaşama oranları trans kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

Trans kadın ve trans erkekler arasında aile desteği konusunda da istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:1,000). Aile desteği olanların %30,8'inin (n:8) trans kadın, %69,2'sinin (n:18) trans erkek olduğu bulunmuştur. Aile desteği olmayanların ise %33,3'ünün (n:2) trans kadın, %66,7'sinin (n:4) ise trans erkek olduğu bulunmuştur. Trans kadınların %80'inde (n:8) aile desteğinin olduğu, %20'sinde (n:2) aile desteğinin olmadığı; trans erkeklerin ise % 81,8'inde (n:18) aile desteğinin olduğu, %18,2'sinde ise aile desteğinin olmadığı (n:4) bulunmuştur.

Tablo 2:

	TE N:22 (%)	TK N:10 (%)	p
Eğitim Durumu			
İlkokul ve Ortaokul	5(%22,7)	1 (%10)	0,023
Lise	6(%27,3)	8(%80)	0,023
Ön lisans ve Lisans	11(%50)	1(%10)	0,023
Çalışma Durumu			
Öğrenci	4(%18,2)	4(%40)	0,15
Çalışıyor	14(%63,6)	1 (%10)	0,15
İşsiz	4(%18,2)	5(%50)	0,15
Kiminle Yaşıyor			
Aile	14(%63,6)	4(%40)	0,338
Partner	5(%22,7)	2(%20)	0,338
Yalnız	3(%13,6)	4(%40)	0,338
Aile desteği			
Var	18(%81,8)	8(%80)	1,000
Yok	4(%18,2)	2(%20)	1,000
Hormon kullanımı			
Var	9(%40,9)	7(%70)	0,253
Yok	13(%59,1)	3(%30)	0,253
Cerrahi var	6(%27,3)	4(%40)	0,683
Mastektomi	6(%27,3)	0(%0)	0,683
Meme büyütme	0(%0)	1(%10)	0,683

Kalça büyütme ve Yüz Feminizasyonu	0(%0)	1(%10)	0,683
Rinoplasti	0(%0)	2(%20)	0,683
Cerrahi yok	16(%72,7)	6(%60)	0,683

4.3.Katılımcıların DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik görüşme ve Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Sonuçları

Şimdiki Eksen 1 tanılarına bakacak olursak, katılımcılardan 10 kişinin (%31,3) Major depresif bozukluk (MDB) tanısı, 3 kişinin (%9,4) Panik bozukluk (PB) tanısı, 2 kişinin (%6,3) agorafobi tanısı, 5 kişinin (%15,6) toplumsal kaygı bozukluğu tanısı (TKB), 1 kişinin (%3,1)Yaygın Anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı, 2 kişinin (%6,3) Obsesif Kompülsif bozukluk (OKB) tanısı, 3 kişinin (%9,4) Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı, 6 kişinin (%18,8) Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı aldığı bulunmuştur.

Şimdiki MDB tanısıyla TK ve TE arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:1,000). Şimdiki MDB tanı kriterlerini karşılayanların %30'unun (n:3) TK olduğu, %70'inin ise (n:7) TE olduğu bulunmuştur. TK'ların %30'unun (n:3) şimdiki MDB tanısını karşıladığı, TE'lerin ise %31,8'inin şimdiki MDB tanısını karşıladığı bulunmuştur.

Şimdiki PB tanısı alanların %66,7'sinin (n:2) TK, %33.3'ünün TE olduğu, TK'ların %20'sinin (n:2) PB tanısı aldığı, TE'lerin ise % 4,5'inin (n:1) PB tanısı aldığı bulunmuştur. Bu değerlerde istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Şimdiki agorafobi tanısı alanların %50'sinin (n:1) TK, %50'sinin TE (n:1) olduğu, TE'lerin %4,5'inin (n:1), TK'ların ise %10'unun (n:1) şimdiki agorafobi tanısı aldığı, ancak bunlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Şimdiki TKB tanısı alanların %20'sinin (n:1) TK, %80'inin (n:4) TE olduğu bulunmuştur. TK'ların %10'u (n:1), TE'lerin ise % 18,2'si (n:4) şimdiki TKB tanısı almakta olduğu bulunmuştur. TK ve TE'lerde şimdiki TKB tanıları açısından istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:1,000).

Sadece 1 adet trans erkeğin şimdiki YAB tanısını karşıladığı (%4,5) ve sadece 2 adet trans erkeğin şimdiki OKB tanısını karşıladığı (%9,1), ancak TK grubunda şimdiki YAB veya OKB tanısını karşılayan kimsenin olmadığı bulunmuştur.

Şimdiki TSSB tanısı alanların %66,7'sinin (n:2) TK, %33,3'ünün (n:1) TE olduğu bulunmuştur. TK'ların %20'sinin şimdiki TSSB tanısı aldığı, TE'lerin ise %4,5'inin şimdiki TSSB tanısı aldığı bulunmuştur. Bu değerler arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Şimdiki DEHB tanısı alanların %16,7'sinin (n:1) TK, %83,3'ünün (n:5) TE olduğu, TK'lar arasında %10'unun şimdiki DEHB tanısını karşıladığı, TE'ler arasında ise %22,7'sinin şimdiki DEHB tanısını karşıladığı, bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:0,637).

Tablo 3:

	TE	TK	p
Şimdiki SCİD-5			
MDB	7(%31,8)	3(%30)	1,000
Manik epizod	0(%0)	0(%0)	
Psikotik bozukluk	0(%0)	0(%0)	
AKB	0(%0)	0(%0)	
MKB	0(%0)	0(%0)	
PB	1(%4,5)	2(%20)	0,534
Agorafobi	1(%4,5)	1(%10)	1,000
TKB	4(%18,2)	1(%10)	1,000
YAB	1(%4,5)	0(%0)	1,000
OKB	2(%9,1)	0(%0)	0,556
TSSB	1(%4,5)	2(%20)	0,534
DEHB	5(%22,7)	1(%10)	0,637
Uyum bozukluğu	0(%0)	0(%0)	
Diğer	0(%0)	0(%0)	

Geçirilmiş Eksen 1 tanılarına bakacak olursak, 20 kişinin (%62,5) geçirilmiş MDB tanısı aldığı, sadece 1 kişinin (TK) (%3,1) geçirilmiş hipomanik epizod, geçirilmiş kısa psikotik atak (%3,1) ve geçirilmiş madde kullanım bozukluğu (%3,1) tariflediği, 8 kişide (%25) geçirilmiş Alkol kullanım bozukluğu (AKB) tanısı olduğu, 5 kişide (%15,6) geçirilmiş PB tanısı olduğu, 2 kişide (%6,3) geçirilmiş TKB tanısı olduğu, , 2 kişide (%6,3) geçirilmiş YAB tanısı olduğu (ikisi de TE), 2 kişide (%6,3) geçirilmiş OKB tanısı olduğu (ikisi de TE), 5 kişide (%15,6) geçirilmiş TSSB tanısı olduğu, 4 kişide (%12,5) geçirilmiş uyum bozukluğu tanısı olduğu (dördü de TE), 1 kişide (TE) (%3,1) tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı olduğu sonucu bulunmuştur.

Geçirilmiş MDB tanılarının %30'u (n:6) TK, %70'i (n:14) TE olarak bulunmuş; TK'ların %60'ında geçirilmiş MDB tanısı, TE'lerin ise %63,6'sında geçirilmiş MDB tanısı olduğu bulunmuş, bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:1,000).

Geçirilmiş AKB tanılarının %12,5'i (n:1) TK, %87,5'i (n:7) TE olarak bulunmuş; TK'ların %10'unda geçirilmiş AKB tanısı, TE'lerin ise %31,8'inde geçirilmiş AKB tanısı olduğu bulunmuş, bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:0,380).

Geçirilmiş Panik bozukluk tanılarının % 40'ı (n:2) TK, %60'ı (n:3) TE olarak bulunmuş; TK'ların %20'sinde geçirilmiş PB tanısı, TE'lerin %13,6'sında geçirilmiş PB tanısı olduğu bulunmuş, bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:0,637).

Geçirilmiş TKB tanılarının %50'sinin (n:1) TE, %50'sinin (n:1) TK olduğu, TE'lerin %4,5'inde, TK'ların ise %10'unda geçirilmiş TKB tanısı olduğu, bu değerlerde anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

Geçirilmiş TSSB tanılarının ise %20'sinin (n:1) TK, %80'inin (n:4) TE olduğu; TK'ların %10'unda, TE'lerin ise %18,2'sinde geçirilmiş TSSB tanısı olduğu bulunmuş, bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:1,000).

Tablo 4:

	TE	TK	p
Geçirilmiş SCİD-5			
MDB	14(%63,6)	6(%60)	1,000
Manik epizod	0(%0)	1(%10)	0,313
Psikotik bozukluk	0(%0)	1(%10)	0,313
AKB	7(%31,8)	1(%10)	0,380
MKB	0(%0)	1(%10)	0,313
PB	3(%13,6)	2(%20)	0,637
Agorafobi	0(%0)	0(%0)	
TKB	1(%4,5)	1(%10)	1,000
YAB	2(%9,1)	0(%0)	0,556
OKB	2(%9,1)	0(%0)	0,556
TSSB	4(%18,2)	1(%10)	1,000
DEHB	0(%0)	0(%0)	
Uyum bozukluğu	4(%18,2)	0(%0)	0,283
Diğer	1(%4,5)	0(%0)	1,000

Eksen 2 tanılarına bakacak olursak; 4 kişide (%12,5) (4'ü de TE) Paranoid kişilik bozukluğu (KB), 3 kişide (%9,4) Sınırda KB, 8 kişide (%25) Narsisistik KB, 3 kişide (%9,4) (üçü de TK) Histrionik KB, 1 kişide (TK) Çekingen KB (%3,1), 6 kişide (%18,8) Obsesif Kompülsif KB (OKKB) (altısı da TE) bulunmuştur.

Eksen 2 tanılarının cinsiyet kimliğine göre kıyaslamasına bakacak olursak, Sınırda KB tanısı alanların %33,3'ü (n:1) TK, %66,7'si (n:2) TE olarak bulunmuş; TK'ların %10'unda, TE'lerin ise %9,1'inde sınırda KB tanısı olduğu bulunmuştur. Bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Narsisistik KB tanısı alanların %25'i (n:2) TK, %75'i (n:6) TE olarak bulunmuş; TK'ların %20'si, TE'lerin ise %27,3'ü ise Narsisistik KB tanısı bulunmuştur. Bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:1,000).

Paranoid KB sadece TE'lerde ve 4 kişide bulunmuş ve TE'lerde oranı %18,2 bulunmuştur. Histrionik KB ise sadece 3 TK'da bulunmuş ve TK'lardaki oranı %30 gelmiştir. Kaçıngan KB da sadece 1 TK'da görülmüş ve oranı %10 bulunmuştur.

4.4.Katılımcıların SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği Sonuçları ve Cinsiyet Kimliğine göre kıyaslaması:

Katılımcıların SCL-90-R ölçek ortalamaları şu şekilde gelmiştir: somatizasyon 0,43709 (±0,445195), anksiyete 0,581 (±0,5133), obsesyon 0,7281(±0,71718), depresyon 0,9653 (±0,86332), kişiler arası duyarlık 0,8188 (±0,65305), psikotik belirti 0,472 (±0,4290), paranoid belirti 0,7909 (±0,75965), 0,7563 (±0,80051), fobik belirti 0,2897 (±0,33729), ek belirti 0,8806 (±0,79682) ve genel belirti düzeyi 0,6825 (±0,51070).

Tablo 5:

SCL-90-R	TK	TE	P
Somatizasyon	0,49970 (±0,455935) 0,37500 (0,96000-0,06000)	0,40864 (±0,448078) 0,21000 (0,83000-0,06000)	0,589
Anksiyete	0,590 (±0,4701) 0,500 (0,875-0,175)	0,577 (±0,5424) 0,500 (0,900-0,175)	0,826
Obsesyon	0,7100 (±0,70624) 0,5500 (1,2000-0,0750)	0,7364 (±0,73843) 0,6000 (1,1500-0,1000)	0,889
Depresyon	1,1260 (±0,89596) 1,3000 (1,9000-0,2525)	0,8923 (±0,85926) 0,7000 (1,6425-0,0800)	0,483
Kişiler arası duyarlık	0,9400 (±0,76418) 0,7000 (1,4725-0,4000)	0,7637 (±0,60753) 0,6000 (1,3250-0,3250)	0,535
Psikotik belirti	0,450 (±4478) 0,500 (0,800-0,000)	0,482 (±0,4305) 0,400 (0,700-0,175)	0,952

Paranoid düşünce	0,8740 (±0,80739) 0,6850 (1,7325-0,0000)	0,7532 (±0,75347) 0,4500 (1,7000-0,0000)	0,734
Öfke	0,9040 (±0,84020) 0,9350 (1,7325-0,0000)	0,6891 (0,79266) 0,3000 (1,0425-0,0000)	0,562
Fobik kaygı	0,4500 (±0,42869) 0,5000 (0,6650-0,0000)	0,2168 (±0,26716) 0,0000 (0,4300-0,000)	0,109
Ek ölçek	1,0330 (±0,91642) 1,0330 (2,1400-0,1400)	0,8114 (±0,74918) 0,7500 (1,3750-0,0000)	0,509
GSO	0,7560 (±0,55412) 0,8550 (1,3000-0,1725)	0,6491 (±0,49968) 0,7300 (1,1000-0,2000)	0,617

SCL-90-R puanları TK ve TE için kıyaslandığınında alt ölçeklerin hiçbirinde ve genel belirti düzeyinde istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.5. Katılımcıların OSA, EÖ ve SÖ puanları ve cinsiyet kimliğine göre kıyaslaması:

OSA ortalaması 20,50 (±5,322) bulunurken, alt ölçeklerinin ortalaması ise; sosyal beceri 4,19 (±1,804), dikkati kaydırabilme 4,41 (±1,411), ayrıntıya dikkat etme 4,78 (±1,699), iletişim (3,38±2,028), hayal gücü 3,75 (±1,626) olarak bulunmuştur.

EÖ ortalaması 47,31 (±10,394) olarak bulunmuştur.

SÖ ortalaması ise 77,50 (±19,336)'dır.

OSA'nın genel puanı ve tek tek alt ölçeklerinin puanı için TK ve TE karşılaştırması yapıldığında, istatiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

EÖ'nün puanı için TK ve TE karşılaştırması yapılınca yine istatiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Ancak, SÖ'nün TK için ortalama puanı 67,30(±15,115) iken, TE için 82,14(±19,543) bulunmuştur. TE'lerin SÖ puanları TK'lara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p: 0,016).

Tablo 6:

	TE	TK	p
OSA	20,59	20,30 (±6,147)	0,826
Sosyal beceri	4,32(±2,033)	3,90(±1,197)	0,509
Dikkati kaydırabilme	4,50(±1,439)	4,20(±1,398)	0,483
Ayrıntıya dikkat etme	4,73(±1,486)	4,90(±2,183)	0,920
İletişim	3,00(±1,877)	4,20(±2,201)	0,100
Hayal gücü	4,05(±1,618)	3,10(±1,524)	0,151
EÖ	46,82(±10,079)	48,40(±11,539)	0,509
SÖ	82,14(±19,543)	67,30(±15,115)	**0,016**

4.6. Katılımcıların kendine zarar verici davranış, şimdi ve geçmişte olan özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi varlığına göre ve cinsiyet kimliklerine göre incelenmesi

Katılımcılardan 11 tanesinde (%34,4) kendine zarar verici davranış, 17 tanesinde (%53,1) geçmişte özkıyım düşüncesi, 4 tanesinde (%12,5) ise özkıyım girişimi mevcuttu. Katılımcılardan şimdi özkıyım düşüncesi olan kimse yoktu.

Kendine zarar verici davranışı cinsiyet kimliği açısından kıyaslayacak olursak, kendine zarar verici davranışı olanların %9,1'i (n:1) TK, %90,9'u (n:10) TE olarak bulunmuştur. TK'ların %10'unda, TE'lerin ise %45,5'inde kendine zarar verici davranış tespit edilmiştir. Arada fark görülmesine rağmen bu istatiksel açıdan anlamlılığa ulaşmamıştır.

Geçmiş özkıyım düşüncelerini kıyaslayacak olursak, geçmişte özkıyım düşüncesi olmuş kişilerin %41,7'si (n:7) TK, %58,8'i (n:10) TE olarak bulunmuştur. TK'ların %70'inde, TE'lerin ise %45,5'inde geçmişte özkıyım düşüncesi olmuştur. Bu değerler arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Özkıyım girişimlerinin ise tamamı TE tarafından gerçekleştirimiş ve TE'lerde özkıyım girişimi %18,2 (n:4) oranında bulunmuştur.

İlk kez kendine zarar verdiği yaş ortalaması 14,09 (±2,879), kendine zarar verdiği son yaş ortalaması ise 19,45 (±5,241) olarak bulunmuştur. İlk ve son kendine zarar verme yaşları cinsiyet kimliğine göre bakıldığında ise, TK'larda ilk ve son kendine zarar verme yaşı 19,00 olarak bulunmuş (n:1), TE'lerde ise ilk kendine zarar verme yaşı ortalaması 13,60 (±2,503), son kendine zarar verme yaşı ortalaması ise 19,50 (±5,523) olarak bulunmuştur.

Tablo 7:

	TE	TK	p
KZVD var	10 (%45,5)	1 (%10)	0,106
Özkıyım d. Şimdi var	0 (%0)	0 (%0)	
Özkıyım d. Geçmiş var	10(%45,5)	7 (%70)	0,265
Özkıyım girişimi var	4(%18,2)	0(%0)	0,283

4.7.Katılımcıların şimdiki eksen 1 tanılarının cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisiyle ilişkisi:

Hormon tedavisi kullanmakta olanlar ve olmayanlar kıyaslandığında ise, hormon tedavisi kullananların %25'inde (n:4) kendine zarar verici davranış gözlendiği, bu oranın hormon kullanmayanlarda ise %43,8 (n:7) olduğu bulunmuştur. Kendine zarar verici davranışı olanlar içinde %36,4'ünün (n:4) hormon kullandığı, %63,6'sının (n:7) ise kullanmadığı bulunmuştur. Bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:0,457).

Şimdi MDB tanısını karşılayanların %50'sinin (n:5) hormon kullanmakta olduğu, %50 (n:5)'sinin ise kullanmadığı bulunmuş. Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi kullanmakta olan bireylerde şimdiki tanı olarak MDB görülme oranı %31,2 (n:5), kullanmayanlarda görülme oranı ise %31,2 (n:5) bulunmuş ve fark bulunmamıştır.

Hormon kullanımı olan bireylerin %12,5'i (n:2), kullanmayanların ise %6,2'si (n:1) şimdi PB tanısı alırken, PB tanısı alanların %66,7'sinin (n:2) hormon kullandığı, %33,3'ünün (n:1) ise kullanmadığı bulunmuş, ancak bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Şimdiki agorafobi ve OKB tanılı bireylerde hormon kullanımı %50 (n:1) ve kullanmayanlar %50 (n:1) olarak bulunmuş ve fark gözlemlenmemiştir. Aynı şekilde hormon kullanımı olan ve olmayan bireylerde agorafobi veya OKB görülme oranları %6,2 (n:1) bulunmuştur.

TKB tanılı bireylerin %40'ının (n:2) hormon kullandığı, %60'ının ise (n:3) kullanmadığı bulunmuştur. Hormon kullananların %12,5'i (n:2) TKB tanısı alırken, kullanmayanlarda bu oran %18,8 (n:3) olarak bulunmuş, ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. (p:1000)

Örneklem içinde şimdi YAB tanısı alan sadece bir kişi vardır ve hormon kullanmaktadır. Hormon tedavisi kullanmakta olanlar içinde YAB tanısı %6,2 oranında gözlemlenmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Örneklemde şimdi TSSB tanısı alan 3 kişi bulunmakta ve üçü de hormon kullanmaktadır. Hormon kullananlar arasında TSSB oranı %18,8 olarak bulunmuş ancak fark anlamlı bulunmamıştır.

DEHB tanılı bireyler arasında hormon kullananların oranı %66,7 (n:4) bulunurken, kullanmayanların oranı %33,3 (n:2) gelmiştir. Hormon kullanan bireylerde DEHB oranı ise %25 (n:4), kullanmayan bireylerde ise %12,5 (n:2) bulunmuş, istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,654).

Hormon kullanan bireylerin yaş ortalamasının 27,81 (±10,231), kullanmayanların ise 25,38 (±6,652) olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada hormon kullanımı ile, SCL-90-R belirti tarama testi, bu testin alt ölçekleri, OSA ve onun alt ölçekleri, EÖ, SÖ değerleri açısından istatiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 8:

	Hormon +	Hormon -	p
Şimdiki SCİD-5			
MDB	5(%31,2)	5(%31,2)	1,000
Manik epizod	0(%0)	0(%0)	
Psikotik bozukluk	0(%0)	0(%0)	
AKB	0(%0)	0(%0)	
MKB	0(%0)	0(%0)	
PB	2(%12,5)	1(%6,2)	1,000
Agorafobi	1(%6,2)	1(%6,2)	1,000
TKB	2(%12,5)	3(%18,8)	1,000
YAB	1(%6,2)	0(%0)	1,000
OKB	1(%6,2)	1(%6,2)	1,000
TSSB	3(%18,8)	0(%0)	0,226
DEHB	4(%25)	2(%12,5)	0,654
Uyum bozukluğu	0(%0)	0(%0)	
Diğer	0(%0)	0(%0)	

4.8.Katılımcıların şimdiki eksen 1 tanılarının cerrahi ile ilişkisi:

Cerrahi operasyon geçirmiş bireylerle geçirmemiş olanlar kıyaslandığında ise, cerrahi geçirmiş olanların yaş ortalaması 27,90 (±7,015) olarak bulunmuştur. Cerrahi geçirmiş ve geçirmemiş bireyler arasında SCL-90-R ve alt ölçeklerinin puanları, sosyal beceri alt ölçeği hariç OSA ve alt ölçekleri, EÖ ve SÖ puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. OSA'nın sosyal beceri alt ölçeğine bakacak olursak, cerrahi geçirmiş olan bireylerde ortalama 3,20 (±1,814), geçirmemiş olanlarda ise ortalama 4,64 (±1,649) olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,47).

Cerrahi geçirmiş olanlarda kendine zarar verme davranışı %10 (n:1) olarak bulunurken, geçirmeyenlerde bu oran %45,5 (n:10) olarak bulunmuş, kendine zarar verme davranışı olanların %90,9'unun (n:10) cerrahi tedavi geçirmediği, %9,1'inin (n:1) ise geçirdiği bulunmuştur. Ancak bu fark istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:0,106).

Cerrahi tedavi geçiren bireylerde şimdi MDB tanısı görülme oranı %30 (n:3) iken, geçirmeyenlerde görülme oranı %31,8 (n:7) bulunmuştur. Şimdi MDB tanısı alan bireylerin ise %70'inin (n:7) cerrahi olmadığı, %30'unun ise (n:3) olduğu bulunmuştur. Bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:1,000).

Cerrahi tedavi olanların %20'sinde (n:2) TKB tanısı olduğu, olmayanların ise %13,6'sında (n:3) TKB tanısı olduğu bulunmuştur. TKB tanılı bireylere bakıldığında ise %40'ının (n:2) cerrahi geçirdiği, %60'ının (n:3) ise geçirmediği bulunmuştur. Bu fark, istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p:0,637).

Şimdiki PB, agorafobi,YAB,OKB,TSSB,DEHB tanılarıyla cerrahi girişim olup olmadığı karşılaştırılınca, bu parametreler için istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Örneklem içinde 7 kişinin hem hormon kullanmakta olduğu, hem de cerrahi girişim geçirmiş olduğu bulunmuştur. Hormon tedavisi kullanmakta olanların %43,8'inin (n:7) cerrahi geçirmiş olduğu, cerrahi geçirmiş olanların ise %70'inin (n:7) hormon kullanmakta olduğu bulunmuştur.

4.9.Katılımcıların şimdiki eksen 1 tanılarının aile desteğiyle ilişkisi:

Aile desteği ile eksen 1 tanıları kıyaslandığında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Aile desteği olan bireylerde TSSB %3,8 (n:1) oranında iken, aile desteği olmayanlarda %33,3 (n:2) olduğu, burada bir farklılık olduğu düşünülmüş ancak istatiksel açıdan anlamlılığa ulaşamamıştır.

Aile desteği olanlarda kdzv değerlendirildiğinde ise oran %30,8 (n:8) bulunmuş, aile desteği olmayanlarda ise %50 (n:3) bulunmuştur. Burada bir farklılık olduğu düşünülmüş ancak istatiksel açıdan anlamlılığa ulaşamamıştır.

Tablo 9:

	Aile desteği +	Aile desteği -	p
Şimdiki SCİD-5			
MDB	8(%30,8)	2(%33,3)	1,000
Manik epizod	0(%0)	0(%0)	
Psikotik bozukluk	0(%0)	0(%0)	
AKB	0(%0)	0(%0)	
MKB	0(%0)	0(%0)	
PB	2(%7,7)	1(%16,7)	1,000
Agorafobi	1(%3,8)	1(%16,7)	0,345
TKB	3(%11,5)	2(%33,3)	0,228
YAB	0(%0)	1(%16,7)	
OKB	1(%3,8)	1(%16,7)	0,345
TSSB	1(%3,8)	2(%33,3)	0,083
DEHB	5(%19,2)	1(%16,7)	1,000
Uyum bozukluğu	0(%0)	0(%0)	
Diğer	0(%0)	0(%0)	
KZVD	8(%30,8)	3(%50,0)	0,390
Geçmiş özkıyım d.	13(%50)	4(%66,7)	0,659

5.TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliğine göre İncelenmesi:

Avrupa'da cinsiyet kimliği kliniklerinden alınan kayıtlara göre yaygınlığın doğumda atanan cinsiyeti erkek olanlarda 11,000'de 1, doğumda atanan cinsiyeti kadın olanlarda ise 30,000'de 1 olduğu tahmin edilmektedir. DSM-5 cinsiyetinden hoşnutsuzluk için doğumda atanan cinsiyeti erkek olanlarda 0.005 ile 0.014 arasında, doğumda atanan cinsiyeti kadın olanlar için ise 0.002 ile 0.003 arasında yaygınlık vermiştir.[5] Literatürdeki klinik temelli çalışmalardan anlaşıldığı üzere yetişkinlerde trans kadın yaygınlığı, trans erkeklere göre yüksektir.[26,27,28] Cinsiyet oranı açısından merkezler, doğumda atanan cinsiyeti kadın olan her bir bireye karşılık, doğumda atanan cinsiyeti erkek olan 3-5 birey bildirmektedir.[5] Polonya, İran ve Japonya'da yapılmış olan çalışmalarda farklı olarak doğumda atanan cinsiyeti kadın olanların başvuru oranı daha fazla bulunmuştur.[172,173,174]

Bizim çalışmamızda da, literatürdekinin aksine, trans erkek oranları daha fazla bulundu. Katılımcıların %68,8'i (n:22) TE, %31,1'i (n:10) TK idi. Bizim toplumumuzun ataerkil yapısı ve erkek cinsiyete değer atfedilmesinden ötürü, TK'ların TE'lere kıyasla sosyal desteği, toplumda kabul görme oranları daha azdır ve daha çok ayrımcılığa, transfobik tepkilere maruz kalmaktadırlar. Ötekileştirmenin yarattığı güvensizlik duyguları, TK'ların ihtiyaçları olduğu zaman sağlık kuruluşlarına başvurmalarını da engeller. Bunlar nedenli ülkemizde TK'ların hastane başvuruları TE'lere kıyasla daha az olabilmekte ve klinik çalışmalarda bulunan oranlar TE'ler lehine çıkabilmektedir. Yine çalışmamıza katılan TE'lerin %40,9'unun (n:16) hormon kullanımı varken, bu oran TK'lar için %70 (n:16) olarak bulunmuştur ancak bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan trans bireylerin çoğu, birimimize başvurmadan önce, doktor kontrolünde olmadan kendileri hormon kullanmaya başlamıştı.

Çalışmamızda hastane başvuru oranları daha az olan TK bireylerde, TE'lere kıyasla hormon kullanım yüzdeleri daha fazla bulunmuştur. Sağlık kuruluşlarına olan güvensizlik ve yaşanan kaygı, trans bireyleri merdiven altı tıbbi müdahalelere sürüklüyor olabilir ve bu durum pek çok sağlık sorununa neden olabilir.

Katılımcıların toplam yaş ortalaması 26,59 (± 8,568) olarak bulunmuş, yaş ortalaması cinsiyet kimliğine göre bakıldığında ise aralarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p:0,014). Yaş ortalaması trans kadınlar için 22,00 (±4,546) iken trans erkekler için 28,68 (± 9,214) olarak bulunmuştur, TE'lerin TK'lara kıyasla yaş ortalaması anlamlı derecede yüksektir. Literatürdeki çalışmaların çoğunda cinsiyet kimliği kliniklerine başvuruda TE'lerin TK'lara kıyasla daha erken yaşlarda başvurduğu gözlemlenmiştir.[26,50,51,174,175,176,177] Bizim çalışmamızda bu durum literatürdekinden farklı çıkmıştır. Toplam yaş ortalaması ise Avrupa'da yapılan bazı çalışmalardan daha düşük bulunurken, İspanya'da yapılan çalışmaya daha yakın bulunmuştur. [45,51,82,176,177] İspanya'daki çalışmada cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisine başlama yaş ortalaması TK için 24,4 (±7,8) iken TE için 25,1 (±9,7) olarak, cinsiyet olumlayıcı cerrahi tedavisine başvuru yaş ortalaması ise TK'lar için 29,7 (±8,3) iken TE için 27,3 (±7,7) olarak bulunmuştur.[51]

Çalışmamızda Katılımcıların 15 tanesi (%46,9) çalışıyor, 9 tanesi (%28,1) işsiz, 8 tanesi (%25,0) öğrenciydi. Trans kadınların %10'unun (n:1) çalıştığı, %50'sinin (n:5) işsiz olduğu, %40'ının (n:4) ise öğrenci olduğu bulunurken, trans erkeklerin ise %63,6'sının (n:14) çalıştığı, %18,2'sinin (n:4) işsiz olduğu, %68,8'sinin (n:22) ise öğrenci olduğu bulunmuştur. Genele bakacak olursak da işsizlik oranının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların çalışan kesim oranları ise literatürdeki bazı çalışmalardan düşük bulunmuştur.[45,51,177] Çalışmamızda işsizlik oranlarının TK'larda TE'lere oranla daha fazla olduğu görülmüştür ve bu istatiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p:0,015). Bu durum literatürde mevcut olan geçmiş çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. [26,51,178]

Aileyle birlikte yaşayanların %22,2'sinin (n:4) trans kadın, %77,8'inin (n:14) trans erkek olduğu, yalnız yaşayanların %57,1'inin (n:4) trans kadın, %42,9'unun (n:3) trans erkek olduğu, partneriyle birlikte yaşayanların ise % 28,6'sının (n:2) trans kadın, %71,4'ünün (n:5) trans erkek olduğu bulunmuştur. İstatiksel açıdan anlamlı fark olmamasına rağmen, çalışmada trans erkeklerde aileyle birlikte yaşama oranları daha fazla iken, yalnız yaşama oranları trans kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Aile desteğine bakacak olursak, yine istatiksel açıdan anlamlı bulunmamakla birlikte; aile desteği olanların %30,8'inin (n:8) trans kadın, %69,2'sinin (n:18) trans erkek olduğu bulunmuştur. Bu literatürle uyumlu olup, yine TK'ların toplumda kabul görmelerinin, sosyal ve aile desteklerinin daha az olduğunu yordamaktadır.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri cinsiyet kimliğine göre kıyaslandığında; TE'lerin %50'sinin (n:11) ön lisans veya lisans mezunu olduğu, %27,3'ünün (n:6) lise mezunu olduğu, %22,7'sinin (n:5) ise ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu, TK'ların ise %10'unun (n:1) ön lisans veya lisans mezunu olduğu, %80'inin (n:8) lise mezunu olduğu, %10'unun (n:1) ise ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur. TE'lerin eğitim düzeyi TK'lara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farklılık istatiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p:0,023). Bu geçmiş literatür bilgileriyle uyumludur.[157,175,178] Yapılan bir araştırmada TK'ların yüksek bir öğrenim gerektirmeyen işlere girme ve işsizlik oranlarının TE'lere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. [179]

5.2.Katılımcıların Eksen 1 Tanılarına göre İncelenmesi:

Trans bireylerde psikiyatrik eş tanıyı değerlendiren pek çok çalışmada, kesitsel ve hayat boyu eş tanı oranları genel popülasyona kıyasla veya cisgender kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farka özellikle duygudurum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının katkısı olduğu, trans bireylerde en sık eşlik eden psikiyatrik tanıların bunlar olduğu; Şizofreni ve Bipolar Duygudurum bozukluğu gibi ciddi ruhsal patolojilerin ise genel popülasyonla eşit sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir.

Çalışmamızda şimdiki Eksen 1 tanılarına bakacak olursak, katılımcılardan 10 kişinin (%31,3) Major depresif bozukluk (MDB) tanısı, 3 kişinin (%9,4) Panik bozukluk (PB) tanısı, 2 kişinin (%6,3) agorafobi tanısı, 5 kişinin (%15,6) toplumsal kaygı bozukluğu tanısı (TKB), 1 kişinin (%3,1)Yaygın Anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı, 2 kişinin (%6,3) Obsesif Kompülsif bozukluk (OKB) tanısı, 3 kişinin (%9,4) Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı, 6 kişinin (%18,8) Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı aldığı bulunmuştur. Yani en yaygın görülen psikopatolojilerde ilk sırada MDB yer alırken, ikinci sırada anksiyete bozuklukları gelmektedir.

Yaşam boyu Eksen 1 tanılarına bakacak olursak da, 20 kişinin (%62,5) geçirilmiş MDB tanısı aldığı, sadece 1 kişinin (TK) (%3,1) geçirilmiş hipomanik epizod, geçirilmiş kısa psikotik atak (%3,1) ve geçirilmiş madde kullanım bozukluğu (%3,1) tariflediği, 8 kişide (%25) geçirilmiş Alkol kullanım bozukluğu (AKB) tanısı olduğu, 5 kişide (%15,6) geçirilmiş PB tanısı olduğu, 2 kişide (%6,3) geçirilmiş TKB tanısı olduğu, , 2 kişide (%6,3) geçirilmiş YAB tanısı olduğu (ikisi de TE), 2 kişide (%6,3) geçirilmiş OKB tanısı olduğu (ikisi de TE), 5 kişide

(%15,6) geçirilmiş TSSB tanısı olduğu, 4 kişide (%12,5) geçirilmiş uyum bozukluğu tanısı olduğu (dördü de TE), 1 kişide (TE) (%3,1) tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı olduğu sonucu bulunmuştur. Yani yine en yaygın psikopatoloji olarak MDB ön plana çıkmakta, 2. Sırada Anksiyete bozuklukları yer almakta, 3. Sırada ise AKB gelmektedir.

Yani çalışmamızdaki şimdiki ve hayat boyu eksen 1 patolojileri, geçmiş literatürle paralel gelmiş ve en sık MDB ve anksiyete bozuklukları gibi daha çok stresle ilişkili psikopatolojiler görülmüştür.

Literatüre bakacak olursak, Mehrabi'nin çalışmasında en sık görülen eş tanı MDB (%35) iken, Kim'in Kore'de, Beck Depresyon Envanterini kullanarak yaptığı çalışmasında ise katılımcıların %77'sinde (43 kişi) depresyon saptamıştır.[180,181] Haraldsen ve Dahl'ın çalışmasında %17,4 katılımcı MDB tanısı alırken, Hepp'in çalışmasında ise şimdiki MDB tanısı yaygınlığı %12,9, hayat boyu MDB yaygınlığı ise %45,2 olarak bulunmuştur. [64,66] Distimi tanısı ise, Meybodi'nin çalışmasında %7,2, Haraldsen ve Dahl'ın çalışmasında %4,7 ve Hepp'in çalışmasında ise %6,5 yaygınlığında bulunmuştur.[64,66,72] Smith ve Jones çalışmalarında trans kadınlar için depresyon tanısı yaygınlığının yüksek olduğunu bildirirken[182,183], Jones'un farklı bir çalışmasında ve Bolger'in Trans erkekler üzerine olan bir çalışmasında trans erkekler için benzer sonuçlar bulunmuştur[184,185]. Çalışmamızdaki şimdiki MDB yaygınlığı %31,3 olarak bulunmuş olup, literatürdeki pek çok çalışmadan daha yüksek gelirken, Mehrabi'nin çalışmasındaki yaygınlığa benzer (%35), Kim'in Kore'de yaptığı çalışmadan (%77) ise düşük bulunmuştur. Hayat boyu MDB yaygınlığı ise çalışmamızda %62,5 olarak bulunmuş ve daha önce literatürde Hepp'in çalışmasında belirtilen değerlerden (%45,2) yüksek bulunmuştur.

Literatürde, Meybodi'nin çalışmasında Bipolar duygudurum bozukluğu %2,4 yaygınlıkta bulunurken, psikotik bozukluk tanısı alan katılımcı olmamıştır[72]. Hepp'in çalışmasında da Bipolar duygudurum bozukluğu tanısı saptanmamıştır.[64] Gomez-Gil'in çalışmasında da Bipolar duygudurum bozukluğu ve Psikotik bozukluk tanı yaygınlığı düşük bulunmuştur.[51] Ancak Haraldsen ve Dahl 84 katılımcı arasında 2 kişide (%2,3) Bipolar duygudurum bozukluğu tanısı saptamıştır.[66] Habermeyer de psikotik özellikli manik epizodda olan bir cinsiyet hoşnutsuzluğu vakası bildirmiştir.[181] Hepp'in 31 katılımcıyla yaptığı çalışmasında ise 2 kişi BTA psikotik bozukluk tanısı almıştır.[64] Yapılan çalışmalardan da görüldüğü üzere, Bipolar duygudurum bozukluğu veya psikotik bozukluklar gibi ciddi ruhsal hastalıklar trans bireylerde nadir görülmektedirler. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu gibi ciddi ruhsal patolojiler görülmemiştir.

En sık görülen eş tanılardan anksiyete bozuklukları yaygınlığına bakacak olursak; Meybodi'nin çalışmasında 2. En sık eksen 1 tanısı %36,1 yaygınlıkla anksiyete bozuklukları olarak bulunmuştur. Bu çalışmada özgül fobi %20,5 yaygınlıkla en sık görülen anksiyete bozukluğu olarak saptanmış iken, OKB ve YAB onu sırayla izlemektedir (%6).[72] Mehrabi'nin çalışmasında %19,2 yaygınlıkta anksiyete bozukluğu tanısı bulunurken, OKB tanısı ise %14 yaygınlıkta bulunmuştur.[180] Haraldsen ve Dahl'ın ve Heylens'in çalışmalarında da anksiyete bozuklukları 2. En sık görülen eş tanı olarak saptanmıştır.[59,66] Hepp çalışmasında şimdiki anksiyete bozukluğu yaygınlığını %25,8 ve hayat boyu anksiyete bozukluğu yaygınlığını ise %22,6 olarak saptamıştır. Hepp'in çalışmasında en sık görülen anksiyete bozuklukları, Panik bozukluk ve özgül fobi olarak bulunmuş ve şimdiki yaygınlıkları %6,5 iken, hayat boyu yaygınlıkları ise %12,5 olarak bulunmuştur.[64] Gomez-Gil'in çalışmasında ise trans bireylerde hayat boyu yaygınlığı en yüksek olan tanılar, uyum bozukluğu ve sosyal fobi olduğu, dolayısıyla en sık görülen anksiyete bozukluğunun sosyal fobi olduğu saptanmıştır.[51] Çalışmamızda şimdiki anksiyete bozukluklarından en sık TKB (15,6) ve PB (%9,4) görüldüğü sonucu saptanmıştır. Bu, Gomez-Gil'in çalışmasında da en sık görülen anksiyete bozukluğunun TKB ve Hepp'in çalışmasında PB'nin en sık görülen anksiyete bozukluklarından biri olmasıyla uyumludur.

Yine literatüre bakacak olursak, Meybodi'nin çalışmasında madde kullanım bozukluğu yaygınlığı %8,4 bulunurken, Hepp'in çalışmasında şimdiki yaygınlık %9,7 ve hayat boyu yaygınlık ise %45,2 olarak bulunmuştur.[64,72] Haraldsen ve Dahl'ın çalışmasında madde kullanım bozukluğu yaygınlığı %16,2 iken, Cole'un çalışmasında ise maddeyle ilişkili psikiyatrik bozukluk oranları %25 olarak bulunmuştur.[66,67] Gomez-Gil'in çalışmasında alkol ve madde kullanım bozuklukları yaygınlığı TK'larda TE'lere kıyasla daha fazla bulunmuştur.[51]Çalışmamızda yaşam boyu eksen 1 patolojilerine baktığımızda 3. En sık görüleni AKB (%15,6) olarak bulunmuştur. Bu literatürde Hepp'in çalışmasında belirttiği hayat boyu MKB yaygınlığından (%45,2) daha düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda, katılımcılardan, şimdiki eksen 1 tanılarında MKB tanısı alan olmamıştır, bu literatürden farklıdır. Farklı çalışmalarda farklı yaygınlık oranlarının saptanması, farklı kültürlerde ve topluluklarda maddeye ulaşımın ve madde kullanımı yaygınlıklarının farklı olmasından kaynaklanabileceği gibi, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler için başvuran bireylerde, bu durumun tedavi görmesine engel olabileceğini düşünüp paylaşmama olasılığından da kaynaklanabileceği düşünülmüştür.[72]

Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerin yaşadığı, bedensel cinsiyet özelliklerinden duyulan rahatsızlık, toplumsal cinsiyet rolleri beklentileri nedenli yaşadıkları uyumsuzluk, bazen çok yoğun bir strese yol açabilmekte ve ruhsal sıkıntılara, hatta duygudurum ve anksiyete bozukluklarına yol açabilmektedir. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda bu bireylerde cinsiyet olumlayıcı tıbbi müdahaleler sonrası duygudurum ve anksiyete bozukluklarında belirgin azalma gösterilmiştir.[73,74,75] Yine duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığını açıklayabilecek ikinci bir etmen de azınlık stresidir.[59] Kişilerin azınlık olma statülerinden ötürü yaşadıkları stres pek çok ruhsal sıkıntıya öncü olabilmektedir. Toplumda yaşadıkları dışlanma, ötekileştirme, ayrımcılık, damgalanma, önyargıyla ilişkili olaylar, olumsuz deneyimler; zaman içinde kişi tarafından içselleştirilmeye başlanır, içselleştirilmiş transfobi, reddedilme beklentileri, kendini damgalama ve cinsiyet kimliğinin gizlenmesi gibi durumlar stresle ilişkili ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Katılımcılar arasında da klinik görüşmeler esnasında, cinsiyet kimliğiyle ilişkili yoğun suçluluk duyguları, kendini kabullenememe ve buna sekonder gelişen depresif belirtiler, toplum tarafından kabul görmeme, aile desteğinden yoksun kalma, işsiz kalma veya önyargıyla ilişkili örseleyici bir olay yaşayabileceği konusunda yoğun endişeler, cinsiyet kimliğinin açığa çıkacağı gibi olumsuz bilişlerle şekillenen sosyal kaygılar sıkça gözlemlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda yaygın görülen alkol ve madde kullanım bozukluklarının altında yatan nedenler ise; azınlık stresinin öznel ve nesnel stres faktörleriyle veya cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntıyla ya da travmatik yaşantılarla baş etme amaçlı veya psikiyatrik eş tanıyı kendi kendine tedavi amaçlı kullanım olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çoğu çalışmada eksen 1 patolojileri ve yaygınlık oranı açısından cinsiyetler arası fark gösterilememiştir. Yapılan 4 farklı çalışmada ise, trans kadınlarda trans erkeklere kıyasla eksen 1 psikopatolojileri daha yaygın bulunmuştur.[43,51,69,186] Bizim çalışmamızda ise şimdiki ve hayat boyu eksen 1 patoloji oranlarına tek tek bakıldığında TK ve TE grubu arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada oranlar açısından MDB, TKB, AKB ve DEHB açısından TE'lerin oranları; şimdiki TSSB ve PB açısından ise TK'ların yaygınlık oranları daha fazla olduğu görülse de bu farklılık istatiksel anlamlılığa ulaşamamıştır. TK ve TE'lerde eksen 1 patolojilerinin yaygınlığının benzer olması literatürle uyumlu bulunmuştur.[58,66] Biz çalışmamızda, TK'ların daha fazla damgalama ve ayrımcılığa uğrama riski altında olmasına sekonder duygudurum ve anksiyete bozukluklarında artış görülmesini bekliyorduk ancak çalışmanın sonunda TK ve TE grubu arasında fark olmadığı görüldü. Bu örneklem

sayısının az olması, bazı psikopatolojilerde karşılaştırma yapılabilecek hasta sayısına ulaşılamamasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, TK grubunun yaş ortalamasının TE grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük olmasına ve TE'lerin cinsiyet geçiş sürecine başvuruda daha uzun süre beklemesine ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı sıkıntının daha uzun süre yaşanmasına bağlı da olabileceği düşünüldü.

Uzunlamasına yapılan çalışmaların çoğunda, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler sonrasında cinsiyet hoşnutsuzluğunun azaldığı, psikiyatrik eş tanı oranlarının belirgin düştüğü ve genel popülasyon oranlarına eşitlendiği bulunmuştur.[73,74,75] Bunun tedavinin direkt etkisinden kaynaklanabileceği gibi, dolaylı olarak da kişinin kendini kabul ettiği cinsiyetiyle daha uyumlu bir bedene sahip olması hissinden kaynaklanma olasılığı büyüktür.[58] Bizim çalışmamızda ise hem hormon tedavisinin hem de cerrahi girişimlerin tek tek şimdiki eksen 1 patolojileriyle olan ilişkisi incelenmiş, ancak hiçbiri istatiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Kendine zarar verici davranış ile hormon tedavisi ve cerrahi girişim ilişkisi tek tek incelendiğinde ikisinde de fark görülmüş ama ikisi de istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sadece cerrahi tedavi görmüş kişilerde OSA'nın sosyal beceri alt ölçeği puanlarında azalma görülmüş ve bu istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Trans bireylerde bu alt ölçeğin yaşadıkları sosyal kaygı nedenli yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Cerrahi tedaviler sonrası birey kendini tanımladığı cinsiyetle daha uyumlu bir bedene kavuşabilir, bu durum özgüvenini arttırabilir ve yaşadığı sosyal kaygıyı azaltabilir.

5.3.Katılımcıların Eksen 2 Tanılarına göre İncelenmesi:

Eksen 2 patolojilerine bakacak olursak, literatürde yaygınlık oranlarının %4.3'ten %81.4'e kadar değişken sonuçlar bulunduğu görülmüştür. Çoğu çalışmada en sık B kümesi kişilik bozuklukları, bunlardan da özellikle Narsisistik ve Borderline kişilik bozuklukları saptanmıştır. C kümesinin, özellikle de çekingen kişilik bozukluğunun ve A kümesinin, özellikle de paranoid ve şizoid kişilik bozukluklarının yaygın bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. Çoğunlukla kişilik bozukluğu yaygınlığı konusunda, cinsiyetler arasında veya erken ya da geç başlangıçlı cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireyler arasında fark gösterilmemiştir.[71]

Bizim çalışmamızda 4 kişide (%12,5) (4'ü de TE) Paranoid kişilik bozukluğu (KB), 3 kişide (%9,4) Sınırda KB, 8 kişide (%25) Narsisistik KB, 3 kişide (%9,4) (üçü de TK) Histrionik KB, 1 kişide (TK) Çekingen KB (%3,1), 6 kişide (%18,8) Obsesif Kompülsif KB (OKKB) (altısı da TE) bulunmuştur. Bu örneklemde en sık Narsisistik KB görüldüğü , ikinci sırada OKKB, üçüncü sırada ise Paranoid KB geldiği bulunmuştur. Narsisistik KB ilk sırada görülmesi daha önceki literatür bilgisiyle uyumludur.[71,82] OKKB'nin 2. sıklıkta gelmesi daha önceden beklediğimiz bir sonuç olmamakla birlikte, DSM-5 kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmeye göre OKKB tanısı alan bireylerin büyük kısmının aynı zamanda Narsisistik KB tanısı alması, bunun daha çok Narsisistik KB'nun getirdiği mükemmelliyetçi özelliklere bağlı böyle sonuçlanmış olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde, kesin bir sonucu olmamakla birlikte, eksen 2 patolojisi yaygınlığının olası altta yatan nedenlerinin üzerinde de durulmuştur. Erken yaşlardan beri süreğen şekilde azınlık stresine maruz kalmanın, işlevsel olmayan bazı kişilik özellikleri veya kişiler arası ilişki paternlerinin gelişimine neden olabileceği, bunun da bir kişilik bozukluğunun semptomlarına benzeyebileceği düşünülmüştür.[71]

Trans bireylerin toplumda yaşadığı damgalama, ötekileştirme, ayrımcılık, şiddet boyutuna kadar varabilen transfobi, yaşanan tüm bu olumsuz deneyimler ve bu süreçlerin içselleştirilmesine sekonder bireylerde paranoid özellikler görülebileceği, hatta bu durumun bir aşamaya kadar uyum sağlayıcı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda da 3. En sık görülen kişilik bozukluğu Paranoid kişilik bozukluğudur.

Ayrıca kişilik bozukluğu açısından trans bireyleri değerlendirirken daha dikkatli olmalı ve bireyin geçiş sürecinin hangi aşamasında olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin sosyal geçişinin başlarında olan bireylerde, alınma düşünceleri ve şüphecilik olabilmektedir.[171]

Kişilik bozukluklarının ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun başlangıcı genelde ergenliğe ve erken erişkinliğe dayanmaktadır. Kişilik bozukluklarının, cinsiyet hoşnutsuzluğuyla işlevsel olmayan bir başa çıkma yöntemi olarak gelişmiş olabileceği, trans bireyin yoğun cinsiyet hoşnutsuzluğu duygularının üstesinden; insanlarla etkileşimden kaçınarak, kendine zarar vererek, öfke patlamalarıyla veya büyüklenmeci hayaller kurarak gelebileceği, ki bunların da kişilik bozukluklarında yaygın görülen örüntüler olduğu savunulmuştur.[171] Bunlar bazı kişilik bozuklukluklarının diğerlerinden daha yaygın görülmesinin nedenleri olabilir.

KB'larının yaygınlığı TE ve TK olarak kıyaslandığında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Bu da literatürün büyük kısmıyla uyumludur.[66,71,82]

5.4. Katılımcıların SCL-90-R sonuçlarının incelenmesi:

SCL-90-R Ruhsal belirti tarama testi sonuçlarına bakacak olursak, bu testte 0,5 puan ve üzeri alan alt ölçeklerde orta düzeyde ruhsal problem olduğu, 1 puan ve üzeri alan alt ölçeklerde ise ciddi düzeyde ruhsal problem olduğu söylenebilir. Bizim örneklemimizde; anksiyete, obsesyon, depresyon, kişilerarası duyarlık, paranoid düşünce, öfke, ek ölçek gibi alt ölçeklerin ve genel belirti düzeyinin ortalamaları hem TE hem de TK grubunda 0,5'ten yüksek bulunmuştur ve orta derecede probleme işaret etmektedir. Sadece TK grubu için depresyon ve ek ölçek ortalamaları 1'in üzerinde bulunmuş ve ciddi derecede probleme işaret etmektedir. Bu sonuçlar örneklem grubunda yapılandırılmış klinik görüşmelerle konulan tanılarla örtüşmektedir, örneğin örneklemde MDB ve Anksiyete bozuklukları en sık görülmüştü, bu da anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinin yüksek çıkmasını açıklamaktadır. Yine eksen 2 patolojileri olarak OKKB ve Paranoid KB'un sık görülmesi, obsesyon ve paranoid düşünce alt ölçeklerini açıklamaktadır. Yine bazı trans bireyler yaşadıkları utanç duygusu ve damgalanma nedeniyle cinsiyet hoşnutsuzluğunun obsesif kompulsif özelliklerini geliştirebilir. Kişiler arası duyarlık alt ölçeğindeki sorular daha çok; kişinin sosyal ilişkilerinde zorluk yaşaması, rahatsızlık hissetmesi, yetersizlik duygularının olması ve kalabalık ortamlardan kaçınmasıyla ilişkilidir ki bu ölçeğin ayrımcılığa ve damgalamaya uğrayan, azınlık stresi yaşayan ayrıca cinsiyet hoşnutsuzluğu olan Trans bireylerde yüksek çıkması gayet olasıdır, ki bunlar öfke alt ölçeğini de açıklayabilir. Ek ölçek ise uyku ve iştahla ilgili değişiklikleri ve suçluluk duygusunu sorgulamaktadır. Henüz kendini kabullenememiş, cinsiyet kimliği nedenli yoğun suçluluk duyguları yaşayan bireylerde ek ölçek puanları yüksek gelebilir veya eşlik eden MDB nedenli bu alt ölçek yükselebilir.

SCL-90-R alt ölçeklerinin puanları ve genel belirti düzeyi, TK ve TE için kıyaslandığında istatiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

5.5.Katılımcıların OSA, EÖ ve SÖ sonuçlarının incelenmesi:

Literatürde Otizm spektrum anketi kullanarak yapılan çalışmalara bakılacak olursa, bir çalışmada sosyal beceri ve dikkatini kaydırma alt ölçeklerinin trans erkeklerde daha yüksek puan aldığı[136], diğer bir çalışmada ise trans erkeklerde OSA puanlarının daha yüksek olduğu,

bunun sosyal etkileşim alt ana grubunun puanlarının daha yüksek gelmesinden kaynaklandığı bulunmuş, alt gruplara bakacak olursak da sosyal beceri, rutin ve dikkati kaydırma alt grupları trans bireylerde daha yüksek puan almışken, hayalgücü alt grubu ve ayrıntıya dikkat etme alt ana grubu ise daha düşük puan almıştır.[120]

Çalışmadaki OSA puanlarına bakacak olursak hem genel (20,50±5,322) hem de TK (20,30 (±6,147)) ve TE (20,59 (±5,058) ortalaması kesme değerin (26) altında bulunmuştur. Yapılandırılmış klinik görüşmelerde de katılımcılardan hiçbiri Otizm spektrum bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamamaktaydı. Alt ölçeklere bakacak olursak yaşadıkları sosyal kaygı nedenli sosyal beceri ve dikkatini kaydırma alt ölçeklerinin yüksek gelebilir ama hayal gücü ve ayrıntıya dikkat etme alt ölçeklerinin yüksek beklenmemektedir. Bizim örneklemimizde, genel,

TK ve TE alt ölçek ortalama puanlarında belirgin öne çıkan bir ölçek gözlemlenmemekte ancak daha düşük çıkması beklenen ayrıntıya dikkat etme alt ölçeği diğerleriyle aynı seviyede gelmiştir. Bu grupta 3. En sık görülen KB tanısının Paranoid KB olmasıyla ve SCL-90R testinde paranoid düşünce alt ölçeğinin orta derecede yüksek gelmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

OSA ve alt ölçek puan ortalamaları her iki cinsiyet kimliği açısından bakıldığında ise iki grup açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

EÖ ortalaması hem genel (47,31 (±10,394)) hem de TK (48,40(±11,539)) ve TE (46,82(±10,079)) ortalaması eşik değerin üzerinde gelmiş ve Otistik belirti düşündürtmemiştir. Cinsiyet kimlikleri açısından kıyaslandığında ise anlamlı bir fark görülmemiştir.

SÖ'nün TK için ortalama puanı 67,30(±15,115) iken, TE için 82,14(±19,543) bulunmuştur. TE'lerin SÖ puanları TK'lara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p: 0,016). Bu literatürle uyumlu gelmiştir. Ayrıca TE'lerin ortalama SÖ puanı kesme değerin üzerinde bulunmuştur. Bu Otistik belirtiyi yordamakta ancak, SÖ değerleri yüksek gelen TE bireylerin EÖ değerleri OSB'de olduğu gibi düşük gelmemiştir, ayrıca klinik değerlendirme esnasında OSB tanı kriterlerini karşılayan bir katılımcı bulunamamıştır. TE'lerde görülen artmış sistemizasyonun beynin intrauterin çağda cinsel farklılaşması esnasında maruz kaldığı hormonal etkilerle ilgili olabileceği ve gelişen beynin daha maskülen bir yapı sergilediğini savunan teoriler mevcuttur.

5.6.Katılımcıların kendine zarar verici davranışı, şimdiki ve geçmiş özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi açısından incelenmesi:

LGBT bireylerde genel popülasyona kıyasla daha sık özkıyım girişimleri olduğu, bu grup içinde de trans bireylerde daha sık olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Çeşitli çalışmalarda bu oranlar %25 ile %76 arasında değişkenlik göstermektedir.[39,46,109] ABD'de yapılan bir çalışmada hayat boyu özkıyım düşüncesi, planı ve girişimi yaygınlığı %53,5, %35 ve %27,9 olarak, Japonya'da yapılan bir çalışmada hayat boyu özkıyım düşüncesi oranı %73,6 ve kendine zarar verme davranışı oranı %32,2 olarak, Türkiye'de yapılan bir çalışmada hayat boyu özkıyım girişimi ve düşüncesi yaygınlıkları %29,8 ve %55,3 olarak, 42 çalışmanın incelendiği bir derlemede ise hayat boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığı %55, özkıyım girişimi yaygınlığı ise %29 olarak bulunmuştur.[43,46,63,68] Bir çalışmada trans bireylerde kendine zarar verme davranışı yaygınlıkları ise %19 ile %38 aralığında olduğu, TE'lerde %58, TK grubunda ise %26 yaygınlığında olduğu ve TE'lerin TK'lara kıyasla özkıyım açısından daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur.[31]

Bizim çalışmamızda katılımcılardan 11 tanesinde (%34,4) kendine zarar verici davranış, 17 tanesinde (%53,1) geçmişte özkıyım düşüncesi, 4 tanesinde (%12,5) ise özkıyım girişimi mevcuttu. TK'ların %10'unda, TE'lerin ise %45,5'inde kendine zarar verici davranış, TK'ların %70'inde, TE'lerin ise %45,5'inde geçmişte özkıyım düşüncesi saptanmış, özkıyım girişimlerinin ise tamamı TE tarafından gerçekleştirilmiş ve TE'lerde özkıyım girişimi %18,2 (n:4) oranında bulunmuştur. Bu değerler istatiksel açıdan anlamlı bulunmasa da, özkıyım düşüncesi ve kendine zarar verme davranışı oranları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda saptanan hayat boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığı (%53,1) ABD'de (%53,5) ve ülkemizde (%55,3) yapılan çalışmalarla ve literatürle uyumludur. Çalışmamızda saptanan kendine zarar verme davranışı yaygınlığı (%34,4) da daha önce yapılan çalışmalarla (%19-38) uyumlu bulunmuştur. Kendine zarar verme davranışı çalışmada istatiksel olarak anlamlı fark görülmese de TE'lerde daha sık görüldüğü, bunun da literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir. Yine çalışmada istatiksel olarak anlamlı fark görülmese de özkıyım girişimi yaygınlığı da TE'lerde daha yaygın görülmüş, bu da literatürle uyumlu bulunmuştur. Hayat boyu özkıyım girişimi yaygınlığı ise literatürdeki değerlerden düşük bulunmuştur. Çalışmamızda halen devam eden özkıyım düşüncesi olan katılımcı bulunmamaktaydı, bu literatürden farklıdır.

Çalışmamızda hayat boyu özkıyım düşüncesi ve kendine zarar verici davranış yaygınlığı yüksek bulunmuştur. Özkıyım riskini arttıran etmenlerden bahsedecek olursak, ayrımcılık, damgalama, transfobi ve şiddete maruz kalma, içselleştirilmiş transfobi, kendini damgalama, reddedilme beklentileri, sosyal desteğin yetersiz oluşu, ayrıca MDB, anksiyete bozuklukları, MKB gibi eş tanıların riski arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca cinsiyet hoşnutsuzluğunun kendisinin özkıyım davranışı için risk faktörü oluşturduğu ve cinsiyet hoşnutsuzluğuyla işlevsel olmayan bir başa çıkma yöntemi olabileceği saptanmıştır.[88]

5.7.Katılımcıların cinsiyet olumlayıcı tedaviler ve eş tanı oranları açısından incelenmesi:

Çalışmamıza başlamadan önce cinsiyet olumlayıcı tedaviler sonrası trans bireylerde, kendini tanımladıkları cinsiyet kimliğiyle daha uyumlu bedensel özelliklere sahip olacakları, cinsiyet hoşnutsuzluğunun azalacağı ve eş tanı oranlarında azalma olacağını öngörmüştük, ancak cinsiyet olumlayıcı tedaviler ile şimdiki eksen 1 tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Bu beklemediğimiz bir sonuçtur.

5.8.Katılımcıların aile desteği ve eş tanı oranları açısından incelenmesi:

Hem cinsiyet hoşnutsuzluğunun yarattığı stresle, hem azınlık stresiyle baş edebilmek ve sağlıklı bir kendilik algısı geliştirebilmek için aile desteği önemlidir. Çalışmaya başlamadan önce, aile desteğinin trans bireylerdeki eş tanı oranlarını azaltacağı, aile desteği olmayanlarda daha yüksek oranda eş tanı görüleceği düşünülmüş, ancak aile desteği ile şimdiki eksen 1 tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Bu beklemediğimiz bir sonuçtur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar:

- Trans kadın ve Trans erkeklerin cinsiyet geçiş süreci için cinsiyet hoşnutsuzluğu birimine başvuru yaşlarında farklılık gözlemlendi. Trans erkeklerin trans kadınlara kıyasla yaş ortalaması anlamlı derecede yüksek bulundu ve bu veri literatürden farklıdır.

- İşsizlik oranlarının TK'larda TE'lere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

- Eksen 1 patolojileri olarak major depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi stresle ilişkili psikiyatrik eş tanıların yaygın olduğu ama ciddi ruhsal bozuklukların yaygın olmadığı görüldü.

- Psikiyatrik eş tanı oranlarının doğumda atanan cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği görüldü.

- Kişilik bozukluğu tanılarının yaygın olduğu, en sık da Narsistik kişilik bozukluğunun görüldüğü sonucuna ulaşıldı.

- Trans erkeklerin sistemizasyon ölçeği sonuçları ortalamasının hem kesme değerinin üzerinde hem de trans kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu. Ancak bu bireylerde empati ölçeği sonuçları ortalaması kesme değerinin üzerindeydi ve klinik açıdan OSB tanı kriterleri karşılanmıyordu.

- Beklenenin aksine cinsiyet olumlayıcı tedaviler sonrası psikiyatrik eş tanı oranlarında anlamlı bir fark bulunmadı.

- Beklenenin aksine aile desteği olan ve olmayan bireyler arasında eş tanı yaygınlığı açısından anlamlı fark bulunmadı.

- Literatürle uyumlu şekilde geçmiş özkıyım düşünceleri ve kendine zarar verme oranları yüksek bulundu

6.2.Öneriler:

- Damgalama, ayrımcılık, ötekileştirme, transfobi ve bu deneyimlerin içselleştirilmesinin yarattığı azınlık stresi ve cinsiyet hoşnutsuzluğunun neden olduğu sıkıntıya uzun süreli maruz kalma nedeniyle transgender bireylerde genel popülasyona kıyasla depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi stresle ilişkili psikopatolojilerin, kendine zarar verme davranışı, özkıyım düşüncesi ve girişimi yaygınlıklarının daha fazla görülebildiği, çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Hem bu nedenli, hem de eş tanıların tedavi edilmediği takdirde, bireyde daha fazla strese neden olduğu, cinsiyet hoşnutsuzluğunun çözülmesini zorlaştırdığını ve cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler sonrasında daha kötü psikososyal uyum ve daha olumsuz sonuçlar gösterildiğinden, değerlendirme aşamasında eş tanı açısından taramak önem taşımaktadır. Ancak literatürde bu konuyla ilgili çalışmalar, gerek farklı yöntemler kullanılması, gerek iyi eşleştirilmiş kontrol grubunun bulunmaması, yeterince uzunlamasına çalışmanın bulunmayışı, farklı örneklem grupları ve dahil edilme kriterleri nedeniyle birbirinden farklı ve tutarsız sonuçlar içermektedir. Bu nedenle, bireye daha iyi bir sağlık hizmeti sağlayabilmek ve konuyla ilgili bilgi sahibi olabilmek için, ileride bu alanda daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır.

- Bu konuda; cinsiyet hoşnutsuzluğu tanısını koyabilmek, psikiyatrik eş tanıyı değerlendirebilmek, cinsiyet olumlayıcı tıbbi tedaviler için hazır olma durumunu değerlendirmek ve bu konuda yardımcı olmak, bireyi sağlıklı yaşam yolunda desteklemek, ayrıca damgalamanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek, bununla başa çıkabilmesi için ruhsal dayanıklılığını arttırma ve sosyal damgalanma ile mücadele için savunuculuk yapmak gibi, ruh sağlığı çalışanına önemli görevler düşmektedir. Ancak bu konuda yeterince deneyimli olmayan hekimler, kendini yetkin hissetmeyebilirler. Bu nedenle tıp eğitiminde bu konunun daha fazla ele alınması önem taşımaktadır.

7.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvurarak cinsiyet geçiş sürecine girmiş trans bireylerdeki psikiyatrik eş tanılar, yaygınlıkları ve bunların yordayıcılarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Metod: Çalışmamıza 10'u trans kadın, 22'si trans erkek olan 32 birey değerlendirilmiştir. Bu kişilerle SCID-5-CV ve SCID-5-PD kullanılarak yapılandırılmış klinik görüşme yapılmış ve Otizm spektrum anketi, empati ölçeği, sistemizasyon ölçeği, kendine zarar verme davranışı envanteri ve SCL-90-R belirti tarama testi sonuçları açısından incelenmiştir.

Bulgular: Major depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi stresle ilişkili psikiyatrik eş tanıların yaygın olduğu görüldü. Psikiyatrik eş tanı oranlarının doğumda atanan cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Kişilik bozukluğu tanısının yaygın olduğu, en sık da Narsistik kişilik bozukluğunun görüldüğü sonucuna ulaşıldı. Trans erkeklerin sistemizasyon ölçeği sonuçları hem kesme değerinin üzerinde hem de trans kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu. Literatürle uyumlu şekilde geçmiş özkıyım düşünceleri ve kendine zarar verme oranları yüksek bulundu.

Sonuç: Damgalama, ayrımcılık, şiddete maruz kalma, bu deneyimlerin içselleştirilmesi ve tedavi edilmemiş, uzun süredir deneyimlenen cinsiyet hoşnutsuzluğunun neden olduğu sıkıntı, trans bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmalar, trans bireylerde, stresle ilişkili eş tanıların ve kendine zarar verme davranışı, özkıyım düşüncesi ve girişimi yaygınlıklarının genel popülasyona kıyasla daha fazla olduğunu göstermiştir. Eş tanılar tedavi edilmezse, daha fazla sıkıntıya neden olabilir, cinsiyet hoşnutsuzluğunu çözülmesini zorlaştırabilir ve cinsiyeti yeniden atama tedavileri sonrasında daha olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bundan dolayı, ruh sağlığı çalışanları, olumlayıcı bir yaklaşımla ve hastalık yönünde etiketleyici bir tutumdan uzak durarak, cinsiyet hoşnutsuzluğu yaşayan bireyleri değerlendirme sürecinde, eş tanı açısından taramalı ve tedavi planı yapılırken bunlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaklaşım, kişinin tedavisinin bireyin özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmesini, geçiş sürecinde rehber ve destek olunmasını, yaşam kalitesinin arttırılmasını ve sonuçta cinsiyet hoşnutsuzluğunun azalmasını sağlar.

Anahtar Kelime: Transseksüalite, Trans, Cinsiyet disforisi, psikiyatrik eş tanı

8.İNGİLİZCE ÖZET

Aim: In this study, it was aimed to determine trans individuals' pychiatric comorbidities, their prevalance and predictors, who started their gender transition process by admitting to psychiatry outpatient clinic of university hospital.

Method: In our study, 32 trans individuals including 10 trans woman and 22 trans men were evaluated. These individuals are interviewed by using SCID-5-CV and SCID-5-PD and examined in terms of results of Autism spectrum quotient, emphaty quotient, systemizing quotient, inventory of statements about self-injury and SCL-90-R.

Results: Stres related psychiatric comorbidities like major depressive disorder and anxiety disorders were common. No difference was detected between trans men and trans women in terms of psychiatric comorbidities. Personality disorders were common, mostly Narsisistic personality disorder were seen. Trans men' systemizing qutient scores were higher than trans woman and were above the cut-off score. Like the literature, past suicide ideation and self-injury behaviour ratio was high.

Conclusion: Stigma, discrimination, violence, internalized messages related to these experiences and distress of untreated, prolonged gender dysphoria may affect transgenders' mental heath. Researchs have been shown increased prevalance of stress-related comorbidities, self-injury, suicidal ideation and attempts in transgender people than the general population. İf comorbidities left untreated, they may cause more distress, complicate resolution of gender dysphoria and cause negative outcomes after gender reassigment medical treatments. Therefore, within an affirmative and not pathologizing approach, mental health professionals should screen for comorbidity during the assessment phase and take it into account when establishing the overall treatment plan. This allows to tailor the treatment to the person's specific needs, to help them navigate the transition process, to improve their quality of life and to reduce gender dysphoria.

Keywords: Transsexuality, gender dysphoria, psychiatric comorbidities

9.EKLER

EK-1: SCL-90-R Belirti Tarama Testi

EK-2: Otizm Spektrum Anketi

EK-3:Empati Ölçeği

EK-4:Sistemizasyon Ölçeği

EK-5:Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : **0**
Çok az : **1**
Orta derecede : **2**
Oldukça fazla : **3**
İleri derecede : **4**

Örnek: 1. (**2**) Baş ağrısı

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Otizm Spektrum Anketi

Autism Spectrum Quotient (AQ) - Adult

Aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Her ifadenin sizin için uygunluk derecesini eğer çok uygun ise Kesinlikle Katılıyorum (1) eğer hiç katılmıyorsanız Kesinlikle Katılmıyorum (4) arasındaki 1'den 4'e kadar olan dereceleme ölçeğinde değerlendiriniz.

1. Kesinlikle Katılıyorun
2. Kısmen Katılıyorum
3. Kısmen Katılmıyorum
4. Kesinlikle Katılmıyorum

	1	2	3	4
1. Bir şeyi yalnız başına yapmaktansa başkalarıyla beraber yapmayı tercih ederim.				
2. Bir şeyi sürekli aynı şekilde yapmayı tercih ederim.				
3. Bir şeyi hayal etmeye çalışırsam, resmi zihnimde canlandırmam kolay olur.				
4. Kendimi sıklıkla bir şeye öyle güçlü kaptırırım ki gözüm başka şeyleri görmez olur.				
5. Sıklıkla başkalarının fark etmediği hafif sesleri fark ederim.				
6. Araba plakası ya da ona benzer bilgi dizilerini genellikle fark ederim.				
7. Ben söylediğim şeylerin nezaket kurallarına uygun olduğunu düşünsem de başkaları sıklıkla uygun olmadığını söylüyorlar.				
8. Bir hikaye okurken, hikayedeki karakterlerin neye benzediklerini kolaylıkla hayal edebilirim.				
9. Tarihleri büyüleyici bulurum.				
10. Bir grubun içindeyken, farklı birçok insanın konuşmalarını kolaylıkla takip edebilirim.				
11. Sosyal ortamlarda rahat ederim.				
12. Başkalarının fark etmedikleri ayrıntıları fark etme eğilimim vardır.				
	1	2	3	4
13. Bir partiye gitmek yerine bir kütüphaneye gitmeyi tercih ederim.				
14. Hikayeler uydurmak bana kolay gelir.				
15. Eşyalardan çok insanlar ilgimi çeker.				
16. Sürdüremezsem üzüldüğüm çok güçlü ilgilere sahibimdir.				
17. Sosyal ortamlarda sohbet etmekten keyif alırım.				
18. Ben konuşurken, diğerlerinin araya (söze) girmesi her zaman kolay olmaz.				
19. Sayılar beni büyüler.				
20. Bir hikaye okurken, hikayedeki karakterlerin niyetlerini anlamakta zorlanırım.				
21. Kurgu eserler okumaktan pek zevk almam.				
22. Yeni arkadaşlar edinmekte zorlanırım.				
23. Nesnelerdeki desenleri her zaman fark ederim.				
24. Müzeye gitmek yerine tiyatroya gitmeyi tercih ederim.				
25. Günlük düzenimin bozulması beni rahatsız etmez.				
26. Sıklıkla bir konuşmayı nasıl sürdüreceğimi bilmediğimi farkederim.				
27. Biri benimle konuşurken kolayca "satır aralarını"okurum.				
28. Genellikle küçük ayrıntılardandan çok resmin tümüne odaklanırım.				
29. Telefon numaralarını hatırlama konusunda çok iyi değilimdir.				
30. Genellikle bir durumdaki ya da bir kişinin görünüşündeki küçük				

1

değişiklikleri fark etmem.				
31. Birinin beni dinlerken sıkılıp sıkılmadığını anlayabilirim.				
32. Birden çok işi aynı anda kolayca yapabilirim.				
33. Telefonda konuşurken konuşma sırasının bana geldiğinden emin olamıyorum.				
34. Spontan (planlanmadan yapılan) şeyler yapmaktan keyif alırım.				
35. Bir şakadaki espriyi anlayan son kişi genellikle ben olurum.				
36. Yalnızca yüzüne bakarak bir kişinin ne düşündüğünü ya da hissettiğini çözmek benim için kolaydır.				
37. Bir şey araya girse de yapmakta olduğum işe hızla geri dönebilirim.				
38. Sosyal ortamlarda çene çalmak konusunda iyiyimdir.				
39. İnsanlar sıklıkla aynı şeyi tekrar tekrar konuştuğumu söyler.				
40. Çocukken diğer çocuklarla birlikte taklit oyunları oynamaktan zevk alırdım.				
41. Araba, kuş, tren, bitki vs. türler gibi kategorileriyle ilgili bilgi toplamaktan hoşlanırım.				
42. Başka birinin yerinde olmanın nasıl bir şey olabileceğini hayal etmekte zorlanırım.				
43. Katıldığım her etkinliği dikkatlice planlamayı severim.				
44. Sosyal etkinliklerden (misafirlik, parti vs.) keyif alırım.				
45. İnsanların niyetlerini anlamakta zorlanırım.				
46. Yeni durumlar beni kaygılandırır.				
47. Yeni insanlarla tanışmaktan keyif alırım.				
48. İyi bir diplomatımdır (içinde bulunduğum zor durumlarda diğer insanlarla çatışmadan kaçınmakta iyiyimdir).				
49. İnsanların doğum tarihlerini hatırlamak konusunda çok iyi değilimdir.				
50. Çocuklarla taklit oyunları oynamakta zorlanmam.				

EK-3 CAMBRİDGE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ (EMPATİ ÖLÇEĞİ)

EÖ

TÜM BİLGİLER KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAKTIR

İsim :…… Cinsiyet :…….

Doğum Tarihi :……..... Bugünün Tarihi :…….

Anketi Nasıl Dolduracaksınız ?

Aşağıda bazı ifadelerin listesi bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi *çok dikkatli* okuyunuz ve hangi şiddetle kabul veya red ettiğinizi, cevabınızı daire içine alarak oranlayınız. Bu testte doğru veya yanlış cevap yoktur.

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ HİÇBİR İFADEYİ BOŞ BIRAKMAYINIZ

Örnekler :

Ö.1 : Eğer her gün müzik dinleyemezsem kendimi üzgün hissederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.2 : Arkadaşlarıma mektup yazmaktansa onlarla telefonda görüşmeyi tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.3 : Dünyanın farklı bölgelerine seyahat etme isteğim yoktur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.4 : Kitap okumayı dans etmeye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

1.	Başka birisi sohbete katılmak istediğinde bu durumu kolaylıkla anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2.	Hayvanları insanlara tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3.	Güncel eğilimler ve modayı takip etmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4.	Benim kolaylıkla anladığım şeyleri anlamadıklarında, onlara açıklama yapmak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5.	Çoğu gece rüya görürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6.	Diğer insanlarla ilgilenmekten hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7.	Problemlerimi diğerleri ile tartışmaktansa kendi başıma çözmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8.	Sosyal ortamlarda ne yapacağımı bilmekte zorlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9.	Sabahları günün kendimi en iyi hissettiğim vaktidir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10.	İnsanlar sıklıkla tartışmada kendi görüşümü söylerken çok ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11.	Bir arkadaşımla buluşmaya geç kalırsam bu durumdan çok rahatsız olmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

12. Arkadaşlıklar ve ilişkiler benim için çok zordur, bu nedenle onlarla canımı sıkmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13. Ne kadar küçük olursa olsun, asla kuralları/kanunları çiğnemem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14. Bir şeyin kaba ya da nazik olup olmadığına karar vermek bana sıklıkla zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15. Sohbet sırasında dinleyenin ne düşünüyor olabileceğinden çok kendi fikirlerime odaklanma eğilimindeyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
16. Sözlü şakalardansa el şakalarını tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17. Hayatı gelecekten çok bugün için yaşarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18. Çocukken ne olacağını görmek için solucanları kesmeyi severdim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19. Eğer bir kişi bir şey söylüyor fakat görünürde söylediğinden başka bir şeyi kastediyorsa bunu çok çabuk kavrarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20. Ahlaki konularda çok katı fikirlerim vardır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21. Bazı şeylerin insanları neden çok üzdüğünü anlamak benim için zordur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
22. Kendimi başka birinin yerine koymak benim için kolaydır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23. İyi davranışların bir ailenin çocuğuna öğreteceği en önemli şey olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

24. Anlık kararlarla bir şeyler yapmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25. Bir kişinin nasıl hissedeceğini tahmin etmekte iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26. Gruptan bir kişinin kendini huzursuz ya da mahçup hissettiğini çok çabuk fark ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
27. Başka birinin güceneceği bir şey söylersem, bu durumun benim değil onların problemi olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28. Eğer birisi yeni saç kesimini nasıl bulduğumu sorarsa, beğenmemiş de olsam doğruyu söylemeyi tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
29. Neden bazılarının bir söz ile gücenebileceğini anlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
30. İnsanlar sıklıkla sağımın solumun belli olmadığını söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
31. Herhangi bir sosyal faaliyette ilgi odağı olmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
32. Ağlayan insanları görmek beni (gerçekten) üzmez.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33. Politika hakkında tartışmalara katılmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
34. Bir kastım olmamasına rağmen son derece açık sözlü biriyim ki bazı insanlar bunu kabalık olarak görüyor.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

35. Sosyal ortamlarda ne yapacağımı bilmekte zorlanmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
36. İnsanlar onların nasıl hissettiklerini ve ne düşündüklerini anlamada iyi olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
37. İnsanlarla konuşurken kendimle ilgili şeylerden çok onlarla ilgili konulardan bahsetmeye eğilimliyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38. Bir hayvanı acı içinde görmek beni mutsuz eder.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39. Diğer insanların düşüncelerinden etkilenmeden kararlar verebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
40. O gün için planladığım her şeyi yapmadan rahatlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41. Ben konuşurken birisi ilgilenir ya da sıkılırsa bunu kolayca anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Haberlerde acı çeken insanlar gördüğümde mutsuz olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
43. Arkadaşlarım çoğunlukla problemlerini bana açarlar çünkü benim çok anlayışlı birisi olduğumu söylüyorlar.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44. Eğer birini rahatsız ediyorsam, o kişi bunu bana söylemese bile ben bunu anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45. Sürekli yeni hobilere başlarım ama onlardan kolaylıkla sıkılıp başka şeyler aramaya yönelirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
46. İnsanlar bazen çok fazla alay edip ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

47. Gerçekten büyük bir hızlı trene binecek olsaydım çok sinirli ve tedirgin olurdum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48. Nedenin anlayamama rağmen insanlar çoğu kez duygusuz biri olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49. Eğer gruba yeni birisi katılırsa ortamla kaynaşmak için çabalaması gereken odur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50. Bir filmi genellikle karakterlerin duygularına kendimi kaptırmaksızın izlemeyi beceririm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
51. Günlük yaşamda organize olmayı çok severim ve sıklıkla yapmam gereken gündelik işlerin bir listesini çıkarırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
52. Başka birinin belli bir durumda ne hissettiğini hızla ve kolayca anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
53. Risk almayı sevmem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
54. Karşımdaki kişinin ne hakkında konuşmak isteyebileceğini kolaylıkla tahmin edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
55. Birisinin gerçek duygularını saklıyor olduğunu anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
56. Karar vermeden önce destekleyen ve karşıt olan yönleri tartarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
57. Sosyal ortamlarda doğru davranabilmeyi çaba harcamaksızın başarabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

58. Birisinin ne yapacağını tahmin etmede iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
59. Arkadaşlarımın problemleri olduğunda duygusal olarak etkilenirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
60. Diğer kişilerin bakış açılarına katılmasam da genellikle değer veririm(saygı duyarım).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

SÖ

Cambridge Kişilik Anketi

Lütfen önce aşağıdaki bilgileri doldurun, sonra açıklamaları okuyun.

TÜM BİLGİLER KESİNLE GİZLİ TUTULACAKTIR

Ad Soyad:..... Cinsiyet:.....

Doğum tarihi:..... Bugünün tarihi:.....

Anketi nasıl dolduracaksınız

Aşağıdaki listede bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi çok dikkatli okuyun ve ilgili kutucuğu 'X' (çarpı) ile işaretleyerek her birine ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtin. Doğru ya da yanlış yanıt veya tuzak soru yoktur.

ÖLÇEĞİN GEÇERLİ OLMASI İÇİN TÜM SORULARI YANITLAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

		kesinlikle katılıyorum	kısmen katılıyorum	kısmen katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
1.	Birkaç bağlantı sözkonusu olduğunda bile tren sefer tarifelerini oldukça rahat kullanırım.				
2.	Net düzenlenmiş oldukları için müzik ve kitap mağazalarını severim.				
3.	Yardım geceleri, kutlama, konferans gibi etkinlikleri düzenlemek hoşuma gitmezdi.				
4.	Bir şey okurken dilbilgisi açısından doğru olup olmadığını her zaman görürüm				
5.	Kendimi insanları (zihnimde) tiplerine göre sınıflandırırken bulurum.				
6.	Harita okumak ve anlamak bana zor geliyor.				
7.	Bir dağa bakarken tam olarak nasıl oluştuğunu düşünürüm.				
8.	Döviz kurları, faiz oranları, hisse senetlerinin detayları beni ilgilendirmez.				
9.	Bir araba alacak olsam, motor kapasitesine dair bilgileri edinmek isterim.				
10.	Video kayıt cihazlarının nasıl programlandığını öğrenmek bana zor gelir.				
11.	Bir şeyi seversem, o türdeki nesnelerin birçok farklı örneğini toplamayı, her birinin diğerinden nasıl farklı olduğunu görebilmeyi severim.				
12.	Bir dil öğrenirken, o dilin dilbilgisi kuralları merakımı uyandırır.				
13.	Kurulların yapısını, farklı üyelerin kimleri temsil ettikleri veya işlevlerinin ne olduğu açısından bilmek isterim.				
14.	Bir koleksiyonum olsaydı (CD, para, pul gibi), son derece düzenli olurdu.				
15.	Cihazların kurulumunu anlatan kılavuzları anlamak bana zor gelir.				
16.	Bir binaya bakarken, tam olarak nasıl yapıldığını merak ederim.				

		kesinlikle katılıyorum	kısmen katılıyorum	kısmen katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
17.	Kablosuz iletişimin (ör. Cep telefonlarının) nasıl çalıştığını anlamak ilgimi çekmiyor.				
18.	Tren yolculuğu yaparken sık sık demiryolu ağlarının nasıl koordine edildiğini merak ederim.				
19.	Ürün kataloglarını karıştırmak, her ürünün özelliklerine, ürünler arasındaki farka bakmak hoşuma gide				
20.	Evde bir şey bittiğinde her zaman alışveriş listesine yazarım.				
21.	O ay banka hesabıma ne kadar para girip çıktığını makul bir kesinlikle bilirim.				
22.	Küçükken, çıkartma, futbol kartları vb. gibi şeyleri toplamayı sevmezdim.				
23.	Soyağacımı ve ailedeki herkesin birbiriyle ilişkisini anlamak isterim.				
24.	Tarihteki olayları öğrenirken tam tarihlere odaklanmam.				
25.	Bahislerde olasılıkların nasıl işlediğini kolay anlarım.				
26.	Yoğun strateji gerektiren (satranç, savaş/taktik oyunları gibi) oyunlardan hoşlanmam.				
27.	Yeni bir kategorinin olduğunu öğrendiğimde, o kategorinin farklı üyeleri arasındaki küçük farklılıkları öğrenmek için detayına inmeyi severim.				
28.	Birlikte yaşadığım insanların olağan düzenimi bozmaları beni tedirgin etmez.				
29.	Bir hayvan gördüğümde, tam olarak hangi türe ait olduğunu öğrenmek isterim.				
30.	İlgimi çeken bir konuda (ör. ülke bayrakları, havayollarının logoları gibi) çok miktarda bilgiyi aklımda tutabilirim.				
31.	Evimde, garanti ya da sigorta belgeleri gibi önemli belgeleri dikkatli bir biçimde dosyalamam.				
32.	Makinelerin çalışma biçimleri beni büyüler.				
33.	Bir mobilyaya baktığımda, yapısına ilişkin ayrıntıları fark etmem.				

		kesinlikle katılıyorum	kısmen katılıyorum	kısmen katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
34.	Ülkemdeki hukuk süreçlerinin farklı aşamaları hakkında çok az şey bilirim.				
35.	Televizyonda bilimsel belgesel izleme ya da bilim ve doğa makalelerini okuma eğiliminde değilim.				
36.	Birisi beni yolda durdurup yol tarifi sorduğunda, yaşadığım şehrin herhangi bir yerini tarif edebilirim.				
37.	Bir tabloya bakarken genellikle o tablonun hangi teknikle yapıldığını düşünmem.				
38.	Belirli bir etkinlik üzerine kurulmuş sosyal etkileşimleri (örneğin bir hobi gibi) tercih ederim.				
39.	Alışveriş fişleri gibi belgeleri her zaman banka ekstremle karşılaştırarak kontrol etmem.				
40.	Hükümetin farklı bakanlıklar, daireler hâlinde nasıl düzenlendiğiyle ilgilenmem.				
41.	Bir ırmağın kaynağından denize ulaşıncaya kadar nasıl bir yoldan gittiğini bilmek isterim.				
42.	Büyük bir koleksiyonum var (kitap, CD, video gibi).				
43.	Evimin elektrik sisteminde bir sorun olduğunda bunu kendim giderebilirim.				
44.	Dolabımdaki giysiler türlerine göre düzenlenmiş olarak durmaz.				
45.	Yeni teknolojiler hakkındaki makale veya web sayfalarını nadiren okurum.				
46.	Yaşadığım bölgedeki otoyolların birbirine nasıl bağlandığını kolayca gözümde canlandırabilirim.				
47.	Seçimler yapıldığında, her seçim bölgesindeki sonuçlarla ilgilenmem.				
48.	Tarihi olayları ya da kişileri öğrenmek özellikle hoşuma giden bir şey değildir.				
49.	İnsanların yaş günlerini aklımda tutma eğiliminde değilim (gün ve ay olarak).				
50.	Doğada dolaşırken, ağaçlar türleri arasındaki farkları anlamak isterim.				
51.	Bankanın, farklı yatırım ve tasarruf sistemleri hakkında bana gönderdiği bilgileri anlamak bana zor geliyor.				

		kesinlikle katılıyorum	kısmen katılıyorum	kısmen katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
52.	Bir kamera alacak olsam, merceğinin kalitesini o kadar dikkatle incelemem.				
53.	Bir bilgisayar alacak olsam, sabit disk kapasitesi ve işlemci hızının tam özelliklerini bilmek isterim.				
54.	Yasal belgeleri pek dikkatli okumam.				
55.	Süpermarkette kasada aldığım ürünleri türlerine göre farklı poşetlere koyarım.				
56.	Evde temizlik yaparken belirli bir düzen izlemem.				
57.	Derin siyasi tartışmalardan hoşlanmam.				
58.	Evde tamir yaparken ya da evimi dekore ederken çok özen göstermem				
59.	Bir işi başından sonuna kadar planlamak hoşuma gitmez.				
60.	Müzik seti alacak olsam, teknik özelliklerini tam olarak bilmek isterim.				
61.	Başkalarının atabilecekleri şeyleri, bir gün bir işe yarar düşüncesiyle saklarım.				
62.	Kontrol edemediğim durumlardan kaçınırım.				
63.	Gördüğüm bitkilerin adlarını öğrenmekle ilgilenmem.				
64.	Hava durumunu dinlerken meteorolojik modellerle pek ilgilenmem.				
65.	Evde her şeyin yerli yerinde olmaması beni rahatsız etmez.				
66.	Matematikte sayıların kullanım kural ve düzenleri merakımı uyandırır.				
67.	Yeni bir şehirde yolları öğrenmek bana kolay gelmez.				
68.	En sevdiğim 10 kitabı, adları ve yazarlarıyla birlikte akıldan söyleyebilirim.				
69.	Gazete okurken, maç puanları ya da borsa endeksleri gibi bilgi tabloları dikkatimi çeker.				
70.	Uçak yolculuğu yaparken aerodinamik hakkında düşünmem.				
71.	Evle ilgili faturaların kayıtlarını pek tutmam.				

		kesinlikle katılıyorum	kısmen katılıyorum	kısmen katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
72.	Alacağım birçok şey olduğunda, hangi mağazaya nasıl bir sırayla gideceğimi planlamayı severim.				
73.	Yemek yaparken, farklı yöntem ve malzemenin ortaya çıkan yemeği tam olarak nasıl etkilediğini düşünmem.				
74.	Müzik dinlerken parçanın yapısına her zaman dikkat ederim.				
75.	En sevdiğim 10 şarkıyı, parçanın ve sanatçısının adıyla birlikte akıldan söyleyebilirim.				

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

©SBC/SJW Nov 2003

Inventory of Statements about Self-injury

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1. Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yasamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	
Isırma	
Yakma	
Cilde bir harf/yazı/şekil kazıma	
Çimdikleme	
Saç kopartma (kökünden)	
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	
Cildi sert bir yüzeye sürtme	
Kendine iğne batırma	
Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	
Diğer	

****

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

****

2. Hangi yaşta?

1) İlk kez kendine zarar verdiğinde kaç yaşındaydın? .....

2) En son ne zaman kendine zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl) …….

3. Kendine zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

1)EVET 2) BAZEN 3)HAYIR

4. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

1)EVET 2) BAZEN 3)HAYIR

5. Çoğunlukla kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

1) 1 saatten az 2) 1-3 saat 3) 3-6 saat 4) 6-12 saat 5) 12-24 saat 6) 1günden fazla

6. Kendine zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

1) EVET 2) HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

• Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" işaretleyiniz,

• Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz,

• Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz.

"Kendime zarar verdiğimde, …	**0**	**1**	**2**
1….kendimi sakinleşmiş hissederim.			
2….kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.			
3….kendimi cezalandırmış olurum.			
4…kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek).			
5… uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.			
6….intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.			
7….heyecan ve coşku yasatan bir şey yapmış olurum.			
8….akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur.			
9….başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum.			
10…acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.			
11…kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.			
12…birisinden hıncımı çıkartmış olurum.			
13…kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum.			
14…içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum.			
15…başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum.			
16…değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.			
17…duygusal stresime kıyasla bas etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.			
18…fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense).			
19…intihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum.			
20…uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum			
21…başkalarına uyum sağlamış olurum.			
22…başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum.			

23…güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum.			
24…duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum.			
25…başkalarından intikam almış olurum.			
26…başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.			
27…kaygı, hüsran, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur.			
28…kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum.			
29…kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum.			
30…kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir.			
31…kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum.			
32…intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum.			
33…sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi).			
34…arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum.			
35…sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum.			
36…fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum.			
37…yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum.			
38…bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum.			
39… özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum.			

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız.

10.KAYNAKLAR

1. Başar K, Yüksel Ş. Çocukluktan yetişkinliğe cinsiyet kimliği ile ilgili sorunlar: uygun değerlendirme ve izlem. Psikiyatride güncel-Cinsel işlev bozuklukları.2014;4:389-404.

2. Polat A, Turan H. Tanımlar ve dil kullanımı. Polat A, Şirin S ed.Cinsiyet Disforisi Multidisipliner Yaklaşım İlkeleri, 1.basım.Ankara:Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.2020:3-16.

3. Öztürk MO, Uluşahin A. Cinsel uyum sorunları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,14.basım.Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri.2016:443-463.

4. American Psychological Association, et al. Guidelines for psychological practice with transgender and gender noncorming people. Am. Psychol. 2015; 70.9:832-864.

5. Başar K, Bağcaz A.Cinsiyetinden hoşnutsuzluk.Bozkurt A,Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri,11.basım.Ankara:Wolters Kluwer/Lippincott Willams&Wilkins.2016:600-607.

6. Başar K. Bedensel Cinsiyet, Cinsiyet kimliği, Cinsel yönelim.Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası-10-Eşcinsellik.2013;13-16.

7. Başar K. Farklı yönleri ile cinsel kimlik: bedensel cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet rolü ve cinsel yönelim. Toplum ve Hekim. Temmuz-Ağustos 2014;29,4.

8. Sekmenli T, Çiftci İ. Cinsiyet gelişim bozukluklarında cerrahi yaklaşım.Pediatr Pract Res. 2020; 8(1):22-27.

9. Şahin D.Cinsiyetinden hoşnut olmama:psikiyatrik açıdan tanı, değerlendirme ve raporlama süreçleri.İst Tıp Fak Derg. 2021;84:1-3.

10. The World Professional Association for Transgender Health.Standarts of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Noncorming People (7th).2011.

11. Başar K. Cinsel Kimlik ve Sağlıkta Eşitsizlik:Bireyin ve Kliniğin Ötesinde Tıp.Toplum ve Hekim. Temmuz-Ağustos 2020;35,4:252-268.

12. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Transgender ve Toplumsal Cinsiyete Uymayan Kişilerle Psikolojik Uygulamalar Kılavuzu.2017;66-73.

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. Washington: American Psychiatric Association.2013.

14. American Psychological Association.Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist.2015;70,9:832-864.

15. Keskin N, Yapça G, Tamam L. Transseksüalizm: Klinik Özellikleri ve Yasal konular. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2015;7(4):436-447.

16. Slagstad K. The Political Nature of Sex-Transgender in the history of medicine. The New England Journal of Medicine.2021;384,11- 1070-1074.

17. Heath RA and Wynne K. Introduction. A guide to transgender health:state-of-art information for gender-affirming people and their supporters.1.basım. Praeger.2019:1-25.

18. Stryker S. Transgender History:The roots of todays revolution.2.basım.New York:Seal Press.2017;54.

19. Stryker S, Whittle S. The transgender studies reader. 1.basım.New York: Routledge.2006;21.

20. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon.New York,NY:The Julian Press. 1966.

21. Köroğlu E.DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı.5.basım.Ankara:Hekimler Yayın Birliği.2014:219-222.

22. World Health Organization.International classification of diseases for mortality and morbidity statistics, 11th revision.2020.

23. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017 Oct;14(5):404-411.

24. Zhang Q,Goodman M, Adams N ve ark.Epidemiological considerations in transgender health: a systematic review with focus on higher quality data.International Journal of Transgender Health.2020.

25. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V ve ark. Prevalance of Transgender Depends on the "Case Definition: a systematic review.J Sex Med.2016 Apr;13(4):613-626.

26. de Cuypere G, van Hemelrijck M, Michel A ve ark. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. European Psychiatry. 2007;22(3):137–141.

27. Roberto LG. Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. Archives of Sexual Behavior. 1983;12(5):445–473.

28. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W ve ark. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur. Psychiatry 2015; 30: 807– 815.

29. Fernandez R, Guillamon A, Cortes-Cortes J ve ark. Molecular Basis of gender dysphoria:androgen and estrogen receptor interaction.Psychoneuroendocrinology.2018.

30. Polderman TJC, Kreukels BPC, Irwig MS.The Biological Contributions to gender identity and gender diversity:bringing data to the table.Behavior Genetics.2018.

31. Mueller SC,De Cuypere G,T'Sjoen G.Transgender research in the 21st Century: A selective Critical Review from a neurocognitive perspective.Am J Psychiatry. 2017:174:12

32. Saraswat A, Weinand M, Safer JD.Evidence supporting the biological nature of gender identity.Endocrine Practice. 2015.

33. Korpaisarn S, Safer JD.Etiology of Gender Identity.Endocrinol Metab Clin N Am.2019.

34. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. Prog Brain Res. 2010;186:41-62.

35. Bakker J. The Sexual Differentiation of the Human Brain: Role of Sex Hormones Versus Sex Chromosomes. Curr Top Behav Neurosci. 2019;43:45-67.

36. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016 Jul 23;388(10042):390-400.

37. Boucher FJO, Chinnah TI.Gender dysphoria: a review investigating the relationship between genetic influences and brain development.Dove press journal: adolescent health, medicine and therapeutics.2020;11:89-99.

38. Özsungur B. Cinsel Kimlik Gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler:gözden geçirme. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.2010;17 (3).

39. Adams N, Hitomi M, Moody C.Varied reports of adult transgender suicidality: Synthesizing and describing the peer-reviewed and gray literature. Transgender Health. 2017: 2; 60–75.

40. Chartrand H, Robinson J,Bolton JM.A longitudinal population-based study exploring treatment utilization and suicidal ideation and behavior in major depressive disorder. Journal of Affective Disorders. 2012. 141, 237–245.

41. Meyer-Bahlburg HFL. From metal disorder to iatrogenic hypogonadism - dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. Arch. Sex. Behav. 2011; 39: 461– 476.

42. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Factors predicting psychiatric co-morbidity in gender-dysphoric adults. Psychiatry Res. 2012; 200: 469– 474.

43. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, Terada S, Kuroda S. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Oct;64(5):514-9.

44. de Freitas LD, Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. Psychiatry Clin Neurosci. 2020 Feb;74(2):99-104.

45. Fisher AD, Bandini E, Casale H et al. Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: An Italian multicentric evaluation. J. Sex. Med. 2013; 10: 408– 419.

46. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. J. Sex Res. 2010; 47: 12– 23.

47. Auer, M.K., Ho¨hne, N., Bazzara-Castro, M.A., Pfister, H., Fuss, J., Stalla, G.K, . . . Ising, M. (2013). Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. PLoS One, 8(10), e78469.

48. Walls NE, Laser J, Nickels SJ ve ark.Correlates of cutting behavior among sexual minority youths and young adults. Social Work Research .2010: 34;213-226.

49. Heylens G., Verroken C., De Cock S., T'sjoen G., & De Cuypere G. (2014b). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. Journal of Sexual Medicine, 11, 119–126.

50. Smith, Y., van Goozen, S., Kuiper, A., & Cohen-Kettenis, P. (2005b). transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. Psychiatry Research, 137, 151–160.

51. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. Arch. Sex. Behav. 2009; 38: 378– 392.

52. Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. Psychoneuroendocrinology, 39, 65–73.

53. Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting and psycho- pathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontrans- sexual control subject. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5, 38–45.

54. De Cuypere, G, Vercruysse, H. Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: recommendations for revision of the WPATH standards of care. Int J Transgender 2011; 11: 194–205.

55. Dhejne, C, Lichtenstein, P, Boman, M, Johansson, ALV, Langstrom, N, Landen, M. L ong-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. PloS ONE 2011; 6: 1–8.

56. Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism—general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. Arch Sex Behav 1996;25(3):303–16.

57. Gijs, L., van der Putten-Bierman, E., De Cuypere, G. Psychiatric comorbidity in adults with gender identity problems. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge. Springer Science + Business Media. 2014: 255–276.

58. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. Int Rev Psychiatry. 2016;28(1):44-57.

59. Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., et al. (2013). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: A multi-centre study in four European countries. The British Journal of Psychiatry, 202.

60. Hanna B, Desai R, Parekh T ve ark. Psychiatric disorders in the U.S. transgender population. Ann Epidemiol. 2019 Nov;39:1-7.

61. Reisner, SL, Biello, K, White Hughto, JM ve ark. Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women: Baseline Findings From Project LifeSkills. JAMA pediatrics.2016;170(5): 481–486.

62. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents. Biol Psychiatry. 2001;49(12):1002–1014.

63. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, et al. Natural history of diagnostic interview schedule/DSM-IV major depression: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(11):993–999.

64. Hepp U, Kraemer B, Schnyder Uve ark. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. J. Psychosom. Res. 2005; 58: 259– 261.

65. Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism – general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. Arch. Sex. Behav. 1996; 25: 303– 316

66. Haraldsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102: 276– 281.

67. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE ve ark. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. Arch. Sex. Behav. 1997; 26: 13– 26.

68. Yüksel Ş,Aslantaş Ertekin B, Öztürk M ve ark. A Clinically Neglected Topic:Risk of Suicide in Transgender Individuals.Arch Neuropsychiatry.2017:54;28-32

69. Duisin D, Batinic B, Barisic J ve ark.Personality disorders in persons with gender identity disorder. The Scientific World Journal.2014.

70. Zubiaurre-Elorza, L, Junque C, Gomez-Gil, E ve ark.Cortical thickness in untreated transsexuals. Cerebral Cortex.2013; 23:2855–2862.

71. Anzani A, Panfilis C, Scandurra C ve ark.Personality Disorders and Personality Profiles in a Sample of Transgender Individuals Requesting Gender-Affirming Treatments. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1521.

72. Mazaheri Meybodi A, Hajebi A, Ghanbari Jolfaei A. Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria. Psychiatry J. 2014;2014:971814.

73. De Cuypere G, Elaut E, Heylens G.Long-term follow up: Psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. Sexologies.2006; 15:126–133.

74. Johansson A, Sundbom E, Hojerback T.A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. Archives of Sexual Behavior. 2010;39:1429–1437.

75. Pimenoff V, & Pfa¨fflin F. Transsexualism: Treatment outcome of compliant and noncompliant patients. International Journal of Transgenderism.2011;13: 37–44.

76. Liu, RT, Mustanski, B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual and transgender youth. Am J Prev Med 2012; 42: 221–8.

77. Nieder TO, Herff M, Cerwenka S ve ark. Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. J Sex Med 2011; 8: 783–91.

78. Landén M, Wålinder J, Hambert G ve ark. Factors predictive of regret in sex reassignment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998;97(4):284–289.

79. Klein A, Golub SA.Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender noncorming adults.LGBT Health.2016:3(3);193-199.

80. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A ve ark.Gender identity conflict/ affirmation and major depression across the life course of transgender women. International Journal of Transgenderism.2011; 13:91–1034.

81. Udeze B, Abdelmawla N, Khoosal D ve ark.Psychological functions in male-to-female transsexual people before and after surgery. Sexual and Relationship Therapy 2008; 23: 141–145.

82. Madeddu F, Prunas A,Hartmann D. Prevalence of Axis II Disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. Psychiatric Quarterly.2009; 80:261–267.

83. Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Hojerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. Acta Psychiatr Scand 1993;88(5): 322–7.

84. Coleman E., Bockting W., Botzer M ve ark.Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. Int. J. Transgenderism. 2012;13:165–232.

85. Lawrence A, & Zucker K .Gender identity disorders. In M. Hersen & D. Beidel (Eds.), Adult psychopathology and diagnosis.6.basım. London: Wiley. 2012: 601–635.

86. Cochran S, Mays V. Estimating prevalence of mental and substance-suing disorders among lesbians and gay men from existing national health data. In A. Omoto & H. Kurtzman (Eds.), Sexual orientation and mental health.Washington: American Psychological Association. 2006:143–1650.

87. Wolford-Clevenger C, Frantell K, Smith PN.Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. Clinical psychology review.2018: 63;93–105.

88. Terada S, Matsumoto Y, Sato T ve ark. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. Psychiatry Res .2011; 190: 159–62.

89. Hines, M. Gender development and the human brain. Annual Review of Neuroscience. 2011; 34: 69–88.

90. Neeleman A. The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder. Tijdschrift voor Psychiatrie.2007: 49; 233–240.

91. Singh D, McMain S, Zucker K Gender identity and sexual orientation in woman with borderline personality disorder. The Journal of Sexual Medicine.2011:8; 447–454.

92. Zucker K, & Bradley S. Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press. 1995.

93. De Vries A, Noens I, Cohen-Kettenis P ve ark. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders.2010: 40; 930–936.

94. Jones R, Wheelwright S, Farrell K ve ark.Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. Journal of Autism and Developmental Disorders.2012: 42;301–306.

95. Parks G, & Hall I. Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. Mental Retardation.2006: 44; 260–271.

96. Baltieri D, & De Andrade A. Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. The Journal of Sexual Medicine.2009: 6;1185–1188.

97. De Cuypere G.Schizophrenia and symptomatic transsexualism: Two case reports. European Psychiatry.1993: 8;163–167.

98. Mizock L, Fleming M. Transgender and gender variant populations with mental illness: Implications for clinical care. Professional Psychology: Research and Practice. 2011: 42; 208–213.

99. Olson J, Scharager SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. J. Adolesc. Health 2015; 57: 374– 380.

100. Murad M, Elamin M, Garcia M ve ark.Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical Endocrinology .2010:72;214–231.

101. Smith Y, van Goozen S, Kuiper A. Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. Psychological Medicine.2005:35; 89–99.

102. Connolly D Gilchrist G. Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: a systematic review. Addictive Behaviors.2020.

103. Cotaina M, Peraire M, Boscá M ve ark.Substance Use in the Transgender Population: A Meta-Analysis. Brain Sci. 2022 Mar 10;12(3):366.

104. Link BG, Phelan, JC.Stigma and its public health implications. The Lancet. 2006: 367(9509); 528–529.

105. Budhwani H, Hearld KR, Milner A. Transgender Women's Drug Use in the Dominican Republic. Transgender Health.2017:2(1); 188–194.

106. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A ve ark. Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: a 3-year prospective study. Am J Public Health. 2014b;104:2199–2206.

107. Benotsch EG, Zimmerman R, Cathers L.Non- medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults. Drug and Alcohol Dependence.2013: 132(1–2); 391–394.

108. Rowe C, Santos G, McFarland W ve ark. Prevalence and correlates of substance use among trans*female youth ages 16–24 years in the San Francisco Bay Area. Drug Alcohol Depend. 2015;147:160–166.

109. Grant JM, Mottet LA, Tanis J ve ark.Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality, and the National Gay and Lesbian Task Force; Washington, DC: 2011.

110. Staples, JM, Neilson EC, George WH ve ark.A descriptive analysis of alcohol behaviors across gender subgroups within a sample of transgender adults. Addictive Behaviors.2018:76; 355–362.

111. Keuroghlian AS, Reisner SL, White JM, Weiss RD. Substance use and treatment of substance use disorders in a community sample of transgender adults. Drug Alcohol Depend. 2015;152:139-146.

112. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA ve ark. Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. Am. J. Public Health. 2013;103:1820.

113. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental Health and the Transgender Population. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2016 Dec 1;54(12):44-48.

114. Meyer IH .Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin.2003:129(5);674–697.

115. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. Clin Psychol Rev. 2018;66:24-38

116. Hendricks ML, & Testa RJ.A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. Professional Psychology: Research and Practice. 2012: 43(5);460–467.

117. Tonge N, Rodebaugh T, Fernandez K.Self-reported social skills impairment explains elevated autistic traits in individuals with generalized social anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders.2016: 38; 31–36.

118. White S, Bray B, & Ollensick T. Examining shared and unique aspects of social anxiety disorder and autism spectrum disorder using factor analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders.2012: 42(5); 874–884.

119. Mukkades N. Gender identity problems in autistic children. Child: Care, Health and Development.2002:28(6); 529–532.

120. Nobili A, Glazebrook C, Bouman W.P. ve ark. Autistic Traits in Treatment-Seeking Transgender Adults. J Autism Dev Disord.2018: 48;3984–3994.

121. Glidden D, Bouman WP, Jones BA ve ark.Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. Sexual Medicine Reviews.2016:4(1); 3–14.

122. Skagerberg, E, Di Ceglie, D, Carmichael, P. Brief report: autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. J Autism Dev Disord. 2015;45(8):2628–2632.

123. Vanderlaan D, Leef J, Wood H ve ark. Autism spectrum disorder risk factors and autistic traits in gender dysphoric children. Journal of Autism and Developmental Disorders.2015: 45;1742–1750.

124. Kaltiala-Heino, R, Sumia, M, Tyolajarvi, M, Lindberg, N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9:9.

125. van der Miesen, AI, de Vries, AL, Steensma, TD, Hartman, CA. Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. J Autism Dev Disord. 2018;48(5):1537–1548.

126. Strang J, Kenworthy L, Dominska A ve ark.Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. Archives of Sexual Behavior.2014:43(8);1525–1533.

127. Hisle-Gorman E, et al. Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. LGBT Heal. 2019;6:95–100.

128. George, R, Stokes, MA. Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. Autism. 2018;22(8):970–982.

129. Kraemer B, Delsignore A, Gundelfinger R ve ark.Comorbidity of asperger syndrome and gender identity disorder. European Child and Adolescent Psychiatry.2005:14; 292–296.

130. Knickmeyer RC, Wheelwright S,Baron-Cohen SB. Sex-typical play: Masculinization/defeminization in girls with an autism spectrum condition. Journal of autism and developmental disorders.2008: 38(6);1028–1035.

131. Ingudomnukul E, Baron-Cohen S, Wheelwright S ve ark.Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. Hormones and Behavior.2007:51(5); 597–604.

132. Di Ceglie D. Reflections on the nature of the “atypical gender identity organization”. In D. Di Ceglie & D. Freedman (Eds.), A stranger in my own body: Atypical gender identity development and mental health .London: Karnac.1998:9-25.

133. Green, R., & Young, R. Hand preference, sexual preference and transsexualism. Archives of Sexual Behavior.2001: 30;565–574.

134. Soper H, Satz P, Orsini D ve ark.Handedness patterns in autism suggests subytpes. Journal of Autism and Developmental Disorders.1986: 16;155–167.

135. Kristensen Z, Broome M. Autistic traits in an Internet sample of gender variant UK adults. International Journal of Transgenderism.2016:16;234–245.

136. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. Archives of Sexual Behavior.2014:43(2);387–393.

137. Vermaat LE,van der Miesen AI, de Vries, AL ve ark. Self-reported autism spectrum disorder symptoms among adults referred to a gender identity clinic. LGBT Health. 2018;5(4):226–233.

138. Lehmann K,Rosato M,McKenna H ve ark.Autism trait prevalance in treatment seeking adolescents and adults attending specialist gender services.European Psychiatry.2020:63(1);E23.

139. Brugha TS, McManus S, Bankart J ve ark.Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Archives of General Psychiatry.2011:68;459–465.

140. Heylens, G, Aspeslagh, L, Dierickx, J ve ark. The co-occurrence of gender dysphoria and autism spectrum disorder in adults: an analysis of cross-sectional and clinical chart data. J Autism Dev Disord. 2018;48(6):2217–2223.

141. Kung KTF. Autistic traits, systemising, empathising, and theory of mind in transgender and non-binary adults. Mol Autism. 2020;11(1):73.

142. Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M. C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. Nature communications, 11(1), 3959.

143. Turban JL,van Schalkwyk GI. "Gender Dysphoria" and autism spectrum disorder: Is the link real? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.2018:57(1);8–9.

144. Millet N, Longworth J, Arcelus J. Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. International Journal of Transgenderism.2017:18(1);27–38.

145. Cath DC, Ran N, Smit JH ve ark.Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in adults: A preliminary case-controlled study. Psychopathology.2008:41(2);101–110.

146. Grossman AH, D'augelli AR. Transgender youth: Invisible and vulnerable. Journal of homosexuality.2006:51(1);111–128.

147. Yu C, Zuo X, Blum RW ve ark.Marching to a different drummer: A cross-cultural comparison of young adolescents who challenge gender norms. Journal of Adolescent Health.2007:61(4); 48-54.

148. Baron-Cohen, S. (2003). The essential difference: The truth about the male and female brain. London: Allen Lane.

149. Auyeung B, Baron-Cohen S, Ashwin E ve ark. Fetal testosterone and autistic traits. British Journal of Psychology.2009:100(1);1–22.

150. Baba T, Endo T, Honnma H ve ark.Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. Human Reproduction.2007: 22(4);1011–1016.

151. Mueller A, Gooren LJ, Naton-Schötz Sve ark.Prevalence of polycystic ovary syndrome (PCOS) and hyperandrogenemia in female-to-male transsexuals. The Journal of Clinical Endrocrinology and Metabolism.2008:93(4); 1408–1411.

152. Heylens, G, DeCuypere, G, Zucker, KJ, Schelfaut, C, Elaut, E, Vanden Bossche, H, et al.Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. J Sex Med. 2012;9(3):751–757.

153. Hoover, DW. The effects of psychological trauma on children with autism spectrum disorders: a research review. Rev J Autism Dev Disord. 2015;2(3):287–299.

154. Walsh, RJ, Krabbendam, L, Dewinter, J, Begeer, S. Brief report: Gender identity differences in autistic adults: associations with perceptual and socio-cognitive profiles. J Autism Dev Disord. 2018;48(12):4070–4078.

155. Lai M-C, Szatmari P. Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. Curr. Opin. Psychol. 2020;33:117–12.

156. Head AM, McGillivray JA, Stokes MA. Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. Mol. Autism. 2014;5:19.

157. Frazier TW, Georgiades S, Bishop SL, Hardan AY. Behavioral and cognitive characteristics of females and males with autism in the Simons simplex collection. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2014;53:329–340.e3.

158. Segal DL, Coolidge FL, O'riley A ve ark. Structured and Semistructured Interviews. Practical Resources for the Mental Health Professional, Clinician's Handbook of Adult Behavioral Assesment, M Hersen (Ed), Burlington, Academic Press.2006:121-44.

159. Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. Compr Psychiatry.1994:35;16-327.

160. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi.1999:12; 233–6.

161. Elbir M, Alptopbaş Ö., Bayad S. Ve ark. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2 Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language.Türk Psikiyatri Dergisi. 2019:30(1);51-6.

162. First MB.Structured clinical interview for the DSM (SCID). The encyclopedia of clinical psychology.2014:1-6.

163. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark.SCID-II (Türkçe sürümü) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 9(32), 26-29.SM-V Axis II. International Journal of Methods in Psychiatric Research.1994:16;65-73.

164. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar .2012:4;154-77.

165. Bayad S, Alp-Topbaş Ö, Kocabaş T ve ark. DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-PD)'nin Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2021;32(4):267-274

166. Koğar H. Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Mokken Ölçekleme Analizleri .The Validity and Reliability Study of the Symptom Checklist (SCL-90): Mokken Scale Analysis . Koğar .Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2019: 9(54); 689-705.

167. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi.1991:2; 5-12.

168. Köse S, Bora E, Erermiş S ve ark. Otizm-Spektrum Anketi Türkçe formunun psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11;253-260

169. Bora E, Baysan L. Empati Ölçeği-Türkçe formunun Üniversite öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2009;19;39-47

170. Wheelwright S, Baron-Cohen S, Goldenfeld N, Delaney J ve ark.Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). Brain Res. 2006;1079(1):47-56.

171. Bildik T,Somer O, Kabukçu Başay B ve ark. Kendine Zarar Verme Davrnışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması.Türk Psikiyatri Dergisi.2013:234(1);49-57.

172. Baba T, Endo T, Ikeda K ve ark.Distictive features of female-to-male transsexualism and prevalance of gender identity disorder in Japan. The journal of sexual medicine.2011: 8 (6);1686-1693.

173. Godlewski, J. Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. Archives of Sexual Behaviour.1988:17 (6);547-548.

174. Ahmahzad-Asl M, Jalali AH, Alavi K. The epidemiology of transsexualism in Iran. Journal of gay&Lesbian mental Health.2010:15(1);83-89.

175. Verschoor AM, Poortinga J. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. Arch Sex Behav 1988;17:173–8.

176. Nieder TO, Herff M, Cerwenka S ve ark.Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. J Sex Med 2011;8:783–91.

177. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L ve ark.Is hormonal therapy associated with better quality of life in trans- sexuals? A cross-sectional study. J Sex Med 2012;9:531–41.

178. Tsoi WF. Male and female transsexuals: A comparison. Sin- gapore Med J 1992;33:182–5.

179. Turan Ş,Aksoy Poyraz C,İnce E ve ark.Cinsiyet değiştirme ameliyatı için psikiyatri kliniğine başvuran Transseksüel bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi .2015.

180. Mehrabi F. Study of some of characteristics of Iranian patients with Transsexualism [in Persian] Andisheh va Raftar. 1996;2:6–12.

181. Kim TS, Cheon YH, Pae CU, et al. Psychological burdens are associated with young male transsexuals in Korea. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2006;60(4):417–421.

182. Smith E., Jones T., Ward R., Dixon J., Mitchell A., Hillier L. From Blues to Rainbows: The Mental Health and Wellbeing of Gender Diverse and Transgender Young People in Australia. La Trobe University, The Australian Research Centre in Sex, Health, and Society; Melbourne, Australia: 2014.

183. Jones T. Improving Services for Transgender and Gender Variant Youth: Research, Policy and Practice for Health and Social Care Professionals. Jessica Kingsley Publishers; London, UK: 2019.

184. Jones T., Bolger A.D.P.D., Dune T., Lykins A., Hawkes G. Female-to-Male (FtM) Transgender People's Experiences in Australia. Springer Science and Business Media LLC; Berlin/Heidelberg, Germany: 2015.

185. Bolger A.D.P.D., Jones T., Dunstan D., Lykins A. Australian transmen: Development, sexuality and mental health. Aust. Psychol. 2014;49:395–402.

186. Claes L, Bouman WP, Witcomb G ve ark.Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. Journal of Sexual Medicine.2015:12(1); 168–179.

187. Haas, AP, Eliason, M, Mays, VM, Mathy, RM, Cochran, SD, D'Augelli, AR, et al.Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. J Homosex 2011; 58: 10–51.

188. Clements-Nolle, K., Marx, R.,Katz, M. Attempted suicide among transgen- der persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. Journal of Homosexuality.2006:51; 53-69.

189. Kenagy, G.P. (2005). Transgender health: Find- ings from two needs assessment studies in Philadelphia. Health and Social Work, 30, 19-26.

190. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL ve ark.Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. International Review of Psychiatry.2015:1–12.