

## Transseksüalite: Genel bakış

Öğr. Gör. Meltem Aydın Beşen<sup>1</sup>, Doç. Dr. Ergül Aslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Bireyin biyolojik cinsiyet özellikleri ile kendi cinsellik algısı arasındaki uyum, sağlıklı cinsel kimliğin temelini oluşturmaktadır. Cinsel kimlik, bireyin cinsel yönelimi ile ilişkili olarak kendini tanımlamasıdır. Cinsel yönelim ise bireyin cinselliğini veya erotik ve romantik ilgilerini herhangi bir cinsiyete yönlendirmesi ya da herhangi bir cinsiyet tarafından uyarılmasıdır. Bireyler heteroseksüel, homoseksüel ya da biseksüel yönelimli olabilir (1).

Tüm cinsel bozukluklar esas olarak üç ana gruptan oluşmaktadır. Bunlar cinsel işlev bozuklukları, parafililer ve cinsel kimlik bozukluklarıdır. Transseksüalite; kişinin hissettiği cinsel kimlik ile biyolojik cinsiyeti arasındaki çatışma olarak tanımlanan cinsel kimlik bozukluğudur. Kendi cinsiyetinden rahatsızlık duymasının yanı sıra, karşı cinsiyete ait olma duygusunu da içerir. Kişi karşı cinsle sürekli ve güçlü bir özdeşim kurar, sahip olduğu cinsiyeti reddederek diğer cinsiyetin birincil (erkeklerde penis, kızlarda over vb) ve ikincil (ses kalınlaşması, tüylenme, meme ve kalçanın oluşumu vb.) özelliklerini benimser (2).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10 (International Classification of Diseases- ICD)'nda; "bireyin anatomik cinsiyeti ile arzu ettiği cinsiyeti arasındaki uyumsuzluğu ve karşı cinsin bir üyesi olarak yaşama ve kabul edilme arzusu" olarak tanımlanmıştır. Kişi arzu ettiği cinsiyet ile vücut yapısını uyumlu hale getirmek için cerrahi ve hormonal tedavi isteği duymaktadır (3).

Transseksüalite, tanı olarak ilk kez 1980'de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III (DSM-III)'de yer almıştır (4). DSM IV, "cinsel kimlik bozukluğu" olarak belirttiği transseksüaliteyi "çocukluk çağı, adölesan ve yetişkin cinsel kimlik bozukluğu" şeklinde ayrı olarak ele almaktadır (5). DSM V'te ise "cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama)" olarak tanımlanmakta ve "çocuklarda cinsel kimliğinden yakınma" ve "gençlerde ve erişkinlerde cinsel kimliğinden yakınma" olarak incelenmektedir. Her ikisi için de tanı ölçütleri belirlenmiştir (Tablo

1). Tanı için bu ölçütlerden en az 6'sının olması (bunlardan biri A1 tanı ölçütü olmalıdır), en az 6 ay sürmesi ve kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlik ile mevcut cinsel kimlik arasında belirgin bir uyumsuzluk olması aranmaktadır (6).

Kadın ve erkek transseksüalizminin prevalansı dünyada ve ülkemizde tam olarak bilinmemektedir. Dünya Profesyonel Transseksüel Sağlık Birliği'nin (The World Professional Association for Transgender Health- WPATH) bildirdiğine göre, araştırma sonuçları prevalansı geniş bir oranda sunmaktadır (7). Buna göre WPATH erkek transseksüellerin oranını 1/11.900 ile 1/45.000 arasında, kadın transseksüellerin oranını ise 1/30.400 ile 1/200.000 arasında olduğunu belirtmiştir. Jenner, genel olarak oranın 1/1.000 olduğunu savunmaktadır (8). Olyslager ve Conway, Avrupa'da son 40 yılda yapılan cinsiyet değiştirme ameliyatlarından yola çıkarak yaptıkları metodolojik çalışmada, oranın 1/500 olduğunu belirtmektedir (9). Yeni Zelanda'da yapılan prevalans çalışmasında ise yeni kimliği kadın olan transseksüellerin oranı 1/3.639, erkek olan transseksüellerin oranı ise 1/22.714 olarak bildirilmektedir (10).

Transseksüalitenin etiolojisinde biyolojik ve psiko-sosyal faktörlerin etkisi tartışılmaktadır. Zhou ve ark.'nın cinsel davranışta etkili olan beyin bölgesi (stria terminalisin bed çekirdeği) ile ilişkili çalışmasında, kadın beyin dokusu ile transseksüel erkek (yeni kimliği kadın) beyin dokusu arasında benzerlik bulunmuştur. Aynı çalışmada, heteroseksüel ve homoseksüel erkekte beynin bu bölgesinin, transseksüel erkeğe göre daha büyük olduğu ve maskülen seksüel davranışlar üstünde etkili olduğu bildirilmiştir (11). Ayrıca 5- $\alpha$  redüktaz eksikliğine bağlı interseksüalite vakalarında cinsiyet düzeltme ameliyatlarının başarılı olması biyolojik etkiyi işaret etmektedir (1). Ancak biyolojik etyolojide genel görüş, hormonların cinsiyeti ve cinsel davranışın ifade ediliş biçimini etkilediği, cinsel kimliğin oluşumu üzerinde etkili olmadığı şeklindedir. Örn. testosteron,

**Tablo 1.** Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Tanı Ölçütleri (6)**Çocuklarda cinsel kimliğinden yakınma**

- A.1. Karşı cinsten olmayı çok isteme ya da karşı cinsten olduğu konusunda diretme.
- A.2. Erkeklerde, karşı cinsin giysilerini giymek isteme ya da kadınsa giyime ileri derecede öykünme vardır; kızlarda, yalnızca erkek giysilerini giymek isteme, kadınsı giysiler giymeme konusunda çok diretme vardır.
- A.3. İmgesel ve düşlemsel oyunlarda karşı cinsin yerine geçmeyi çok ister.
- A.4. Genelde karşı cinsin oynadığı oyuncakları, oyunları ya da etkinlikleri oynamayı çok ister.
- A.5. Oyun arkadaşlarını karşı cinsten seçmeyi çok ister.
- A.6. Erkeklerde, erkeksi oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere karşı çıkma ve itiş-kakış oyunlardan belirgin kaçınma vardır; kızlarda, kızların oynadığı oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere belirgin karşı çıkma vardır.
- A.7. Cinsel anatomisinden hiç hoşlanmama
- A.8. Kişinin yaşadığı cinsel kimlikle eşleşen birincil ve/veya ikincil cinsel özellikleri çok isteme.
- B. Bu duruma klinik açıdan belirgin bir sıkıntı eşlik eder veya bu durum toplumsal işlevsellikte, okulda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

**Gençlerde ve erişkinlerde cinsel kimliğinden yakınma**

- A.1. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, birincil ve/veya ikincil cinsel özellikleri arasında belirgin bir uyumsuzluk olması
- A.2. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle arasında belirgin uyumsuzluk olduğu için birincil ve/veya ikincil cinsel özelliklerden kurtulmayı çok isteme (ya da genç ergenlerde, beklenen ikincil cinsel özelliklerin gelişmesini önlemeyi isteme)
- A.3. Diğer cinsin birincil ve/veya ikincil cinsel özelliklerini çok isteme
- A.4. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) olmayı çok isteme
- A.5. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) gibiymiş gibi davranılmayı çok isteme
- A.6. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçeneğe özgü) duygularının ve tepkilerinin olduğuna çok inanma.
- B. Bu duruma klinik açıdan belirgin bir sıkıntı eşlik eder veya bu durum toplumsal işlevsellikte, okulda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

kadında libidoyu ve agresif davranışları artırmakta, östrojen ise erkekte libidoyu ve agresif davranışları azaltmakta, ancak cinsel kimliği etkilememektedir (12). Transseksüel bireylerin hormon düzeylerinin normal değerlerde olduğu bildirilmektedir (13,14). Prenatal dönemde maruz kalınan androjenlerin ise transseksüaliteye neden olduğunu gösteren kanıt düzeyinde araştırma yoktur ya da veriler yeterli değildir (15). Transseksüalitenin konjenital olması tartışılmakta ancak genetik bir yatkınlık olmadığı bilinmektedir (8,12). Yapılan bir çalışmada dizigot ikiz olan transseksüellerin ikiz kardeşlerinde transseksüalite saptanmamıştır (15). Dolayısıyla biyolojik etyolojiden çok psikiyatrik tanı olduğu kabul edilmektedir (16,17).

Psiko-sosyal görüş ise, transseksüaliteyi ebeveynin çocuklarını yetiştirme biçimi ile ilgili olarak tanımlar. Bu görüşe göre yaşamın ilk yıllarındaki anne-çocuk ilişkisi ve çeşitli ödipal dönem sorunları transseksüaliteye zemin hazırlar. Pasif ve soğuk babaya karşın, anne ile uzun süren sembiyotik ilişki ya da kız çocuğun babanın maskülen rolünü aldığı durumlar vurgulanmaktadır (1,12). Retrospek-

tif yapılan bir çalışmada, transseksüellerin aile profilinde çoğunlukla, anne ev hanımı, baba otoriter bir mesleğe sahip ve genç yaştaki ebeveynler olduğu belirlenmiştir (15). İhmal edilen, kötüye kullanılan ve reddedilen çocuklar ise karşı cinsiyetin kimliğini aldıklarında daha çok değer kazanacağına ilişkin düşünceler geliştirebilmektedir. Ayrıca çocuğun özdeşim kurduğu modellerin yokluğu ya da niteliği, ayrılık yaşama ve aile içi şiddet gibi birçok neden etyolojide rol oynamaktadır (1).

Cinsel kimlik bozukluğu psikiyatrik problemlerle birlikte ortaya çıkabilir. Bu nedenle olguların ebeveynleriyle birlikte genel ve psiko-sosyal gelişimleri, güncel durumları değerlendirilmelidir (16). Tedavi öncesi tanılama multidisipliner bir yaklaşımla (psikiyatrist, endokrinolog, jinekolog, ürolog vb.), birbirine çok fazla benzerlik gösteren ICD-10 ve DSM V kriterleri göz önüne alınarak yapılmalıdır (4). Tanı konulduktan sonra olgulara cinsiyet değişiminden dolayı karşılaşılabileceği kısıtlamalar, tedavilerden beklenmesi gereken sonuçlar ve tedavinin olası istenmeyen etkileri anlatılmalıdır. Kişide saptanan bir psiko-patoloji varsa

öncelikle bu tedavi edilmelidir (16).

Tedavi süreci için WPATH; rol değişiminde danışmanlık, hormon tedavisi (feminize ya da maskülen), cerrahi tedavi ve yeni cinsel kimlik için psikoterapi sıralamasını uygun görmektedir (7,9). Cerrahi operasyon, bir yıl süresince tercih ettiği cinsel kimlik rolünü deneyimlemiş, hormon tedavisini tamamlamış ve 18 yaşından büyük bireylere önerilmektedir. Hormon tedavisindeki amaç biyolojik cinsiyetine ait sekonder seks karakterlerini geriletme ve bireyin olmak istediği cinsiyetin endojen seks hormonlarını uygulamaktır. Hormon tedavisi istenmeyen tıbbi durumlara (trombo-emboli, meme kanseri vb.) neden olabileceğinden düzenli takiplerin yapılması gerekmektedir (16,18). Cinsiyet değiştirme tedavisinin başarısını etkileyen diğer faktörler; yüz feminizasyon operasyonu, yüz ve vücut tüylerini giderme, konuşma ve dil terapisi, imaj oluşturma, transseksüel akrabaların mentorluğu, ailenin kabulü ve desteğidir (18).

Cinsiyet değiştirme ameliyatından sonra cinsel aktivite değişikliğinin incelendiği çalışmalarda, yeni kimliği kadın olan transseksüellerin mastürbasyon sıklığının azaldığı, kadın rollü cinsel deneyimin arttığı, erkek transseksüellerin ise mastürbasyon sıklığının ve cinsel deneyimin arttığı saptanmıştır (19). Vujovicve ark'nın çalışmasında yeni kimliği kadın olan transseksüellerin %17'sinin, erkek olanların %16'sının ameliyat sonrası karşı cins ile evlendiği bildirilmektedir (15). Buna karşın, özellikle cinsiyet değiştirme ameliyatından önce danışmanlık almayan ve yeni cinsiyetinin yaşamını deneyimlemeyen bireylerin (%40), yeni cinsel kimliğine uyumu zorlaşmaktadır. Bu duruma sosyal faktörler de eklendiğinde transseksüellerin yaşam kalitesinin düşmesi kaçınılmazdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan transseksüellerin %60'ı ameliyat sonrası yoksulluk

sınırının altında yaşadığı, %40'nın sosyal güvencesi bulunmadığı bildirilmiştir (8). Motmans ve ark.'nın yaptığı çalışmada, transseksüel erkeklerin özellikle ruh sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin, diğer erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (20).

Ailelerin ilk verdiği tepki şok ve reddetme olmakta, ancak daha sonraları çocuklarının cinsel yönelimlerini değiştirmek için çabalama, homoseksüel ya da transseksüel arkadaşlarından uzak durması için çocuklarını izole etmeye yönelmektedir. Bu bağlamda ebeveyn ve diğer aile üyelerine reddetmenin etkileri, kaçınılması gereken davranışlar öğretilmesi ve desteğin sağlanması için danışmanlık ve psikolojik yardım sağlanmalıdır (21).

Aileleri tarafından reddedilen transseksüel bireylerin, desteklenenlere göre üç kat daha fazla madde kullanımı, intihar girişimi ve HIV bulaş riski taşıdıkları bildirilmiştir. Transseksüellerin önemli bir sağlık sorunu da HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan infeksiyonların bulaş riskinin yüksek olmasıdır. Özellikle transseksüellerin sağlık sigortalarının olmaması, evsizlik, işsizlik veya seks işçiliği bu riski artırmakta ve sağlık bakım olanağını azaltmaktadır (22,23). Amerika Birleşik Devletleri'nde transseksüellerde HIV prevalansı %25-27 olarak bildirilmektedir, ancak gerçekte bu oranın üstünde olduğu düşünülmektedir (23).

Ülkemizde cinsiyet değiştirme operasyonu ve diğer tedavi giderleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında ödenmektedir (24).

Sonuç olarak, transseksüalitenin psikiyatrik bir tanı olduğu kabul görmekle birlikte, etyolojisinin bilinmesi, tanılanması, tedavi yöntemlerinin belirlenmesi ve transseksüel bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için daha fazla araştırma sonuçlarına ve mali desteğe ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## Kaynaklar

- Özşungur B. Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler: gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2010;17 (3): 163-174.
- Childs JM. Transsexualism: some theological and ethical perspectives. *Dialog: A Journal of Theology* 2009; 48 (1): 30- 41.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Erişim:<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> Erişim Tarihi: 12.01.2014
- Cohen-Kettenis PT, Pfaefflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav.* 2010 Apr;39(2):499-513.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı, (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviren), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007; 203-208.*
- Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V-TR). Köroğlu E (Çeviren), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.*
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Ehrbar R, Ettner R, Eyster E, Garofalo R, Karasic DH, Lev AI, Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS, Tangpricha V, Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie K R, Zucker K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *IJT* 2011; 13: 165-232.
- Jenner CO. Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010; 22: 403-408.
- Olyslager F, Conway L. On the Calculation of the Prevalence of transsexualism WPATH 20th International Symposium September 2007; 1-26. <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf> Erişim Tarihi: 12.01.2014

10. Veale FV. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42: 887-889.
11. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *IJT* 1997 July; 1: 1.
12. Sungur M, Yalnız Ö. Transseksüalite: ilgili kavramlar ve cinsiyet düzenleme girişimleri. *Klinik Psikiyatri* 1999; 1:49-54.
13. Kayahan B, Ozan E, Atalay ND, Mete HE. Cinsel kimlik disfori sendromu: olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8:141-145.
14. Özcan S, Tamam L, Soydan A. Bipolar bozukluk ve transseksüalite: iki olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012; 13:310-312
15. Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med* 2009;6:1018-1023.
16. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Adrenal ve gonadal hastalıklar kılavuzu cinsel kimlik bozuklukları ve transseksüalizm. 5. Baskı. Ankara, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., 2011; 114-119.
17. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Transseksüalite. Erişim: <http://www.cetad.org.tr/news.aspx?detail=57>. Erişim Tarihi: 12.01.2014
18. Royal College of Psychiatrists. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria 2013. Erişim: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR181.pdf>. Erişim Tarihi: 08.04.2014
19. Klein C, Gorzalka BB. Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: a review. *J Sex Med* 2009;6: 2922-2939.
20. Motmans J, Meier P, Ponnet K, T'Sjoen G. Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *J Sex Med* 2012;9:743-750.
21. Ryan, C. Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender children. San Francisco, CA: Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University, 2009.
22. Thornhill L, Klein P. Creating environments of care with transgender communities. *JANAC* 2010; 21( 3): 230-239.
23. Keiswetter S, Brotmarkle B. Culturally competent care for HIV-infected transgender persons in the inpatient hospital setting: the role of the clinical nurse leader. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2011;21(3):271-277.
24. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>. Erişim: 08.04.2014