



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**CİNSİYET DİSFORİSİ OLAN BİREYLERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
BAĞLANMA STİLLERİYLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elshad GULMAMMADOV

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şenol TURAN

İSTANBUL-2019



Bu tez çalışması Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır.

(19/08/2019 67665420—302.14.01-125123 sayılı yazı ile)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecim boyunca bilgisi ve tecrübesiyle biz asistanlara güven veren, kendisi ile çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim kıymetli hocam Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Alaattin Duran'a,

Uzmanlık eğitimim ve tezimin her aşamasında bilgi, beceri ve tecrübeleri ile bana katkı sağlayan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Şenol Turan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim ve örnek aldığım, bilgi, deneyim ve desteklerini benden esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Burç Çağrı Poyraz'a, Doç. Dr. Cana Aksoy Poyraz'a, Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel'e,

Asistanlık eğitimi süresince her zaman desteklerini yanımda hissettiğim, samimiyetlerine ve arkadaşlıklarına her zaman güvendiğim değerli arkadaşlarım Dr. Mehmet Murat Kırpınar'a, Dr. Tarık Sağlam'a, Dr. Kübra Fadiloğlu'na, Dr. Sadiqa Osmanlı Şirolu'na, Dr. Ersel Bulu'ya ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Hem biz asistanlara hem de hastalarımıza içten ve sıcak davranışlarını esirgemeyen, tecrübe ve özverileriyle kliniğimize anlam ve güzellik katan bütün hemşirelerimize,

Her zaman arkadaşlıklarıyla, sıcak iletişimleriyle beraber keyifle çalıştığım sekreterlere, güvenlik ve temizlik personellerine,

Son olarak, tez yazımı sürecinde kendilerine ayırmam gereken zamandan çaldığım az da olsa ihmal ettiğim biricik oğlum Alparslan'a, biricik kızım Elaya'a ve sevgili eşim, hayat arkadaşım Dr Aytan Gulmammadova'ya, adını burada andığım veya anamadığım tüm çalışma arkadaşlarıma gönülden teşekkürü bir borç bilirim.

Dr. Elshad Gulmammadov

(Ekim 2019, İstanbul)

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TEMEL KAVRAMLAR.....	4
2.1.1. Cinsiyet: “Sex” ve “Gender”	4
2.1.2. Cinsiyet Kimliği.....	4
2.1.3. Toplumsal Cinsiyet Rolü	5
2.1.4. Cinsel Yönelim	5
2.1.5. Transgender ve Cisgender	5
2.1.6. Cinsiyet Disforisi ve Cinsiyet Uyumsuzluğu.....	6
2.2. TARİHÇE	6
2.3. YAYGINLIK VE SIKLIĞI.....	9
2.4. TANI SİSTEMLERİ VE SINIFLANDIRMA	11
2.4.1. DSM Sınıflamaları.....	11
2.4.1.1. Cinsiyet Disforisi: DSM-5 Tanı Ölçütleri	12
2.4.2. ICD Sınıflamaları.....	13
2.5. TRANSEKSÜALİTEDE ALT TİPLER.....	15

2.6.	ETYOLOJİ.....	16
2.7.	TÜRKİYE’DE HUKUKSAL SÜREÇ.....	21
2.8.	CİNSİYET DİSFORİSİ OLAN BİREYLERDE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR	22
2.9.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	24
2.9.1.	Çocukluk Çağı İstismarları	24
2.9.1.1.	Fiziksel İstismar.....	24
2.9.1.2.	Cinsel İstismar	25
2.9.1.3.	Duygusal İstismar	26
2.9.2.	Çocukluk Çağı İhmalleri.....	26
2.9.2.1.	Duygusal İhmal	26
2.9.2.2.	Fiziksel İhmal	27
2.10.	BAĞLANMA	27
2.10.1.	Bağlanma Kavramı.....	27
2.10.1.1.	Bowlby’nin Bağlanma Kuramı	27
2.10.2.	Bağlanma tipleri	28
2.10.3.	Cinsiyet Farkı ve Bağlanma Modeli Arasındaki İlişki.....	29
2.10.4.	Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Bağlanma.....	30
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
3.1.	ÖRNEKLEM.....	32
3.1.1.	Dahil Edilme Ölçütleri.....	32
3.1.2.	Dışlanma Ölçütleri	32
3.1.3.	Grupların Oluşturulması	32
3.2.	Çalışmada Kullanılan Gereçler	33
3.2.1.	Sosyodemografik Veri Formu	33
3.2.2.	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)	33

3.2.3.	Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği (ÜBBSÖ)	33
3.2.4.	Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği (UCDÖ)	34
3.3.	İstatiksel İncelemeler	34
4.	BULGULAR.....	36
4.1.	SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	36
4.1.1.	Olgu Grubu	36
4.1.2.	Kontrol Grubu.....	40
4.2.	Grupların Karşılaştırılması.....	44
4.2.1.	Trans Erkekler ile Kontrol Grubunun Karşılaştırılması	44
4.2.2.	Trans Kadınlar ile Kontrol Grubunun Karşılaştırılması	46
4.2.3.	Trans Erkekler ile Trans Kadınların Karşılaştırılması	49
4.2.4.	Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Değerlendirmeler.....	52
4.3.	Olgu Grubunda Ölçek Skorlarının Birbirleri İle İlişkisi	54
5.	TARTIŞMA	60
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	66
7.	KAYNAKLAR	68
8.	EKLER.....	80

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Çocuklarda Cinsiyet Disforisi	12
Tablo 2: Gençlerde ve Erişkinlerde Cinsiyet Disforisi	13
Tablo 3: Türk Medeni Kanunu'nun 40. Maddesi	22
Tablo 4: Cinsiyet Disforisi Olan Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 5: Kontrol Grubu Özelliklerinin Dağılımları.....	40
Tablo 6: Trans Erkekler ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi	44
Tablo 7: Trans Erkekler ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi	45
Tablo 8: Trans Kadınlar ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi	46
Tablo 9: Trans Kadınlar ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi	48
Tablo 10: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi.....	49
Tablo 11: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi	50
Tablo 12: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Utrecht Cinsiyet Diforisi Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi.....	51
Tablo 13: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi.....	52
Tablo 14: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi	53
Tablo 15: Trans Erkeklerde Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi.....	54

Tablo 16: Trans Kadınlarda Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi	54
Tablo 17: Trans Erkeklerde Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorları ile Değerlendirmesi Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi	55
Tablo 18: Trans Kadınlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorları ile Değerlendirmesi Utrecht Cinsiyet Diforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi	55
Tablo 19: Trans Erkeklerde Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının İlişkisi	56
Tablo 20: Trans Kadınlarda Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının İlişkisi	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Olgu grubunun çalışma durumu dağılımı.....	37
Şekil 2: Olgu grubunda cinsel yönelime ilişkin dağılım.....	38
Şekil 3: Olgu grubunda ailede psikolojik öykü durumuna ilişkin dağılım.....	39
Şekil 4: Olgu grubunda psikiyatriye başvurma durumuna ilişkin dağılım	39
Şekil 5: Kontrol grubu cinsiyet dağılımı.....	41
Şekil 6: Kontrol grubu çalışma durumu dağılımı	42
Şekil 7: Kontrol grubunda ailede psikiyatrik öykü durumuna ilişkin dağılım	43
Şekil 8: Kontrol grubunda psikiyatriye başvurma durumuna ilişkin dağılım.....	43
Şekil 9: Olgu grubunda cinsiyete göre üç boyutlu bağlanma stili sonuçlarının dağılımları.....	51

KISALTMALAR

ÇCTÖ	: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
ÜBSÖ	: Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği
CD	: Cinsiyet Disforisi
İCD	: International Statistical Classification of Diseases and Related
TG	: Trans Kadın
TE	: Trans Erkek
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MtF	: Male to Female
FtM	: Female to Male
KKBS	: Kaygılı Kaçınan Bağlanma Stili
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth
APA	: American Psychiatric Association
NCTE	: National Center for Transgender Equality
KÖ	: Kişilik Örgütlenmesi
GBS	: Güvenli Bağlanma Stili
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
KBS	: Kararsız Bağlanma Stili
CKB	: Cinsel Kimlik Bozukluğu
TS	: Transseksüel
CKYB	: Cinsel Kimliğinden Yakınma Bozukluğu
MK	: Medeni Kanun

ÖZET

AMAÇ:

CD'li bireylerin psikiyatrik bölümlere yüksek oranlarda başvuru yaptıkları bilinmektedir. Psikiyatrik bölümlere olan bu yüksek başvuru oranları içinde psikolojik değerlendirme yapan kişiler trans bireylerle toplumsal cinsiyet sorunları, cinsiyet yeniden şekillendirme işlemleri ile ilgili gereksinimler veya bir ruh sağlığı uzmanı ile etkileşime geçmeyi gerekli kılacak diğer tüm sorunlar için bir araya gelebilirler. Bu çalışmada TK ve TE bireylerin çocukluk çağı travmalarının araştırılması ve çocukluk çağı travmalarıyla bağlanma stilleri arasında ilişkinin ortaya koyulması trans bireylerin deneyimlediği özel ruhsal durumların daha iyi anlaşılmasına katkı sunulması hedeflenmiştir. Şimdiye kadar CD'li bireylerde yapılan çalışmalarda çocukluk çağı ruhsal travmaları ve bağlanma stillerine ayrılıkta balkısa da bunlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak çalışmalar literatürde bulunmamaktadır Trans bireylerin bağlanma biçimlerinin, çocukluk çağı travma öykülerinin ve çocukluk çağı travmalarıyla bağlanma biçimleri arasında ilişkiyi ortaya konularak konuya ilişkin kısıtlı literatüre katkı sunulması ve klinikte karşılaşılan güçlüklerin anlaşılabilirliğinin artırılması planlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışmaya vaka grubu olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Cinsiyet Disforisi polikliniğine başvuran DSM-V e göre CD tanısı alan 55 TK ve 70 TE bireyler ve kontrol grubu olarak 120 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan olgulara Sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yarı yapılandırılmış Sosyodemografik veri formu, Çocukluk çağı ruhsal travmalarını değerlendirmek için Çocuklu Çağı Travma Ölçeği, bağlanma biçimlerini değerlendirmek için Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği, CD klinik özelliklerini değerlendirmek için Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği uygulandı. Gerekli istatistiksel değerlendirmelerle gruplar arasında ve grup içinde karşılaştırmalar yapıldı.

BULGULAR:

CD'li bireylerde çocukluk çağı ruhsal travma öyküleri sağlıklı kontrollere göre yüksek oranda bulundu TK'larda cinsel, fiziksel ve duygusal istismar öyküleri TE'lere ve sağlıklı kontrollere göre yüksek oranda saptandı. TE'lerde duygusal ihmal ve

istismar öyküleri sağlık kontrollere göre yüksek oranda saptandı Çocukluk çağı ruhsal travma öyküleri olan CD'li bireylerde kaçınan ve kaygılı karasız bağlanma stilleri oranları yüksek oranda saptandı. TK'larda kaçınan ve kaygılı karasız bağlanma stilleri yüksek oranda saptanırken TE'lerde güvenli bağlanma stilleri oranları daha yüksek oranlarda bulunmaktadır

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız CD'li bireylerin yüksek oranlarda fiziksel, duygusal ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını, ailesel ve sosyal stresörlerin tetiklemesiyle yüksek oranlarda komorbid ruhsal hastalıklarının olduğunu saptamıştır. CD'li bireyleri sadece tanımlayıcı psikopatolojik özellikleri açısından değil, transseksüalite yanında kişilik özellikleri ve nesne ilişkileri niteliği ile de değerlendirmenin ve böylece bireye özgü psikoteröpatik yaklaşımların geliştirilmesinin gerektiği düşünülmüştür. Sosyal ilişkiler ve çevre alanında trans erkeklerin algılanan yaşam kalitesinin trans kadınlara göre daha yüksek seviyede saptanması ve trans kadınların cinsiyet kimlikleri nedeniyle ailelerinden ayrılmak zorunda kalma, okul hayatında fiziksel ve cinsel saldırıya maruz kalma oranlarının daha yüksek olması toplumda kadın rolüne geçişin erkek rolüne geçiş kadar iyi karşılanmadığını düşündürmüştür. Kişilik örgütlenmesi ve nesne ilişkileri niteliğinin CD'li bireyleri anlayabilme ve ihtiyaç duyulan ruhsal sıkıntıların tedavisi için uygun yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlaması için yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu ve de öncelikle TK bireylerin olmak üzere CD'li bireylerin ailesel ve sosyal kabulünün artırılabilmesi için sosyal çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Cinsiyet disforisi. Çocukluk çağı travması, bağlanma stilleri, cinsel kimliğinden yakınma, transgender,

ABSTRACT

AIM:

People with Gender Dysphoria (GD) are known to have high application rates to psychiatry departments. In these applications, mental health professionals may meet with transgender persons for gender issues, requirements for gender reshaping procedures, or any other issue that may require interaction with a professional. In this study, it was aimed to investigate the childhood traumas of MtF and FtM individuals and to reveal the relationship between childhood traumas and attachment styles and to contribute to a better understanding of the special mental conditions experienced by trans individuals. Until now, childhood trauma and attachment styles have been examined separately in CD-related individuals, but there are no studies to reveal the relationship between them. In this study, it is planned to contribute to the limited literature by revealing the relationship between attachment styles and childhood history of trauma of trans individuals and to increase the comprehensibility of the difficulties encountered in the clinic.

METHOD:

In this study, 55 MtF and 70 FtM individuals who were diagnosed as GD according to DSM-V who applied to the Gender Dysphoria Outpatient Clinic of Cerrahpaşa Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases and 120 healthy individuals as control group were included. Semistructured sociodemographic data form, Childhood Trauma Questionnaire, Three Dimensional Attachment Styles Scale and Utrecht Gender Dysphoria Scale were used. The necessary statistical evaluations were made between and within the groups. **RESULTS:** Childhood psychological trauma history was found to be higher in individuals with GD compared to healthy controls. Sexual, physical and emotional abuse history was found to be higher in MtF individuals compared to FtM individuals and healthy controls, whereas, emotional neglect and was found to be higher in MtF individuals than healthy controls. The rates of avoidant and anxious unstable attachment styles were found to be high in individuals with GD who had a history of childhood psychological trauma. While avoidant and anxious unstable attachment styles were found to be higher in MtF individuals, secure attachment styles rates were higher in FtM individuals.

CONCLUSION:

In our study, it was found that individuals with GD were exposed to high levels of physical, emotional and sexual violence and had high rates of comorbid mental illnesses triggered by familial and social stressors. It is thought that it is necessary to evaluate the individuals with GD not only in terms of descriptive psychopathological features, but also with personality traits and object relations as well as transsexuality and thus to develop individual-specific psychotherapeutic approaches. According to the findings that FtM individuals have better perceived quality of life in social relations and environment than MtF individuals and trans women had to leave their families because of their gender identity, and the higher rates of physical and sexual assault in school life suggested that the transition to a female role in society was not as well received as a transition to a male role. New studies are needed to understand the personality organization and the nature of object relations in order to understand individuals with GD and to develop appropriate approaches for the treatment of needed mental problems. It is thought that social studies are needed to increase the familial and social acceptance of individuals with GD, especially MtF individuals.

Key words: transgender, gender dysphoria, childhood traumas, attachment styles

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 1992) tarafından “*Cinsel Kimlik Bozuklukları*” (CKB) ve “*Transeksüalizm*”, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 2013) tarafından ise “*Cinsiyet Disforisi*” (CD) olarak ifade edilen tanıda, bireyin kendini ait hissettiği cinsiyet kimliğiyle (*gender identity*), o kişi için doğumda belirlenmiş olan cinsiyeti (sex) arasında açık bir uyumsuzluk vardır ve bu yüzden kişi kendisi için belirlenmiş olan cinsiyet özelliklerinden kurtulmak, diğer cinsin bir üyesi olarak yaşamak ve kabul edilmek istemektedir (Ignatavicius ve Fox 2012; Turan ve ark. 2015; Keskin, Yapça ve Tamam 2015, Hein ve Levitt 2014). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın 4. Basımında (DSM-IV)* (APA 1994) yaygınlığının doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olanlarda 1/30000, kadın olanlarda 1/100000 oranında olduğu ifade edilirken, DSM-5'te doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olan erişkinlerde % 0,005-0,014, kadın olan erişkinlerde % 0,002-0,003 oranında olduğu belirtilmiştir. Ancak bu oranların tıbbi girişim arayışı nedeniyle kliniğe başvuran bireylerden elde edildiği ve CD'nin yaygınlığının toplumda daha yüksek oranlarda olduğunun tahmin edildiği ifade edilmektedir (1). Ulusal Transgender Eşitlik Merkezi (NCTE; National Center for Transgender Equality) ve Ulusal Gay ve Lezbiyen Özel Birliği (National Gay and Lesbian Task Force) tarafından derlenmiş kapsamlı bir raporda CD olan tüm bireylerin %75'ine yakınının ruh sağlığı ile ilgili bir bölüme başvurdukları belirtilmiştir (2). Bağlanma modeli ile cinsiyet farkları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği kapsamlı bir çalışmada erkekler arasında kadınlara kıyasla yüksek oranlarda kaçınan bağlanma modelinin olduğu saptanmıştır (3). Feeney'nin çalışmasında da bağlanma ilişkilerinde kadınların daha çok kaygılı, erkeklerin ise kaçınan olduğu saptanmıştır (4). Transgender bireylerle yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar bireyin bağlanma modelinin kültürel normlar ve cinsiyet kimliği ile uyumlu beklentileri karşılamadığında bu uyumsuzluğun stres deneyimine yol açabildiğini göstermektedir ve cinsiyet kimliğinin bilhassa toplumsal cinsiyet şablonları ile örtüşmediği durumlarda bağlanma stili formasyonunun etkilendiği görülmektedir (5). Tracey J. Riley ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada cinsel azınlık ve cinsiyet azınlık grubundan (*SGM: Sexual and Gender Minority*) bireylerin heteroseksüel benzerlerine göre daha yüksek oranlarda içselleştirilmiş semptomlarının (depresyon, anksiyete gibi) olduğunu, adaptif olmayan baş etme yöntemlerini (inkar, suçlama) daha fazla kullandıklarını, adaptif

başetme yöntemlerini nadiren kullandıklarını ve daha yüksek seviyelerde stres deneyimlediklerini göstermektedir (6). Trans kadın ve trans erkeklerde depresyon ve anksiyete oranları birbirine yakın olmakla birlikte genel topluma kıyasla oldukça yüksek oranlardadır ve kaçınan baş etme yöntemlerinin geçiş sürecinde her iki semptom oluşumunda aracı rol oynadığı ileri sürülmüştür (7). Bir çok kişilik bozukluğu prevalans çalışmasında belli başlı kişilik bozukluklarının bir cinsiyette diğerine göre daha sık tanı aldığı görülmektedir: Şizoid, paranoid, antisosyal ve narsistik kişilik bozukluklarının daha çok erkeklerde, bağımlı, borderline ve histiriyonik kişilik bozukluklarının ise kadınlarda daha yaygın olduğu görülmüştür (8 , 9). Trans bireylerde kişilik bozuklukları prevelansına dair yapılan çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bir çalışmada trans bireylerde kişilik bozukluğu görülme sıklığının genel popülasyonda kişilik bozukluğu görülme sıklığı ile benzer olduğu saptanmış ve çalışmadaki trans kadın ve trans erkek bireyler arasında kişilik bozukluğu prevalansı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hepp ve arkadaşlarının CD ve psikiyatrik hastalık komorbiditesini inceledikleri bir çalışmada ise katılımcıların %41,9 unda kişilik bozukluğu saptanmış, trans kadın ve trans erkek bireyler arasında kişilik bozukluğu prevalansı açısından anlamlı bir fark saptanmamış (10). Kişilik yapısı ve kişilik patolojilerinin cinsiyetler arasındaki farklılıklarına, toplumsal cinsiyet rollerine göre değişimine ve yine transgender bireylerde görüngüsüne dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın 5. Basımında (DSM-5) (APA 2013) çalışma grubu kişilik bozukluklarına genel anlamda birkaç önemli değişiklik ve temel olarak yeni bir yaklaşım önermektedir. Bu yeni yaklaşım işlevselliğe oldukça önem vermektedir. Bir kişilik patolojisinin temel ölçütü, şiddeti bir devamlılık olarak değişkenlik gösteren, kendilik ve kişilerarası işlevde önemli bozukluk olarak görülür. Çalışmamızın amacı katılımcıları çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal travmaları açısından değerlendirmek ve elde edilen sonuçların bağlanma biçimleriyle ilgi hansı ilişki içerisinde olduklarını ortaya koymaktır. Bununla birlikte transgender bireylerin bağlanma biçimlerinin, başa çıkma yöntemlerinin ve deneyimledikleri yaşam kalitesi sorunlarının ortaya konularak konuya ilişkin kısıtlı literatüre katkı sunulması ve klinikte karşılaşılan güçlüklerin anlaşılabilirliğinin artırılması planlanmıştır.

1.1. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

1-Cinsiyet Disforisi olan bireylerde çocukluk çağı travmalarının kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda olduğu,

2- Trans kadınların trans erkeklere kıyasla daha fazla fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldıkları,

3- Çocukluk çağı travmaları öyküsü olan ve Cinsiyet Disforisi olan bireylerde patolojik bağlanma biçimlerinin daha yüksek oranlarda olduğu,



2. GENEL BİLGİLER

2.1. TEMEL KAVRAMLAR

2.1.1. Cinsiyet: “Sex” ve “Gender”

İngilizce'deki “sex” kavramı, herhangi bir türün kadın ve erkek arasındaki anatomik, biyolojik, genetik veya fiziksel farklılığını tanımlar. Genotip, genel olarak birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri ile ifade bulur (11). Üreme organları birincil, kadın ve erkek arasındaki diğer biyolojik farklılıkları oluşturan özellikler ise ikincil niteliktedir. Türümüz cinsel açıdan “kadın” ve “erkek” olarak, her biri üremeye farklı ve önemli katkılar sağlayan iki net ve kesin cinsiyet içeren dimorfik özellikte kavramlaştırılmıştır. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar bu fikrin kesinliğini tartışmaya açmıştır. Batı Avrupa'nın kadın ve erkeğin ikincil cinsiyet özelliklerinin farklılığına yönelik anlayışında boy, vücut ağırlığı, yüz ve beden tüylenmesi, göğüs gelişimi ve ses kalitesi gibi özellikler varken, kültürlerarası karşılaştırma bu özelliklerin her zaman geçerli olmadığını göstermektedir. Her bir cinsiyetin üyeleri arasında iki cinsiyet arasında bulunan farklardan çok daha fazlası bulunmaktadır (12). İngilizce'den “toplumsal cinsiyet” olarak çevrilebilecek olan “gender” kavramı ise, erkek ve kadınla ilişkili ayırt edici psikolojik ve davranışsal özellikleri içermektedir ve “davranışlara ve tutumlara cinsiyetin kattığı özellikler” olarak tarif edilebilir. Diğer türlerden farklı olarak insanlar sadece biyolojik yolla değil, kadınlık ve erkekliklerini çok sayıda farklı şekilde ifade edebildikleri sosyal yollarla cinsiyet sahibi olurlar (13). Bireyin fiziksel cinsiyeti, genleri ve hormonlarının bireyin bedenini ve fizyolojisini belirlediği, ancak toplumsal cinsiyetinin öğrenme, deneyim ve etkilenmelerle belirlendiği kabul edilmektedir (14).

2.1.2. Cinsiyet Kimliği

Cinsiyet kimliği (*gender identity*), kimliğin temel parçalarından biri olarak kişinin ait olduğu cinsiyeti (kadın, erkek ya da alternatif bir cinsiyet) bilme hissi olarak tanımlanmaktadır. Erken yaşlarda ortaya çıkmaya başlayan, kişinin kendini hangi cinsiyetle özdeşleştirdiğine dair öznel bir yaşantıdır.

2.1.3. Toplumsal Cinsiyet Rolü

Toplumsal cinsiyet, hem toplumsal cinsiyet rolünü (*gender role*) hem de cinsiyet kimliğini kapsayan bir terimdir. Toplumsal cinsiyet rolü kadına ve erkeğe hangi davranışların uygun görüldüğünü tanımlayan kültürel normlardır (15). Kültürlerde belli bir cinsiyet için kabul edilen ve geçerli sayılan davranış biçimleri vardır. Çocuklarda ve ergenlerde toplumsal cinsiyet rolüne yönelik davranışlar kolayca gözlemlenebilir. Sözelimi, akranlar arasında oynanan oyunlardaki roller, oyuncak seçimleri, giysi seçimleri toplumsal cinsiyet rolünün anlaşılması için önemli olabilir.

2.1.4. Cinsel Yönelim

Kişinin düşünce, duygu ve davranışsal olarak cinsel çekim duyduğu cinsiyete göre tanımlanır.

2.1.5. Transgender ve Cisgender

“*Transgender*” kavramı, Amerikan Psikoloji Birliği tarafından cinsiyet kimliği, toplumsal cinsiyetin dışı vurumu veya davranışları bakımından tipik olarak doğumda belirlenmiş cinsiyeti ile uyumlu olmayan kişiler için kullanılan kapsayıcı bir şemsiye terim olarak belirtilmiştir (16). Günümüzde daha çok “*trans*” olarak anılan “*transgender*” terimi “*transseksüel*”, “*genderqueer*”, “*gender varyant*”, “*üçüncü cinsiyet*”, “*king/queen*”, “*transvesti*”, “*cross-dresser*” gibi çeşitli cinsiyet kimliği tanımlarını içeren ve/veya vücutlarını cinsiyet kimliklerine uygun hale getirmek için hormonal ve/veya cerrahi tedaviler almış veya almakta olan kişileri kapsayan geniş bir terimdir (17).

“*Cisgender*” kavramı trans teriminin tersi olarak ‘*cis*’ veya ‘*cisgender*’ ise cinsiyet kimliği, toplumsal cinsiyetin dışı vurumu ve davranışları ile doğumsal cinsiyeti uyumlu olan kişileri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bireylerin çok büyük bir kısmı cisgender iken, Amerika'daki Ulusal Transgender Eşitlik Merkezi (NCTE; National Center for Transgender Equality) genel popülasyonda %0,25 ile %1 arası oranda trans birey olduğunu tahmin etmektedir. DSM-5'te CD oranları biyolojik cinsiyeti erkek olanlarda %0,005-0,014, biyolojik cinsiyeti kadın olanlarda %0,002-0,003 olarak belirtilmiştir.

2.1.6. Cinsiyet Disforisi ve Cinsiyet Uyumsuzluğu

Dünya tarihinde yaşam cinsiyetlere göre biçimlenmiştir. Toplumsal cinsiyet sistemleri, kimlikleri, bu kimliklere biçilen roller ve işbölümü zaman içinde toplumdaki topluma değişse de her toplulukta bu ayırım vardır ve her zaman kadın ve erkek olarak iki baskın pozisyon olagelmıştır. Ancak her zaman için ya bedensel açıdan çabuk kategorize edilemeyen ya da kültürlerinin genital tiplerine göre biçtiği rolden farklı sosyal yaşamlar arayan ve bu dikotomiye tam uymayan insanlar da varolmuştur (18). CD kişinin kendisi için doğumda belirlenmiş olan bedensel özelliklerinden rahatsız olup diğer cinse ait beden yapısına sahip olma isteği sonucunda oluşan zorlanma olarak tanımlanabilir (19). DSM-5'e göre klinik olarak anlamlı ölçüde rahatsızlığa sebep olan ve sosyal, düşünsel ve işlevselliğin diğer önemli alanlarında olumsuz etkileri olan, kişinin, güçlü ve kararlı şekilde karşı cinsiyet özdeşimiyle ve içinde bulunduğu biyolojik cinsiyet ve cinsiyet rolüyle olan kalıcı rahatsızlık ile karakterizedir (20)(21). CD olan bireyler kalıcı cinsiyet rol değişimine eşlik eden medikal girişimler (hormon kullanmak, cerrahi girişim gibi) ile birincil ve/veya ikincil cinsiyet özelliklerini kadınsı ya da erkeksi yönde değiştirme arayışı gösterirler. “Cinsiyet uyumsuzluğu” (*gender nonconformity*) ise cinsel kimliği, rolü ya da ifadesi, bulunduğu tarih ve kültürde sahip olduğu biyolojik cinsiyete dair normatif olarak görülen niteliklerden farklılıklar gösteren bireyleri tanımlayan bir ifadedir (18). Norm olanın uyum olduğunu ima etmesi açısından sorunlu bir tanım olarak görülmektedir (22).

2.2. TARİHÇE

Cinsiyet ve cinsel kimlik kavramındaki değişimleri anlayabilmek için klinik pratik ve sosyal hareketlerin tarihine, psikiyatri-sosyoloji ilişkisine bakmak ‘büyük resmi’ görmekte yardımcı olacaktır. Seksoloji ve psikoloji, 19 yüzyılda başlayan “cinsel arzu” ve “mental hastalık” gibi hasıraltı edilen meseleleri aydınlatmayı amaçlayan bilimsel araştırma dalgasının parçaları olmuştur. İlk seksologlar Richard von Krafft-Ebing, Karl Ulrichs ve özellikle Magnus Hirschfeld ve Havelock Ellis aynı cinsiyeti çekici bulma ve cinsiyet farklılıklarına yeni bir gözle bakmaya başlamışlar, farklı nedensel etkenler tanımlamışlardır (23). Alman seksolog Magnus Hirschfeld doğuştan gelen biyolojik yapıyı sebep olarak gösterirken, Sigmund Freud psikoseksüel gelişimi incelemiştir. Hirschfeld insan cinselliğini, bireyin kadın ve erkek özelliklerinin kombinasyon halinde bulunduğu bir devamlılık (*continuum*) halinde görmüştür.

Biyolojik faktörlere vurgu yaptığı çalışması geniş yankı uyandırmıştır. Hirschfeld'in cinselliğe dair fikirleriyle birlikte sosyal aktivizmi birçok eleştiri almıştır. 1910'da homoseksüellerden farklı olarak “*travesti*” adını verdiği karşıt giyinen ve/veya karşı cinsiyette olduğunu düşünen ayrı bir grup tanımını ilk yapan Hirschfeld, homoseksüel ve travestileri “*sexual intermediaries*” adını verdiği bir ara grup olarak tanımlamıştır. Tarihteki ilk seksoloji enstitüsünü (Seksolojik Bilimler Enstitüsü) 1918'de Berlin'de açılmıştır. 1930'lara kadar Almanya seksolojik araştırmalar ve sosyal aktivizmin merkezi halindeyken, Nazi hükümetinin güç kazanması ve savaşın gelişimiyle tartışmalar kısıtlanmıştır. Seksolojik Bilimler Enstitüsü tahrip edilmiş ve çalışanları toplama kamplarına gönderilmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında araştırma ve sosyal aktivizm anlamında yeni merkez olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ön plana çıkmıştır. O döneme kadar psikiyatryi yönlendiren, ruh hastalıkları gibi bir dizi ‘anormalliğin’ kalıtımla ortaya çıktığı ve bu gen havuzunun toplumdan uzak tutulmasıyla sağlıklı bir toplumun ortaya çıkacağı fikrinden hareket eden öjenik toplum düşüncesi, İkinci Dünya Savaşı'nın ve 1929'da ABD'de yaşanan ‘Büyük Buhran’ın neden olduğu sosyal şartların normal kişilerde ortaya çıkardığı ciddi psikopatolojilerin gözlemiyle yerini çevresel şartların önemini vurgulayan yeni bir anlayışa bırakmıştır. Bir diğer yandan fenotiyazın grubu ilaçların açıkça görünen dramatik etkisi akıl hastalıklarının biyolojik etiyojisini doğrulamaktaydı. Sosyoloji ise kendini amacı sosyal problemleri incelemek ve gelecek sosyal politika hedefleri için bilgi üretmek olan nesnel bir proje olarak tanımlamıştır ve bu tanım sosyal yönelimli psikiyatristlerin hedefleriyle uyumlu olmuştur. Böylece sosyoloji ve psikiyatri arasında işbirliği yaşanmıştır (24). 1950'lerde psikiyatrinin kültürel gücü artmış, klinik uygulama trans bireyler için aktivizme daha uzak olmuştur. Bu dönemde psikiyatri “devamlılık” düşüncesini kabul etmek yerine bireyleri kadın ya da erkeğin normatif dikotomisine uydurmaya çalışmıştır. Savaş sonrasında gelişmiş ülkelerde yeniden kalkınma ve sömürge kolonilerinden çekilme süreci başlamış, bu dönemde güçlü sınıf hareketleri ve diğer sosyal hareketler ortaya çıkmıştır. Sınıflar arasındaki sosyal kontrat güçlü bir emek birliği ve refah devleti gelişimini desteklemiştir (25). Bu ikinci kuşak feminist, homoseksüel ve farklı cinsel kimlik hareketleri önceleri mahrem olan konuları politik bir zemine taşımıştır. Kapitalist gelişim süreci kadınların, homoseksüellerin ve farklı cinsiyet kimliği olanların daha önceleri izin verilmeyen eğitim ve çalışma hayatına girmeleri için alan yaratmıştır. 1960'lardan itibaren geleneksel cinsiyet rollerinin

istikrarlılığının bozulmasıyla değişik sosyal durumların geçerliliğinin artması ve homoseksüel ve trans bireylerin tıbbi algısıyla ilgili büyük değişiklikler için alan açılmıştır. Bu dönemde psikiyatri cinsel ve diğer sapmaları düzenleyen önemli bir kurum olarak sosyal hareketler tarafından reddedilmiş, tıbbın sosyoloji ve diğer sosyal bilimler üzerindeki profesyonel gücü eleştirilmiştir (26). 1970'lerden itibaren psikiyatri ve sosyoloji arasındaki işbirliği zayıflamaya başlamıştır. Psikiyatri yöntem sorunlarıyla uğraşıp biyomedikal modele dönerken daha çok tıbbi saygınlık aramıştır. Sosyal psikiyatri zayıflamaya başlamış ve buna koşut olarak birçok sosyolog da psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarından uzaklaşmıştır. Sosyoloji de tıbbi pozitivistlikten uzaklaşmış diğer yönelimlere açık hale gelmiştir. Sosyoloji çalışmalarında sübjektivite ve inter-sübjektiviteye vurgu yapılmaya başlanmıştır. Sadece sebepler değil, anlamlar da önemli kabul edilmiştir. Sosyolojinin görevi açıklayıcı olmak değil, giderek daha fazla betimleyici ve yorumlayıcı olmak olmuştur. Bu karşıtlığın uç noktası, nedensel akılcılığın reddi, bağımsız gerçekliğe ve gerçeklik iddialarına güvensizlik, fikirler, dil ve söylem pratiklerine odaklanmış açıklamalarla “*post-strüktüaliz*”, özellikle de Michel Foucault'nun çalışmaları olmuştur. 1990'lı yıllarda psikiyatri içinde psikofarmakoloji, yüksek teknolojik beyin görüntüleme, davranış genetiği ve post-mortem beyin çalışmaları için artan istek ve ilgiyle biyolojik düşünceler yeniden önem kazanmıştır. Sosyal psikiyatri ve onun temeli olan “*biyopsikososyal*” model giderek zayıflamış ve yerini “*decade of the brain*” ne bırakmıştır. Ancak geleneksel biyolojik psikiyatride geri dönüşe karşın, bazı ruh sağlığı çalışanları felsefeden ve sosyolojik düşüncelerin etkisinden dolayı biyo-determinizmden uzak durmaya çalışmıştır (27). Eşcinsel teori parçalanmış kimliklere kucak açması ve basit aynılaştıran kategorileri reddetmesiyle feminist, gey, lezbiyen ve trans örgütlenmelerinde baskın teori haline gelmiştir. Hasta haklarındaki genel gelişmeler ve sağlık hizmetindeki tüketici yaklaşımın bir parçası olarak psikiyatrinin farklılıkları düzenlemedeki rolüne giderek daha fazla karşı çıkmıştır. Kadınlar geleneksel cinsiyet rollerindeki psikiyatri desteğini reddederken, eşcinseller medikalizasyonu reddetmiş ve son olarak günümüzde cinsiyet farklılığı olanlar mental bir hastalık tanısını reddetmişlerdir. 1990'lardan günümüze eşcinsel ve transgender teori trans bireylerin ele alındığında klinik değişikliklere sebep olmuştur. Trans bireylerin gündelik hayatlarında cinsiyet kimlikleri nedeniyle çeşitli şekillerde şiddete maruz kalmaları bir trans mücadelenin doğmasına neden olmuştur ve 1980'lerde transseksüel derneklerinin sayısı

artmaya bağlamıştır. Kendilerine özel olan sorunlara yoğunlaşmışlar ve bu dönemde trans bireyler kendi deneyimlerini kavramsallaştırmaya ve kuramsallaştırmaya başlamışlardır. 1990'lı yıllarda trans hareketi yerel ve uluslararası alanda büyümeye başlamıştır ve 2000'li yıllarda Türkiye dahil, dünyanın birçok ülkesinde trans hareketi kendi öz örgütlenmeleri üzerinden daha yoğun faaliyetler göstermeye başlamışlardır. Aynı dönemde birçok uluslararası eşcinsel örgütü trans aktivistlerin de baskısıyla trans haklarıyla ilgili çalışmalar yürütmeye başlamıştır. Aynı durum Türkiye'de de hem eşcinsel hareket için hem de trans hareket için geçerlidir. Sonuç olarak 1970'lerden başlayarak toplumsal cinsiyet kavramı günümüzün parçalı, çoğulcu ve farklılığı olumlayan postmodern ortamlarında kadınları, erkekleri, eşcinselleri, transeksüelleri ve öteki ötekileri de kapsayarak genişlemiştir (28).

2.3. YAYGINLIK VE SIKLIĞI

Transgender sıklığını değerlendirmesi güçtür, pek çoğu gender varyansını ifa etmez ya da medikal tedavi aramaz. Değişmek için tıbbi destek arayan transeksüellerin bir bölümü de özel kliniklere farklı ülkelere veya kayıt dışı yerlere başvurmakta olup kayıtlara geçmez. Yine çok sayıda transeksüel kişi internetten aldığı hormon bilgileriyle kendi kendine tedavi uygulamaktadırlar. Bu nedenlerle sıklık ve yaygınlık çalışmalarında zorunlu olarak cinsiyet uyumsuzluklarından CD yaşayan ve diğer cinsiyete geçişe destek ilkeleri uygulanan transeksüel alt grubuna odaklanılmıştır. Dolayısıyla hiçbir yaş grubu için kesin epidemiyolojik çalışmaların olmadığı ifade edilmektedir. DSM-IV'te yaygınlığının doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olanlarda 1/30000, kadın olanlarda 1/100000 oranında olduğu ifade edilirken, DSM-5'te doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olan erişkinlerde % 0,005-0,014, kadın olan erişkinlerde % 0,002-0,003 oranında olduğu belirtilmiştir.

CD tüm dünyada görülebilmektedir ancak bir ülkeden diğerine farklılıklar gösteren kültürel özellikler bu durumların davranışsal dışavurumlarını değiştirebilmektedir. Tedavi başvurusu, tedavi maliyeti, önerilen psikoterapi, gender varyantlara yönelik sosyal tutum ve bakım veren profesyoneller bir yerden diğerine belirgin farklılıklar gösterebilmektedir. Pek çok ülkede cinsiyet sınırlarının aşılması sempati yerine genel olarak ayıplanma tepkisine neden olurken, diğer cinsiyet davranışlarının damgalanmadığı kültürlerin varlığı da dikkati çekmektedir (29). Çocuk çağındaki CD erişkin yaşamındaki CD'yi öngörememektedir, bu nedenle farklı bir

yaklaşımına ihtiyaç vardır. Çalışmaların bazıları ergenlik sonrasında CD'nin %7-12 oranlarında devam ettiğini, daha büyük ölçekli kimi çalışmalar ise bu oranın %25-27 arasında olduğunu belirtmektedir. (30). İsveç, Hollanda, Almanya, Belçika gibi Avrupa ülkeleri ve Singapur'da yapılan ve 39 yıla varan ve sekiz ülkeye yayılan çalışmalarda yaygınlık TK'larda 1:11,900'den 1:45,000'e ve TE'lerde 1:30,400'den 1:200,000'e değiştiği bildirilmektedir (31). Yetişkinlerde CD'yi araştıran çalışmalarda çocukluk çağındaki bulgulara benzer şekilde doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olanların kadın olanlara oranla daha sık etkilendiği belirtilmektedir. Yine çocukluk çağındaki verilere benzer şekilde kliniklere başvuran yetişkin CD vakalarının yaygınlığında son çalışmalarda artış bildirilmektedir, ancak bunun gerçek bir yaygınlık artışını yansıtmayı yansıtmadığı tartışmalıdır. Bu durum CD olan popülasyonun, başarısı gittikçe artan tıbbi girişimlerden yararlanmak üzere daha sık başvurularını yansıtmayı olabilir (32). Tedavi arayışındaki trans bireylerin yaşlarının ileri olduğu dikkati çeken bir durum olmuştur. İngiltere'de Reed ve ark. tedavi başvurusu sırasındaki median yaşın 42 olduğunu belirtmektedirler. Bunun nedeni aile ve okuldaki sosyal baskıların çok erken yaşlardan itibaren gender varyansları olan bu kişilerin, gender varyanslarını erken keşfetmelerini engelliyor olması olarak görülmektedir. Genç yaşta kişiler arasında görülme sıklığının her beş senede iki katına çıktığı ve genç bireyler erken yaşlarda tedavi arayışlarına başlarsa görülme sıklığının daha da hızlı artmasının mümkün olduğu belirtilmektedir. Zucker ve ark. benzer şekilde Kanada Toronto'daki kliniklerine başvuran çocuk ve ergen sıklığının 30 yıllık bir zaman dilimi içerisinde 4-5 kat arası artış gösterdiğini bildirmektedirler. Bölgeden bölgeye sıklığın değişebildiği ve bölgedeki popülasyon yoğunluğu ile CD sıklığı arasında genel bir korelasyon olmadığı, bunda kültürel faktörlerin rol oynayabileceği belirtilmektedir (33)(34). Hastalar anksiyete, depresyon, davranım bozukluğu, madde kullanımı, disosiyatif kimlik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, cinsel bozukluk ve cinsel gelişim bozukluğu ile birlikte görüldüklerinde yanlış tanı alabildikleri belirtilmektedir. Bazı karşıt giyinmeci, gay ve lezbiyen bireylerin cinsiyetin özelliklerinden hoşlanmama durumunu deneyimleyebilmesi gibi bazı kişilerin cinsiyet hoşnutsuzluğunun şiddetinde klinik bir sınırın altında ve üstünde dalgalanmalar olduğu ifade edilmektedir (35)(36). Ayrıca TE'lerin cinsiyet uyumsuzluğunun pek çok kültürde, özellikle günümüzdeki yaygınlık ve sıklık çalışmalarını düzenleyen batı sağlık profesyonelleri ve araştırmacıları arasında

göreceli olarak görünmez olma eğiliminde olduğu vurgulanmaktadır (37). Bu gibi çalışmalar, CD'nin yaygınlığının yüksek olduğu ihtimalini destekler niteliktedir.

2.4. TANI SİSTEMLERİ VE SINIFLANDIRMA

CD, kişinin biyolojik cinsiyetine dair özelliklerden aşırı rahatsızlık duyması, bu özellikleri gizleme eğiliminde olması ya da reddetmesi, diğer cinsin birincil ya da ikincil cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Genellikle çocukluk dönemlerinde başlayan bu bozuklukta, diğer cinsiyete sahip olma isteğinin ifade edilmesi, diğer cinsiyet özellikleri doğrultusunda davranma ve giyinme, sahip olduğu cinsiyete ait oyun ve oyuncaklarla oynamak yerine; sahip olmak istediği cinsiyete ait oyun ve oyuncakları tercih etme, kendi vücut özelliklerinden ve işlevlerinden hoşlanmama gibi özellikler ön plana çıkmaktadır. Diğer cinse ilişkin rol davranışı 3-5 yaşlarında başlayarak ergenlik döneminde kişilik özelliği halini alır. Kişinin kendisini diğer cinsiyette algılaması, biyolojik özellikleriyle ilgili aşırı rahatsızlık duyması, bunları gizleme çabası içinde olmasıyla birlikte diğer cinse ait birincil ve ikinci cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi ile karakterize olan CD, günümüzde yaygın olarak kullanılan 'transseksüalite' olarak tanımlanmaktadır.

2.4.1. DSM Sınıflamaları

Transeksüalite, 1980'de DSM-III ile tanı sistemine girmiş en yeni tanı gruplarından birisidir. DSM'nin cinsiyet kimliğine yaklaşımı bu kimliği fiziksel (*sex*) ve psikolojik (*gender*) açıdan ikiye ayırarak ele almak yönünde olmuştur. Fiziksel anlamdaki sorunlar birinci eksenle ifade edilirken, psikolojik anlamdaki sorunlar psikiyatrik bir sorunun işareti olarak ele alınmıştır. 1970'lerde, DSM-III öncesi, bu durumun kabul edilen bir tanı olması ve hormon tedavisi ve cerrahi tedavinin yolunun açılmasıyla ilgili olarak kamuoyunda büyük bir baskı oluşmuştur. Cinsiyet kimliği terimi ve sınıflandırılma başlığı değişen DSM versiyonlarında değişmekle beraber kişinin biyolojik/bedensel cinsiyetinden memnun olmaması kriteri varlığını sürdürmüş ve DSM-III'den bu yana tanının temel özellikleri arasında yer almıştır. DSM-5'te CD olarak tanımlanan transeksüalite kavramının tanı ölçütleri çocuklar için ayrı, genç ve erişkinler için ayrı tanımlanmış olup belirleyici faktörler için 6 aylık bir süre ölçütü getirilmiştir. CD, cinsiyet kimliği ve biyolojik/bedensel cinsiyet arasında uyumsuzluk olmasıyla birlikte kişide huzursuzluk ve sıkıntı yaratması şeklinde tanımlanmaktadır.

Bu kavram, transseksüaliteyi de içine alan daha geniş bir tanım olarak kabul edilmektedir (APA, 2013).

2.4.1.1. Cinsiyet Disforisi: DSM-5 Tanı Ölçütleri

Tablo 1: Çocuklarda Cinsiyet Disforisi

<p>A) Aşağıdakilerden en az altısının olması ile kendini gösteren (bunlardan biri A1 tanı ölçütü olmalıdır), en az altı ay süreyle, kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, onun için belirlenen cinsel kimlik arasında belirgin bir uyumsuzluk olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Diğer cinsten olmayı çok isteme ya da diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) olduğu konusunda diretme.2. Erkeklerde (belirlenen cinsel kimlik), diğer cinsin giysilerini giymek isteme ya da kadınsı giyim kuşama ileri derecede öykünme vardır; kızlarda (belirlenen cinsel kimlik), yalnızca erkeksi giysiler giymek isteme ve kadınsı giysiler giymeme konusunda çok diretme vardır.3. İmgesel ya da düşümsel oyunlarda diğer cinsin yerine geçmeyi çok ister.4. Genelde diğer cinsin oynadığı oyuncakları, oyunları ya da etkinlikleri oynamayı çok ister.5. Oyun arkadaşlarını diğer cinsten seçmeyi çok ister.6. Erkeklerde (belirlenen cinsel kimlik), erkeksi oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere karşı çıkma ve itiş-kakış oyunlarından belirgin kaçınma vardır; kızlarda (belirlenen cinsel kimlik) kızların oynadığı oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere belirgin karşı çıkma vardır.7. Cinsel anatomisinden hiç hoşlanmama.8. Kişinin yaşadığı cinsel kimlikle eşleşen birincil ve/ya da ikincil cinsel özellikleri çok isteme.
<p>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</p>

Tablo 2: Gençlerde ve Erişkinlerde Cinsiyet Disforisi

<p>A) Aşağıdakilerden en az altısının olması ile kendini gösteren, en az altı ay süreyle, kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, onun için belirlenen cinsel kimlik arasında belirgin bir uyumsuzluk olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1.Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, birincil ve/ya da ikincil cinsel özellikleri (ya da genç ergenlerde beklenen ikincil cinsel özellikler) arasında belirgin bir uyumsuzluk olması.2.Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle arasında belirgin uyumsuzluk 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 cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) olmayı çok isteme.5.Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) gibiymiş gibi davranılmayı çok isteme.6.Diğer cinse (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçeneğe) özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna çok inanma.
<p>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.</p>

Görüldüğü üzere DSM-5'te transseksüellik teriminden söz edilmemektedir. Fakat Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan, uluslararası hastalık sınıflama sistemi, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) da transseksüalite kavramına hala yer verilmektedir. ICD-10'da 'Cinsel Kimlik Bozukluğu' başlığı altında, transseksüalizm (F 64.0), iki yönlü karşıt giysicilik (F64.1) ve çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu (F 64.2) tanıları yer almaktadır. Ancak kısa bir süre içerisinde yayımlanması beklenen ICD-11'de bu tablonun "*gender incongruence*" olarak yer alması planlanmaktadır.

2.4.2. ICD Sınıflamaları

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırmasının 9. gözden geçirmesinde (ICD-9), cinsel kimlik bozuklukları, tanı ölçütleri olmaksızın, cinsel sapmalar ve bozukluklar bölümünde yer almıştır. ICD'nin onuncu basımında (ICD-10) cinsel kimlik bozuklukları, yetişkin kişilik ve davranış bozuklukları bölümünde yer almaktadır

ICD-10'da cinsel kimlik bozukluğu için beş tanı kategorisi bulunmaktadır (F 64).

A) Transseksüalizm (F 64.0)

Üç ölçüt vardır:

- 1- Diğer cinsin bir üyesi olarak kabul edilme ve yaşama isteği. Bu, genellikle cerrahi tedavi ve hormon tedavisi ile vücudunu arzu edilen cinse mümkün olduğunca benzetme isteğiyle birlikte.
- 2- Transseksüel kimlik en azından 2 yıl boyunca ısrarlı bir şekilde görülmüş olmalıdır.
- 3- Bozukluk başka bir mental bozukluğun veya kromozomal sendromun belirtisi değildir.

B) Çift Rollü Transvestizm (F 64.1)

Üç ölçüt vardır:

- 1- Bireyler, geçici olarak karşıt cinsin üyesi oldukları deneyimini yaşamak için karşıt cinsin elbiselerini giyerler.
- 2- Karşıt giyinme için herhangi bir cinsel motivasyonları yoktur.
- 3- Bireylerin, kalıcı olarak karşıt cinsiyete geçmek yönünde istekleri yoktur.

C) Çocukluk Çağı Cinsel Kimlik Bozukluğu (F 64.2)

Kızlar ve erkekler için farklı ölçütleri vardır.

Kızlar için:

Bireyler kız olmaktan dolayı kalıcı ve yoğun sıkıntı hissederler ve erkek çocuğu olma isteği taşırlar (Bu istek sadece kültürel olarak erkek çocuğu olmanın avantajları için bir istek olmamalıdır). Erkek oldukları konusunda ısrar ederler.

Aşağıdakilerden herhangi biri görülmelidir:

Aşağıdakilerden en az biri ile belirlenen, kadın anatomik yapısını reddetme şeklinde görülür;

- 1- Penisi olduğunu veya büyüyeceğini iddia etme,
- 2- Oturur pozisyonda işemeyi reddetme,
- 3- Göğüslerinin büyümesini ve adet kanamalarını istememe.

Kız henüz puberteye ulaşmamıştır.

Bozukluğun en az altı aydır görülüyor olması gerekir.

Erkekler için:

Bireyler erkek olmaktan dolayı kalıcı ve yoğun sıkıntı hissederler ve kız olmak isterler. Daha nadir olarak da kız oldukları konusunda ısrar ederler.

Aşağıdakilerden herhangi biri görülmelidir:

Karşıt giyinmeyi tercih etme veya kadın giysilerini taklit etme gibi basmakalıp kadın aktiviteleri ile meşgul olma ya da kız oyun ve eğlencelerinde yer almak için yoğun bir istek duyma. Basmakalıp erkek oyuncak, oyun ve aktivitelerini reddetme.

Aşağıdaki tekrarlayan bulgulardan en az birisiyle karakterize erkek anatomik yapısının reddedilmesi şeklinde görülür:

- 1- Kadın olmak üzere büyüyeceğine inanma (Sadece rol olarak değil),
- 2- Penis veya testislerin iğrenç olduklarını veya kaybolacaklarını düşünme,
- 3- Penisi veya testisleri olmasaydı daha iyi olacağını düşünme.

Erkek çocuk henüz puberteye erişmemiştir.

Bozukluğun en az altı aydır görülüyor olması gerekir.

2.5. TRANSEKSÜALİTEDE ALT TIPLER

Transeksüalite kavramı primer ve sekonder şekilde ele alınmıştır. Birincil (core, genuine, true) transeksüeller küçük yaşlardan itibaren tüm gelişim süreci içerisinde karşı cins özellikleri gösteren ve cinsiyet değişimi operasyonlarından fayda görmüş kişiler olarak tanımlanmıştır. Buna karşın ikincil transseksüeller arasında travestiler ve efemine homoseksüeller bulunmuştur, bunlar stres altında geçici bir süre için transeksüel özellikler gösteren kişiler olarak görülmüştür (38).

Birincil transseksüellerin özellikler şu şekilde ifade edilmiştir;

- a) Çocukluk, gençlik ve erişkinlik dönemlerinde sürekli bir biçimde davranışlarına yansıyan karşı cins özdeşimine sahiptirler,
- b) İkincil cinsiyet özelliklerini rahatsız edici bulmaktadırlar,
- c) Karşı cinsiyete özgü giyinme ile ya hiç uyarılmamakta ya da çok az uyarılmaktadırlar,
- d) Kendi anatomik cinsiyetlerine uygun heteroseksüel ilgileri bulunmamaktadır,
- e) Cinsiyet disforik özellikleri değişiklikler göstermemektedir (39).

DSM-III'de transeksüalite tanısının hormonal ve cerrahi tedavi uygulamasıyla yakından ilişkili oluşu birincil/gerçek transeksüalite olarak tanınan grubu tanımaya yöneliktir. Tanı ve tedavinin yakından ilişkili oluşu eleştirilere sebep olmuştur (40).

2.6. ETYOLOJİ

a) Genetik Etkenler

Beynin kadın-erkek farklılaşmasında gonadal hormonları sorumlu tutan görüşlerin yanında gonad dışı dokulardaki X ve Y kromozomlarındaki gen ekspresyonlarının direkt olarak etkili olabileceğini savunan görüşler söz konusudur. CD olan bireylerle yürütülen genetik çalışmalarda kromozomal anormallikler, 5-alfa redüktaz 17-alfa hidroksilaz enzimleriyle birlikte östrojen reseptörü ER β ve androjen reseptörü gen polimorfizmleri araştırılmıştır. Kromozomal anomalilerden en çok Y dizomi anomalisi ile bağlantı tespit edilmiş, seks kromozomu anaploidilerinin görece yüksek sıklığından dolayı istatistiksel anlamlılık elde edilememiştir (41). 5-alfa redüktaz gen polimorfizmi ile bir ilişki bulunmazken küçük bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada TE'lerde 17- alfa hidroksilaz geni CYP17'de tek nükleotid polimorfizmiyle anlamlı bir ilişki saptanmıştır (42). İsveç'te yapılan bir çalışmada TK'larda androjen reseptör geni komşuluğunda tekrarlayan sekanslar tespit edilmiş ve ER β 'de dinükleotid polimorfizmi izlenmiştir. Daha sonra daha geni bir grupta ER β bulgusu tekrarlanamazken androjen reseptöründeki tekrar eden sekanslar gösterilmiştir (43). Sonuç olarak geline noktada CD'nin genetik temelini destekleyen kesin bir kanıt bulunmadığı belirtilmektedir (43). Turan ve ark. yayınladığı bir olguda CD'nin gelişiminde biyolojik bir alt yapı olduğunu belirten varsayım, prenatal dönemde cinsiyet

hormonlarına maruz kalmanın önemini vurgulamıştır. Bu varsayıma göre, anne karnında cinsiyet hormonlarına maruz kalmak erkek cinsiyet kimliğinin, kalmamak ise kadın cinsiyet kimliğinin gelişimine neden olmaktadır. Prenatal dönemde testosterona maruz kalmanın erkeksi davranışlarla ilişkili olduğunun saptanması, tam androjen duyarsızlığı sendromunda çoğu zaman kadın cinsiyet kimliğinin gelişmesi ve CD olan bireylerde ölçülen 2. ve 4. parmak oranlarının geçmek istedikleri cinsiyete yakın değerlerde olması bu varsayımı desteklemektedir.

b) Hormon Etkisi ve Nöroanatomi Çalışmaları

Beynin cinsiyet farklılaşmasının in utero seks hormonlarına maruz kalma sonrası belirlenmesiyle ilgili görüş Konjenital adrenal hiperplazisi (KAH) olan olgularla yapılan çalışmalarda desteklenmemiştir. In utero yüksek androjen seviyelerine maruz kalmış ve dış genital yapıları maskülinize olmuş KAH'li kız çocuklarının bu hipoteze göre tipik kız davranışından ziyade tipik erkek davranışı sergilemesi beklenir. Doğum sonrasında uygulanan tedavi ile androjen seviyeleri düşürülmüş ve kız çocuğu olarak büyütülmüş pek çok olgunun CD olmadıkları gösterilmiştir. Antiandrojenik ya da androjenik etkileri olabilen progestajenlere ve dietilstilbesterol gibi östrojenik ilaçlara in utero maruz kalmış kadın ve erkeklerde CD gelişmediği vurgulanmıştır ancak bu çalışmalarda cinsiyet rolünün kimi yönlerinin atipik bulunduğu da ifade edilmiştir (44)(45). KAH'li kız çocuklarının oyun arkadaşı olarak erkekleri tercih ettikleri, erkek oyuncaklarını seçtikleri ve bazı erkek cinsiyet davranışları sergileyebildiklerini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (46). Doğumdan hemen sonra tedavi edilmelerine rağmen KAH'li kız çocuklarının yaptıkları çizimlerde erkek çizimlerinin karakteristiklerini sergiledikleri ifade edilmiştir (47). Ancak seks steroidleri cinsiyet kimliğini bu denli etkiliyorsa bu oranların daha yüksek olmaması henüz açıklanamamaktadır. Olguların pek çoğunun kadın cinsiyet özdeşimi gösterdikleri ancak diğer cinsiyet özdeşiminin ve cinsiyet uyumsuz davranışların normal popülasyona göre belirlenen epidemiyolojik verilerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Maskülinize olmuş dış genital özelliklerin bebeğin büyütüldüğü sosyal çevrenin yaklaşımını değiştirebileceğini söyleyenler de bulunmaktadır. Bazı yazarlar genital özelliklerin maskülinizasyonu ile cinsiyet kimliği farklılığı arasında açık bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (48). Beynin erkeklik yönünde olan cinsel farklılaşması için testesteronun ortamda bulunmasının gerektiği ifade edilmiştir. Bu görüşe göre testesteron yokluğunda beyin

kadını yönde farklılaşmaktadır. Hayvan çalışmalarında beynin cinsel farklılaşmasında kritik zamanlarda testosteronun varlığı ya da yokluğunun bazı beyin çekirdeklerinin morfolojisini etkilediği görülmüştür (49). Testesterona maruz kalmanın bir diğer etkisinin hipofizin östrojen uyarısına LH cevabını bozması olduğu belirtilmiştir. Böylece biyomedikal araştırmalar üç alana yönelmiştir:

- 1) Anormal perinatal endokrin öyküsü olan olgularda cinsiyet kimliği,
- 2) Östrojene LH geri bildirim yanıtı (50)

İntra uterin hayatta beynin farklılaşmasının genital yapıların farklılaşmasından daha geç bir dönemde gerçekleştiği ve cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve bilişsel olarak cinsel farklılıkların ve gelişimsel nöropsikiyatrik bozukluk riskinin beyinde erken dönemde programlandığı ifade edilmiştir. Fetal gonadlar Y kromozomu üzerindeki cinsiyet belirleyici bölge adı verilen sex-determining region Y (SRY) bölgesi ile başlayan gen kaskadı etkisi altında gelişir. Testesteronun kızlara göre erkeklerde yüksek olduğu iki dönem belirlenmiştir; gebeliğin ortaları ve doğumdan sonraki ilk 3 ay. Bu dönemlerde artan testosteron ve seks steroid reseptörlerindeki fonksiyonel değişiklikler ile birlikte erkek çocuğun beyninin hayatının geri kalanında etkili olacak şekilde programlandığı belirtilmektedir (*organizational effects*). Hormonların gelişen beyin üzerindeki düzenleyici etkisiyle beynin cinsel farklılaşmasının gerçekleştiği ve ergenlik sırasında da bu intra uterin hayatta organize olmuş beyin devrelerinin seks hormonları tarafından aktive edildiği söylenmektedir (*activational effects*). Genital organların farklılaşması ise çok daha erken bir dönemde, gebeliğin ikinci ayında gerçekleşmektedir. Testesteronun üretimi ve bunun periferal dokularda dihidrotestesterona (DHT) çevrimi gebeliğin 6-12 haftası arasında erkek penis, prostat ve skrotum gelişimi için gereklidir. Bu farklı etkinlik dönemlerinin CD olan birinin genitallerinden farklı bir cinsiyet kimliğine sahip olabilmesini açıklayabilir denilmektedir (51). Bunu destekleyen bulgular olarak bazı interseks olgularının üzerinde yapılan çalışmalar gösterilmiştir. Tam androjen duyarsızlık sendromunda (TADS) androjenin dokulardaki reseptörünü etkileyen genetik bir mutasyon söz konusudur. Kadın dış genital yapısına sahip ve kadın cinsiyet kimliğinde olan bu kişilerin daha sonrasında cinsel kimlik problemi olmayan heteroseksüeller oldukları ifade edilmiştir. 5-alfa redüktaz-2 ve 17- beta hidroksi steroid dehidrogenaz-3 enzim eksikliklerinde ise, XY genotipinde ve kız çocuğunun dış genital özelliklerine sahip

olan ve ebeveynleri tarafından kız çocuğu olarak büyütülen bu kişilerin ergenlik ile birlikte maskülen değişiklikler gösterdiği ve sonuç olarak %60 oranında heteroseksüel erkek olarak yaşamayı tercih ettikleri bildirilmiştir (52). 5- alfa redüktaz eksikliği olan vakaların buldukları kültürün muhtemel etkisinden bahseden yazarlar bu hastaların üçüncü dünya ülkelerinde erkek olmayı tercih ettikleri, gelişmiş batı ülkelerinde ise çok daha azının bunu tercih ettikleri vurgulanmakta ve bazı kültürlerde erkek olma potansiyelinin çocuk yetiştirme gibi çevresel dinamiklere olan etkisine gönderme yaparak “Gelişmekte olan ülkelerde erkek olmak daha mı avantajlıdır?” sorusunu sormaktadırlar (53).

Yapılan araştırmalarda beyin nükleuslarından bazılarının boyut ve şekil olarak seksüel dimorfik nitelikte olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmalar cinsiyet farklılıkları modeline dayanmaktadır ve diğer modeli destekleyenler arasında çokça eleştirilmektedir. Çalışmalarda hipotalamusun preoptik nükleusu (SDN-POA), anterior hipotalamusta iki hücre grubu: interstitial nucleus of the anterior hypothalamus-2 (INAH-2) ve interstitial nucleus of the anterior hypothalamus-3 (INAH-3), stria terminalis zemin çekirdeğinin koyurenkli posteromedial parçası (BNST-dspm) ve santral alt bölümü (BSTc) ve suprakiazmaik nükleus (SCN) seksüel dimorfik nitelikte olduğu bildirilmiştir. Hipotalamustaki bu cinsiyete göre farklılık gösteren değişikliklerin, cinsiyet kimliği, üreme ve cinsel yönelim farklılıklarının altında yatan neden olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada altı TK'nın BSTc'leri erkek kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede küçük bulunmuş ve neredeyse BSTc'lerinin boyutunun kadın ortalamasında oldukları gözlenmiştir. CD olmayan ve östrojen kullanan kadınların da BSTc'nin daha küçük olmadığı tespit edilmiştir. Yani bu boyut farklılıklarının TK'ların hormon kullanması nedeniyle olamayacağı vurgulanmıştır (54)(55). Yakın tarihlerde sıçanlar üzerinde yapılan, beyin cinsiyet farklılıklarına odaklanan çalışmalarda erkeklerde yaklaşık iki kat daha büyük olan hipotalamusun preoptik alanının erkeksi davranış düzenlenmesinde etkili olduğu ifade edilmiştir. Bu alanın erkeklerdeki boyutta olduğu dişi sıçanlarda maskülen davranışın belirleyicisi de olmadığı vurgulanmıştır. Bunun yerine b

u bölge kadınsı davranışların inhibisyonundan sorumlu olabilir denilmektedir (56). Tüm bu sıçanlarda bulunan nöroanatomik farklılıklar işlevsel yönden araştırılmakta ancak henüz pratik ve işlevsel önemi bilinmemektedir. Eleştiriler

sosyalçevresel etkenlerin de beyin yapılarında değişiklikler oluşturabileceğine ancak araştırmalarda bunun görmezden gelindiğine vurgu yapmaktadır (57). Biyolojik çalışmalarda cinsiyet davranışı, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim arasında ilişki kurma çabası devam etmektedir

c) Psikolojik Etkenler

Bazı ebeveyn paternlerinin çocuğa hemcins ebeveyniyle yetersiz özdeşim kurmasına ve/veya çocukta güçlü karşıt cinsiyet modeline maruz kalmasına neden olduğu düşünülmüştür. Ancak bu hipotezleri destekleyecek sağlam bir kanıt bulunamamıştır. Baba ile erkek çocuk arasında paylaşılan zamanların değerlendirilmesiyle yapılan bir çalışmada baba ile TK olan çocuğu arasında emosyonel bir uzaklık olduğu tespit edilmiştir ancak çocuk ile ilişkili kimi faktörlerin ebeveynde bir tepki uyandırabileceği ve bu uzaklık çocuğun feminen gelişiminin bir sonucu olabileceği vurgulanmıştır (58)(59)(60). Anneye yakınlık, ebeveynlerin atipik psikoseksüel gelişimleri, babanın yokluğu, ya da ebeveyn dinamikleri (kızına annelik etme arzusu gibi) CD'nin gelişimden sorumlu tutulmuş ebeveyn etkileri olmuştur.

Bununla beraber, CD'nin oluşmasına neden olan spesifik mekanizmaları tanımak için çeşitli alanlar incelenmekle birlikte tutarlı bir sonuç alınmamıştır. Özellikle psikanalitik yönelimli yayınlarda CD, narsisistik bozukluk (61), perversiyon (62) veya ayrılık anksiyetesine karşı bir savunma olarak tanımlanmıştır (63). Bu klinisyenlere göre ebeveyn etkisi, bu çocukların cinsiyet kimliklerinin pekişmesinde başlıca rolü üstlenmektedir. CD olan çocukların ebeveynlerinde psikopatolojik bulguların bildirildiği çalışmalar, atipik cinsiyet kimliği gelişiminde ebeveyn etkisinin varlığını bazı alanlarda desteklenmektedir. Yetişkin CD olan bireylerle geriye dönük olarak yapılan çalışmalarda çocuk yetiştirme paterninde normal gruba göre farklılıklar izlenmiştir. TK'lar babalarını daha az sıcak, daha reddedici ve daha kontrolcü olarak tanımlamışlardır. TE'ler ise her iki ebeveyni de daha reddedici ve daha az sıcak olarak değerlendirmiş, normal kontrollere göre annelerini daha koruyucu tanımlamışlardır (64)(65). Bu gibi bulgular CD'de ebeveyn tutumlarının etkisini destekler niteliktedir. Ancak, ebeveyn patolojileri ve ona bağlı çocuk yetiştirme biçimi gibi çevresel etmenlerin, tüm CD olgularına genelleştirilemeyeceği vurgulanmaktadır.

d) Sosyal Öğrenme

Sosyal öğrenme kuramlarında, anne ve babanın doğumdan kısa bir süre sonra başlamak üzere, cinsiyete özgü davranışları farklı şekillerde pekiştirmesine odaklanılmıştır. Bu pekiştirmenin, davranışları geleneksel erkeksilik-kadınsılık şeklinde biçimlendirdiği söylenmiştir. Sebep ile sonucu birbirinden ayırmanın zorluğu vurgulanmıştır. Anneler ve babalar yeni doğan kız ve erkek çocuklarına farklı davranabilir ama bu vakalarda değerlendirmeyi yaparken cinsiyet farklılıklarının erken dönemlerde ve yüksek olasılıkla anne ve babanın pekiştirmelerinin herhangi bir farklılaştırıcı etkisi olmadan daha önce belirlendiği ifade edilmiştir (66).

2.7. TÜRKİYE’DE HUKUKSAL SÜREÇ

CD, sadece sosyolojik ya da psikolojik boyutu olan bir durum değil, bu bireylerin ruh sağlıkları için “cinsiyet değiştirme” gibi bir prosedür zorunlu olduğu için aynı zamanda yasal düzenlemelerin gerekli olduğu hukuksal bir durumdur. Türk hukukunda CD olan bireylere ilişkin hukuksal düzenlemelerin gelişimi üç aşmada incelenebilir. Biçimlendirdi Bu aşamalardan ilki, Türk hukukunda CD olan bireylere ilişkin herhangi bir yasal düzenlemenin mevcut olmadığı 1988 öncesi dönemdir.

Bu dönemde cinsiyet değişikliği ameliyatı geçirmiş olan kişilerin nüfus kütüğünde cinsiyet değişikliği yaptırmak için açtıkları davalar Yargıtay tarafından reddedilmekteydi. İkinci aşama, 1988 yılında Medeni Kanun 29. maddesine eklenen ikinci bir fıkra ile, tamamlanmış cinsiyet değişikliği ameliyatlarının asgari sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde kazanılan yeni cinsiyetin nüfus siciline tescili için dava açılmasına imkan tanınması ile başlamıştır.

Fakat, cinsiyet değişikliği ameliyatının önkoşullarının yasada düzenlenmemiş olması, hekimlerin tıbbi veriler ışığında bu ameliyatı gerçekleştirmelerini serbest bırakmış, bu durum malpraktis uygulamalarının artması ile sonuçlanmıştır. Bu olumsuz sonuçlar, doktrinde, bu alanın daha sıkı şekilde düzenlenmesi talebini beraberinde getirmiştir. Bugün için son aşamaya ise, 2002’de yeni Medeni Kanun’un yürürlüğe girmesi ile gelinmiştir. Bu kanunda “cinsiyet değiştirme” ifadesi yer almaktadır ve alanyazında bu ifadenin yıllar içerisinde değişim gösterdiği gözlemlenmektedir. Halihazırda sıklıkla “cinsiyet geçiş süreci” olarak ifade edilen bu süreç için burada kanunda yer alan şekliyle “cinsiyet değiştirme” ifadesi kullanılacaktır. Medeni

Kanun'un 40. maddesi uyarınca artık cinsiyet değişikliği ameliyatlarının yapılabilmesi için buna izin veren mahkeme kararı alınmış olması gerekmektedir. Bu iznin koşulları şekli ve maddi koşullar olmak üzere iki başlıkta ele alınabilir. Şekli koşullar, cinsiyet değiştirmek üzere mahkemeye başvuran kişinin 18 yaşını doldurmuş olması ve evli olmamasını gerektirmektedir. Maddi koşulların varlığının, bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi gerekmektedir. Bu raporda, başvuru sahibinin, transseksüel yapıda olması, cinsiyet değişikliği ameliyatının ruh sağlığı açısından zorunlu olması, ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun olması koşullarını sağladığının belgelenmesi istenmektedir. Ameliyat sonrasında açılacak ikinci bir davada 'Amaç ve tıbbi yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatının resmi sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi halinde" mahkemece nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilmektedir (67).

Tablo 3: Türk Medeni Kanunu'nun 40. Maddesi

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

2.8. CİNSİYET DİSFORİSİ OLAN BİREYLERDE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

CD, her ülkede ve kültürde görülebilmesine rağmen eşcinsellik ve cinsiyet konuları hakkındaki tutumlar kültürden kültüre değişkenlik göstermektedir. Toplumsal cinsiyet, sosyoekonomik sınıf, din, politik görüş ve eğitimin cinsel tutumlar üzerinde önemli etkileri olabileceği bildirilmiştir (67)(68).

Heteroseksist ideolojinin bir ürünü olarak transfobi, geleneksel cinsiyet normlarına uymayan kişilerin kimliklerinin yok edilmesi veya gizli kalmasını

dayatmaktadır. Aynı heteroseksüellik gibi transseksüellik de tam zamanlı, yaşamın özel ve kamusal alanlarını kapsayan, bir kimlik ve varoluş biçimidir (8).

Bu nedenle bir kişinin cinsiyet kimliğini ve cinsel yönelimini gizleyerek sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi gerçekçi değildir. Yapılan yayınlarda eşanlı bir psikiyatrik problemi olmayan CD'li bireylerin sağlıklı kontrollere göre görece 'normal' olarak bildirildiği, bildirilen psikiyatrik problemlerin sağlıklı genel popülasyona benzer olduğu belirtilmektedir (69). CD olan 435 katılımcının dahil edildiği 318 erkek ve 117 kadın bireyle yapılan bir çalışmada geriye dönük olarak CD ile major psikopatoloji arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada MMPI'ı tamamlamış 137 kişide ve gösterilen profillerde psikopatoloji saptanmamıştır. MMPI ile ölçülen psikolojik profiller biyolojik cinsiyetten daha çok arzu edilen cinsiyet göre daha 'normal' olarak değerlendirilmiştir. Araştırmacılar bu sonuçların CD'nin genel bir psikopatolojinin parçası değil, genellikle izole bir tanı olduğu görüşünü desteklediğini bildirmişlerdir . Lothstein, CD'nin borderline kişilik bozukluğunun bir varyantı ya da alt grubu olarak kabul edilebileceğini ileri sürmüştür (70). Ancak daha sonra projektif testler kullanılarak yapılan çalışmalarda CD ve borderline patoloji ilişkisi dışlanmıştır (71).

SCL-90 üzerinden yapılan, 86 CD olan birey, 98 kişilik bozukluğu ve 1068 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, CD olan bireylerin kişilik bozukluğu olan hastalardan daha düşük puanlar aldıkları, sağlıklı kontrol grubundansa normal sınırları aşmayacak şekilde bir miktar yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Çalışmada gruplar eksen I ve eksen II bozuklukları açısından karşılaştırıldığında CD olan grubun kişilik bozukluğu grubuna göre daha az tanı aldığı görülmüş, grupta eksen II sıklığı % 19,8 saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda araştırmacılar, daha önce var olduğu ileri sürülenin aksine, CD olan bireylerinin çoğunun kişilik bozukluğu olduğu yargısının kanıt dışı olduğu ve bu bulgularla CD'nin ciddi bir ruhsal hastalık olduğu görüşünden şüphe duyulması gerektiğini bildirmişlerdir (72).

Türkiye'de yapılan 2010 tarihli çalışmada bireylerin %84 oranında diğer bir psikiyatrik tanı aldığı ve bunun Almanya, Hollanda ve ABD gibi ülkelerdeki çalışmalara benzer şekilde en sık depresyon (%48), ikinci sıklıkta anksiyete bozukluğu (%6) olduğu belirtilmektedir (73). CD olan bireylerin yaşam kaliteleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunduğu bu çalışmada, ülkemizde CD olan bireylerin

sosyal destek ve aile desteğinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu belirtilerek, bu durumda toplumun herhangi bir kesiminden gelebilecek ayrımcı tutumların bireyde yaratacağı travmatik etkinin bireyin ruh sağlığını kaçınılmaz olarak olumsuz etkileyeceği vurgulanmıştır.

2.9. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (74). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir. Çocukluk ağı travmaları, istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli özellik; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıdır (75). Yani istismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur (76).

2.9.1. Çocukluk ağı İstismarları

İstismar, bir kişinin diğerini kasten, o kişinin aleyhine ve zararına olacak şekilde kullanmasıdır. Bir eylemin istismar olarak tanımlanmasında kültüre ve geleneklere göre farklılıklar olmasına rağmen bazı ortak özellikler vardır. Bunlar; kasıtlı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını bozmasının yanı sıra çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (77). ocuk istismarı eylemin türü, nedenleri ve ocuk üzerindeki etkileri yönünden farklılıklar arz eder. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak üç ayrı kategoride incelenir.

2.9.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; kasten yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi anlamına gelir. Kişinin kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük aile bireyi tarafından, 18 yaşından önce, vücudunda 48

saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddet görmesidir (78)(79). Şiddet davranışları; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir (80)(81). Fiziksel istismar sıklığı, yapılan farklı çalışmalarda %0,45-64 gibi çok geniş bir aralıkta gösterilmiştir (82). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ilk defa başvuran 150 ardışık kadın hastayla yapılan bir çalışmada fiziksel istismar oranı %15,3 olarak tespit edilmiştir (83). Her yıl ABD'de 1200-1500 çocuğun bakım verenlerin istismarı sonucu öldüğü, bu ölümlerin %52'sine fiziksel şiddetin neden olduğu bildirilmiştir (84). Ergenlik çağında yaşanan fiziksel istismarlar hemen hemen bebeklik dönemindeki kadar siktir. Çocuklara bebeklik döneminde daha çok anneleri tarafından şiddet uygulanırken ergenlik döneminde daha çok babaları tarafından fiziksel istismar uygulanmaktadır (85). Fiziksel istismar çocukta, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, 27 saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona neden olabilir (86)(87).

2.9.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun, kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma yoluyla kullanılmasıdır (88). Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı aranmaz. Doğrudan veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (89). Cinsel istismar gizli bir şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok yoğun olduğu için açığa çıkması ertelenmektedir. Bu nedenle çocuk istismarları arasında saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalanı cinsel istismardır (90). Cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (91). Bildirimin az olmasının nedenleri; mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi şeklinde sıralanabilir. Ergenlik, çocukluk çağı cinsel istismarın en sık görüldüğü dönemdir. Ergenlik döneminde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere kıyasla üç kat daha fazladır. Ülkemizdeki verilere bakacak

olursak; psikiyatri polikliniğine başvuran 125 kadın hastayla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar oranı %18,5 olarak bulunmuştur (92). Cinsel istismar travmatik olay sırasında ve sonrasında birçok ruhsal soruna neden olabilir. Cinsel istismara bağlı anksiyete, dissosiyasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke, madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları ortaya çıkabilir (93).

2.9.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyecek düzeyde alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma veya ağır sözel tehdit alma şeklinde tanımlanmıştır. Psikiyatri polikliniğine başvuran 125 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %36,3'ünün çocukluk çağında duygusal istismara uğradığı tespit edilmiş ve bu oranın diğer istismar türlerinden çok daha fazla olduğu görülmüştür . Duygusal istismar ruhsal gelişimde duraklamalara, kimlikte zedelenmeye ve davranışsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum çocuklarda pasif kişilik özelliklerine, antisosyal davranışlara, değersizlik duygularına, uyum sorunlarına neden olabilir (94). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra, hatta hayat boyu etkisini sürdürür. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler. Çocuğun ilerleyen süreçte uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir (95).

2.9.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal, ailenin çocuğun gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

2.9.2.1. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme ile tanımlanır (96). Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranı %81,6 olarak bulunmuştur (97).

2.9.2.2. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği, tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü sağlamamayı kapsar. Çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi fiziksel ihmal kapasamında değerlendirilir (98) .

2.10. BAĞLANMA

2.10.1. Bağlanma Kavramı

Bağlanma biçimi yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir (99).

Bireylerin, içsel işlevsel süreçleri istikrarlı olan kişilerden tepki elde etmeye yönelik davranışlarda bulunma eğilimleri nedeniyle, bağlanma işlevi gelişimsel yıllar boyunca sürekli olarak yeniden sağlanır ve güçlenir, yetişkinlik dönemine aktarılır ve yetişkin ruh sağlığı ve psikopatolojisinde derin etkilere sahip olur (100).

2.10.1.1. Bowlby'nin Bağlanma Kuramı

Bowlby'nin bağlanma kuramında normal gelişimsel süreçler ile patolojik gelişimsel süreçler birlikte sıralanır. Bu klinisyene psikopatoloji zemininde yatan hassas noktaları anlama, bir vakayı formüle edebilme ve tedaviyi sürdürebilme konusunda rehberlik sağlar (101). Bowlby normal/sağlıklı kişilik gelişiminin veya psikopatoloji gelişimi yönündeki sapmaların primer belirleyicilerinin dürtüler ve çocukluk çağı fantezilerinin değil gerçek dışsal çevredeki faktörlerden kaynaklandığını öne sürer . Bağlanma sistemi, yakınlık arayışı ve keşfe çıkma arasındaki dengeyi sağlamak için bireyin deneyimlediği anksiyeteyi kullanan bir homeostatik mekanizma gibi çalışır. Çocuk çevreyi keşfetmek için ebeveyninden çok uzaklaşırsa, anksiyete tolere edilemeyecek seviyelere çıkar ve bu, çocuğu yakınlığı yeniden sağlaması için motive eder. Küçük çocuklar için güvenlik, ebeveynlere gerçek fiziksel yakınlık arayışı ile elde edilir. Çocuklar büyüdükçe bu erken deneyimler üzerinden ebeveynleri ile ilişki içerisinde oldukları içsel mental temsiller oluşturarak ayrılık durumlarında yakınlık

hissini sürdürmeyi başarabilirler (102). Bu işlevsel süreçler gelişim sürecindeki bireye; diğerlerinin ve çevrenin değişken durumlara nasıl yanıt verebileceğini tahmin edebilmeyi, çevreden gelen acı verici duygulanımlarla başatma becerisini ve güvenlik ve bağlanma figürlerine doğrudan erişim sağ lanamıyorsa deneyimi artıracak davranışlarda bulunabilme özelliklerini kazandırır.

2.10.2. Bağlanma tipleri

Yeterli yansıtma işlemi yapabilen, tutarlı bir şekilde sıcaklık, mevcudiyet, yanıt verebilirlik sunabilen ve çocuklarına sağladıkları bu yüksek standartların devamlılığını sağlayabilen ebeveynlerin büyüttüğü çocuklar 'güvenli bağlanma' geliştirebilirler (102). Bakım verenin mevcudiyetinden emin olan güvenli bağlanan çocuklar enerjilerini kişilerarası ilişkileri ve doğal çevrelerini keşfetmek için kullanabilirler ve gittikçe sevilen ve bakılmaya değer olduklarına, ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin destek sağlamak için orada olacaklarına ve onlara yanıt vereceklerine, dünyanın güvenli ve öngörülebilir bir yer olduğuna inanan etkin bireyler olurlar (103) (104). Klinik dışı örneklerde katılımcıların %55 inin güvenli bağlanan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Ebeveynler her hangi bir nedenle çocuklarına tutarlı bir sıcaklık, mevcudiyet ve yanıt verebilirlik sağlayamadığında çocuklar ebeveynleri ile ilgili güvenlik beklentilerini kendiliğinden optimize etmeyi öğrenirler. Ebeveynlerin istikrarlı olamadıkları durumlarda (örneğin bazen yanında ve sıcak kanlı, bazen reddedici ve soğuk), çocuklar garanti altına alınmış ailesel bir güvenlik duygusunu alamayacaklarını öğrenirler ve korkulan terk edilme durumunun önüne geçebilmek için reddedilmeye dair tüm işaretlere aşırı duyarlı hale gelirler (105). Bu çocuklar zaman içinde yüksek seviyelerde kronik bağlanma anksiyetesi geliştirirler ve ilişkilerinde 'kaygılı' olurlar. Kaygılı bağlanma modeline sahip kişiler bir sorunu çözmek ve kendilerini iyi ve değerli hissedebilmek için başkalarına aşırı bağımlı olurlar. Kaygılı yetişkinler başkalarını aşırı değerli görürken, kendiliği değersizleştirme eğilimindedirler ki bu onları sık sık yeniden güvence arayışına yöneltir. Böylelikle en çok korktukları şey olan reddedilme deneyiminin içine çekilirler. Kaygılı bağlanma modelinin tersi olacak şekilde, kaçınan bağlanma modeli geliştiren kişiler duygularını, bağlanmayı ortadan kaldırarak düzenlemektedirler (106). Ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarına ve sergiledikleri olumsuz duygulanımlara (örneğin ağlama, öfkelenme) devamlı olarak reddedici bir tutumla yaklaşıyorlarsa, çocuk aileden ilgi, huzur ve güven talep etmekten vazgeçmeyi

öğrenir. Çocuk tüm bunlarla baş edebilmek için, özellikle olumsuz sosyal işaretleri önemsememeye, olumsuz duygulanımlarını bastırmaya, yakınlık ve özel olma gibi ihtiyaçlarını inkâr etmeye yönelir. Kaçınan bağlanan yetişkinler kendi öznel duygularını ifade etmekte zorlanırlar (107) ve ruhsal müdahaleleri değersizleştirme ve bu müdahalelerden faydalanamama eğilimindedirler. Kaygılı ve kaçınan bağlanma modelleri duygusal deneyimleri organize etme ve başa çıkma yanıtlarına olanak tanıyan adaptif yöntemlerdir. Diğerlerinden daha farklı isimlendirilen 'dezorganize bağlanma' modelini geliştiren kişiler ise sosyal stresle baş edemezler ve duygularını düzenleyemezler. Çocukluk çağlarında ebeveynleri tipik olarak tepki göstermeyen, korkmuş bireylerdir (108). Çağdaş teorisyenler, erken bağlanma ilişkilerinde ciddi bozukluklarla özellikle de kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili dezorganize bağlanma modelinde, sağ beyin ve limbik sistemin stres regülasyonu ve baş etme fonksiyonları ile ilgili bölümlerinde hasar oluştuğunu ileri sürmektedir (109). Dezorganize bağlanma modeline sahip olan kişiler dünyayı öngörülemeyen, tehdit edici bir yer olarak görme ve başkalarının kötü niyetli oldukları sonucunu çıkarıp güven duymama ve çok ihtiyaç duyduğu, arzuladığı bakımı istemekten kaçınma eğilimindedir. Affekt regülasyonu, sosyal beceriler ve baş etme stratejilerinde yaşadıkları zorluklar nedeniyle bu kişilerin hayatın birçok alanında zarar görmeleri muhtemeldir. Tüm bağlanma biçimleri arasında ruh sağlığı açısından en kötü sonuçlara sahiptirler (110).

2.10.3. Cinsiyet Farkı ve Bağlanma Modeli Arasındaki İlişki

Bağlanma modeli ile cinsiyet farkları arasındaki ilişkiye bakmak için şimdiye dek dünya çapında 62 farklı kültür ile yapılmış olan en büyük çalışmalardan birinde, 16 erkekler arasında kadınlara kıyasla yüksek oranlarda kaçınan bağlanma modelinin olduğu saptanmıştır (111). Feeny, bağlanma ilişkilerinde kadınların daha çok kaygılı, erkeklerin ise kaçınan olmalarının nedeninin cinsiyet şablonlarına göre erkeklerin daha özerk ve kendine güvenen, kadınların ise daha çok ilişkisellik odaklı olmalarından kaynaklandığını ileri sürer. Taylor ve arkadaşları kadınların çoğunlukla ilişki odaklı olmalarının sosyalizasyondan ziyade evrimsel bir işleve bağlı olduğunu ve bireylerin stres ile karşı karşıya kaldıkları durumlarda, bağlanma modellerindeki cinsiyet farkının daha fazla şiddetlendiğini düşünmektedir. Taylor ve arkadaşları biyolojik kadınların stres altında iken artmış oksitosin seviyelerine bağlı olarak güvenli bağlanmanın karakteristik özellikleri olan yardımseverlik ve katılımcılık yönünde tepki verdikleri;

biyolojik erkeklerin ise stres altında iken artmış seviyelerdeki testosteron gibi androjenlerin etkisine bağlı olarak ilişkilere gösterdikleri önemin azaldığı, daha çok rekabetçi ve görev odaklı yanıtlar verdikleri yönünde bir teori ortaya atar. Taylor ve arkadaşlarının veya şimdiye dek bağlanmadaki cinsiyet farkı üzerine çalışmış diğer bazı araştırmacıların ileri sürdükleri bu teorinin toplumsal cinsiyet uyumsuzluğu yaşayan bireyleri ne kadar kapsadığı açık değildir.

2.10.4. Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Bağlanma

Modeli Arasındaki İlişki Cinsiyet farkı ve bağlanma üzerine yapılan araştırmalar tipik olarak demografik formdaki iki seçenekten birini kadın/erkek seçmek üzerine kurulmuştur. Esasında, kişinin kendisini kadın veya erkek olarak seçtiği seçenek cinsiyet kimliği ile biyolojik cinsiyeti birbirine karıştırmaktadır (112). Taylor ve arkadaşlarının hipotezlerinin, kadınlardaki hormonların stres seviyesi ile güvenli bağlanma yönündeki oryantasyon arasındaki ilişki üzerine kurulmuş olmasından, biyolojik olarak kadın cinsiyetten bahsediyor oldukları görülmektedir. Bu varsayım hormonal tedavi altındaki MtF (erkekten kadına) bireylerin bağlanma modellerinde daha güvenli olacağı buna karşın FtM (kadından erkeğe) bireylerin daha kaçınan bağlanma gösterecekleri anlamına gelmektedir. Ancak şimdiye dek hiçbir araştırma erkeklik hormonlarının kişiyi kaçınan bağlanma yönünde ilerlettiğini göstermemiştir ki Colizzi, Costa, Pace ve Todarello hormonal değişim tedavisi altındaki 70 transseksüel katılımcı (45 MtF, 25 FtM) ile yaptıkları çalışmada hormon replasman tedavisinin güvenli olmayan bağlanma oranlarında genel bir azalmaya yol açtığını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar ışığında hormon replasman tedavisinin bireyin cinsiyet kimliği ile sekonder seks karakterleri arasındaki açık farkı azaltarak daha birleşmiş bir kendilik duygusuyla sonuçlanmasını sağladığı teorisi üretilebilir. Cinsiyet kimliği ile bağlanma biçimleri gibi kişilik özellikleri normatif kültürel beklentilerle uyum içinde ise birey yüksek seviyelerde stres deneyimlemeyebiliyor. Buna karşın bireyin bağlanma modeli kültürel normlar ve cinsiyet kimliği ile uyumlu beklentileri karşılamıyorsa bu uyumsuzluk stres deneyimine yol açabiliyor. Sandford ve ark gey ve biseksüel latin erkekler arasında yürüttükleri bir çalışmada, daha kadınsı olarak tanımlananların, kadınsı olarak tanımlanmayanlara göre daha fazla ruhsal stres ve homofobik deneyimler yaşadıklarını göstermiştir. Tüm bu çalışmaların ışığında, cinsiyet kimliğinin bilhassa toplumsal

cinsiyet şablonları ile örtüşmediği durumlarda bağlanma stili formasyonunu etkilediği görülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÖRNEKLEM

3.1.1. Dahil Edilme Ölçütleri

Hastalar için çalışmaya dahil edilme ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. DSM-5 tanı kriterlerine göre ‘Gençlerde ve Erişkinlerde Cinsiyet Disforisi’ tanısı almış olmak
2. 18 yaşını doldurmuş olmak
3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam formunu imzalamış olmak
4. Utrech Cinsiyet Disforisi Ölçeğinde toplam puanın cut-off değer olan 44 ve üzerinde olması

3.1.2. Dışlanma Ölçütleri

Hastalar için çalışmadan dışlanma ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Herhangi bir nörolojik, metabolik, endokrinolojik patolojinin ve cinsiyet gelişimiyle ilgili bozukluğun bulunması
2. Psikotik bir hastalığın ya da entelektüel yetersizliğin bulunması
3. Okuma yazma bilinmiyor olması

3.1.3. Grupların Oluşturulması

Araştırmamız Ağustos 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda yapılmış olup kesitsel bir çalışma olarak dizayn edildi. Cinsiyet Disforisi Polikliniğine başvuran ve DSM-5’e göre “Gençlerde ve Erişkinlerde Cinsiyet Disforisi” tanı kriterlerini karşılayan, Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeğine göre 44 ve üzerinde puan almış ve çalışmaya katılmayı kabul edip onam formlarını dolduran hastalar çalışmaya dahil edildi. CD Polikliniğe başvuran TK ve TE bireyler ardışık olarak çalışmaya dahil edildi. TK ve TE bireylerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sosyodemografik bilgileri alınıp, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği doldurtuldu.

3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların sosyodemografik özellikleri, aile öyküsü ve klinik öyküye ilişkin bilgilerin olduğu soruları içeren görüşme formudur.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından öncesinde 70 maddelik olarak geliştirilen sonrasında 28 maddeye düşürülen bu ölçek, 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak ölçmek için geliştirilmiş olan bu ölçek üç tanesi travmanın minimizasyonu ölçmek üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır (113)(114). Bu ölçekte çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmal ölçen beş ayrı puanın toplamından toplam puan elde edilir . Tüm maddeler için 1'den (Hiç bir zaman) 5'e (Çok sık) kadar puan verilir. Alt puanlar 5-25 arasında, toplam puan 25-125 arasındadır. Minimizasyonu ölçen 3 madde ölçek puanına eklenmez sadece travmanın minimizasyonunu ölçer. Minimizasyon hesaplaması alınan her 5 puan 1 puan sayılarak hesaplanır. Bunların toplamı ile 0-3 arasında minimizasyon puanı elde edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında cronbach alfa 0,93, Gutmann yarım test katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur. Pearson korelasyon katsayısı hesaplamasında 4.madde ($r=0,17$) dışında tüm sonuçlar 0,30 üzerinde ve çoğu 0,50 üzerinde bulunmuştur. Ölçek Türkçe haliyle geçerli ve güvenli bulunmuştur. Bu çalışmayı yapan Şar ve arkadaşları ölçeğin kesme noktalarını da belirlemiştir. Şar ve arkadaşları, cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasını, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılmasını ve duygusal ihmal için de 12 puanın aşılmasını ve toplam puan için 35 puanın aşılmasını pozitif bildirim olarak alınmasını önermiştir.

3.2.3. Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği (ÜBBSÖ)

Bağlanma Stilleri Ölçeği Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilmiştir (115). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Sümer ve Güngör tarafından yapılmıştır (116). İlişki Ölçekleri Anketi 30 maddeden oluşmaktadır. Dört bağlanma stilini (güvenli, kayıtsız, korkulu, saplantılı) ölçmeyi amaçlamaktadır. Katılımcılardan ilk olarak 7 aralıklı ölçekler üzerinde kendilerini ne derece tanımladığını belirtmeleri istenmiştir

(1=beni hiç tanımlamıyor, 7=tamamen beni tanımlıyor). Güvenli ve kayıtsız bağlanma stilleri beşer madde ile ölçülürken, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri dörder madde ile ölçülmüştür. 6, 9 ve 28. maddeler ters yüklüdür. Ölçeğin Türk örnekleme üzerinde Sümer ve Güngör tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında İlişki Ölçekleri Anketi'nin güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı olmak üzere dört faktör yapısından oluştuğu ayrıca ölçeğin test tekrar test yöntemi ile tüm boyutlarda güvenilirlik katsayılarını 0,54 ile 0,61 arasında değişen değerlerde hesaplanmıştır.

Dört boyutlu bağlanma stillerini ölçülebilir yapıya kavuşturan Griffin ve Bartholomew'un bağlanma stilleri ölçümünde yeterince güvenilir sonuçlar elde edememiş olmaları, Türkiye'de sıklıkla kullanılan İlişki Ölçekleri Anketi'nin bir takım teknik ve pratik sorunları oluşu nedeniyle Erzen tarafından Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçek likert tipli 18 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddeler için 1'den (Kesinlikle Katılmıyorum) 5'e (Kesinlikle Katılıyorum) kadar puan verilir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır.

Ölçeğin puanlaması aşağıdaki gibidir :

Güvenli Bağlanma Stili: 4, 7, 10, 13, 16

Kaçınan Bağlanma Stili: 1, 3, 5, 9, 12, 15, 18

Kaygılı-Kararsız Bağlanma Stili: 2, 6, 8, 11, 14, 17

3.2.4. Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği (UCDÖ)

Türkçeye çevirisi Turan tarafından (2019) yapılmıştır Kadından erkeğe ve erkekten kadına olmak üzere iki versiyonu mevcuttur. Ölçeğin her iki versiyonu da Likert tipi 12 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddeler için 1'den (Kesinlikle Katılıyorum) 5'e (Kesinlikle Katılmıyorum) kadar puan verilir. Tüm maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin cut-off değeri 44'tür. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması devam ediyor

3.3. İstatiksel İncelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları

Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınıandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılmıştır:

0 - 0,25 : Çok zayıf

0,26 - 0,49 : Zayıf

0,50 - 0,69 : Orta

0,70 - 0,89 : İyi

4. BULGULAR

Çalışma 01,06,2019-01,09,2019 tarihleri arasında, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsiyet Disforisi Polikliniğine başvuran ve CD tanısı konmuş olan 125 birey ve kontrol grubu olarak ta cinsiyet disforisi olmayan 120 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

4.1.1. Olgu Grubu

Tablo 4: Cinsiyet Disforisi Olan Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		Trans erkek (%56)	Trans kadın (%44)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-41 (25)	19-49 (24)
	<i>Ort±Ss</i>	25,54±5,13	25,91±6,19
Medeni durum	Bekâr	61 (87,1)	49 (89,1)
	Evli	0 (0)	2 (3,6)
	Dul	1 (1,4)	1 (1,8)
	Nişanlı	0 (0)	1 (1,8)
	Birlikte yaşayan	5 (7,1)	2 (3,6)
	Diğer	3 (4,3)	0 (0)
	Kardeş sayısı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-19 (3)
<i>Ort±Ss</i>		3,74±3,23	2,89±1,55
0-2 kardeş		27 (38,6)	25 (45,5)
3-5 kardeş		32 (45,7)	25 (45,5)
>5 kardeş		11 (15,7)	5 (9,1)
Meslek	Çalışmıyor	11 (15,7)	8 (14,5)
	Sağlık çalışanı	2 (2,9)	2 (3,6)
	Memur	5 (7,1)	4 (7,3)
	Mühendis-Mimar	10 (14,3)	4 (7,3)
	İşçi	19 (27,1)	10 (18,2)
	Öğrenci	7 (10,0)	11 (20,0)
	Diğer	16 (22,9)	16 (29,1)
	Çalışma durumu	Çalışıyor	40 (57,1)
Çalışmıyor		30 (42,9)	32 (58,2)
Gelir	0-1000 TL	18 (25,7)	22 (40,0)
	1000-2000 TL	27 (38,6)	15 (27,3)
	2000-3000 TL	15 (21,4)	9 (16,4)
	3000-4000 TL	7 (10,0)	4 (7,3)
	>4000 TL	3 (4,3)	5 (9,1)
Cinsel yönelim	Sadece erkeklere	0 (0)	50 (90,9)
	Sadece kadınlara	69 (98,6)	2 (3,6)
	Hem erkek hem kadınlara	1 (1,4)	3 (5,5)
Ailede psikolojik öykü durumu	Var	12 (17,1)	8 (14,5)
	Yok	58 (82,9)	47 (85,5)
Psikiyatriye başvurma durumu	Var	46 (65,7)	34 (61,8)
	Yok	24 (34,3)	21 (38,2)

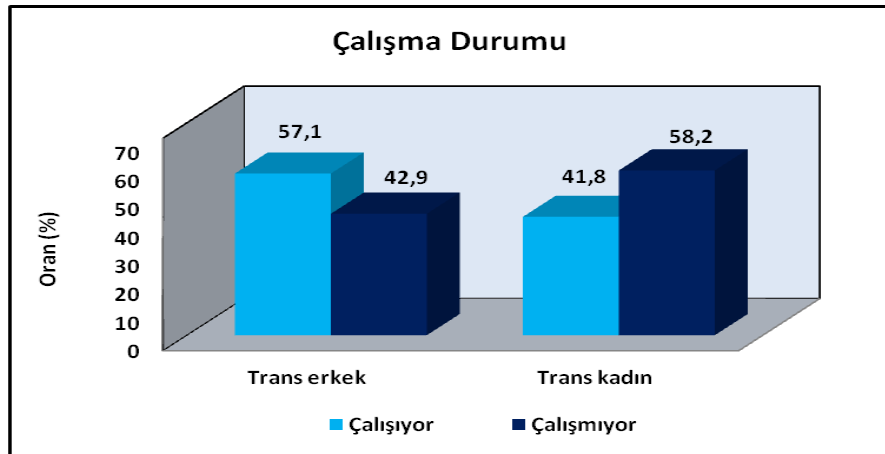
Olguların %56,0'sı (n=70) TE (doğumda belirlenmiş cinsiyeti kadın olup, cinsiyet kimliği erkek olan bireyler), %44,0'ü (n=55) TK (doğumda belirlenmiş cinsiyeti erkek olup, cinsiyet kimliği kadın olan bireyler) olarak saptanmıştır.

TE'lerin yaşları 18 ile 41 arasında değişmekte olup, ortalama $25,54 \pm 5,13$ yıl; TK'ların yaşları 19 ile 49 arasında değişmekte olup, ortalama $25,91 \pm 6,19$ yıldır.

TE'lerin medeni durum incelendiğinde; %87,1 (n=61) bekâr, %1,4 (n=1) dul, %7,1 (n=5) birlikte yaşayan ve %4,3 (n=3) diğer gruplara dâhil olgu olduğu görülmüştür. TK'ların medeni durum incelendiğinde; %89,1 (n=49) bekâr, %3,6 (n=2) evli, %1,8 (n=1) dul, %1,8 (n=1) nişanlı ve %3,6 (n=2) birlikte yaşayan olgu olduğu görülmüştür.

TE'ler içinde kardeş sayısı 0-2 olan olgu oranı %38,6 (n=27), 3-5 kardeşi olan olgu oranı %45,7 (n=32) ve 5'ten çok kardeşi olan olgu oranı %15,7 (n=11) olarak bulunmuştur. TK'lar içinde kardeş sayısı 0-2 olan olgu oranı %45,5 (n=25), 3-5 kardeşi olan olgu oranı %45,5 (n=25) ve 5'ten çok kardeşi olan olgu oranı %9,1 (n=5) olarak bulunmuştur.

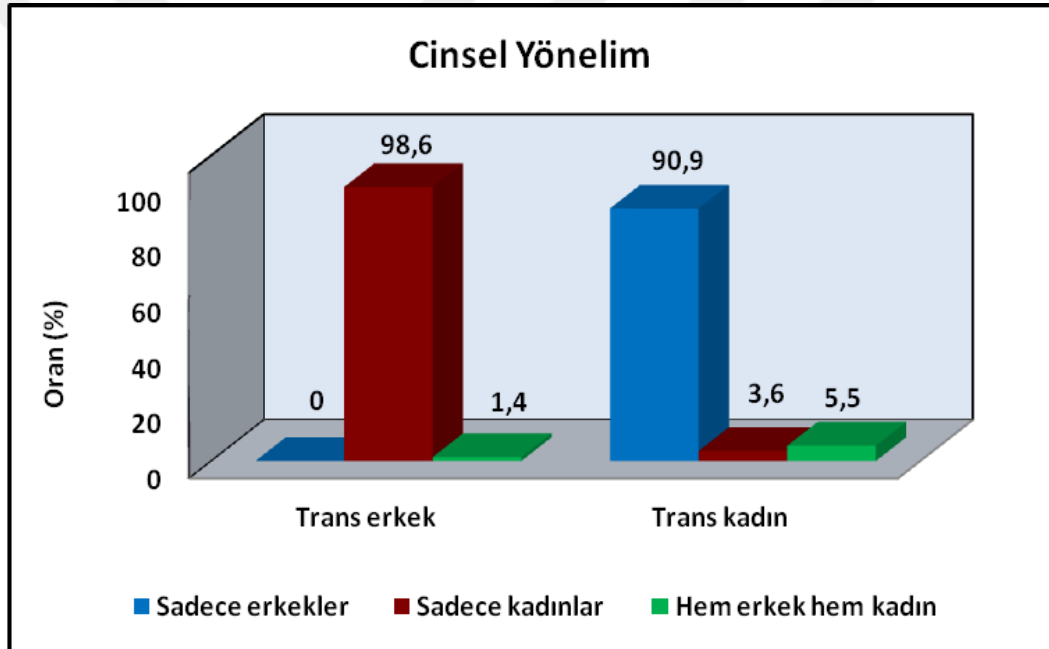
TE olguların %15,7'si (n=11) çalışmıyor, %2,9'u (n=24) sağlık çalışanı, %7,1'i (n=5) memur, %14,3'ü (n=10) mühendis-mimar, %27,1'i (n=19) işçi, %10,0'u (n=7) öğrenci ve %22,9'u (n=16) diğer meslek gruplarındandır. TK olguların %14,5'i (n=8) çalışmıyor, %3,6'sı (n=2) sağlık çalışanı, %7,3'ü (n=4) memur, %7,3'ü (n=4) mühendis-mimar, %18,2'si (n=10) işçi, %20,0'si (n=11) öğrenci ve %29,1'i (n=16) diğer meslek gruplarındandır. Çalışan TE oranı %57,1 (n=40), çalışan TK oranı %41,8 (n=23) olarak saptanmıştır.



Şekil 1: Olgu grubunun çalışma durumu dağılımı

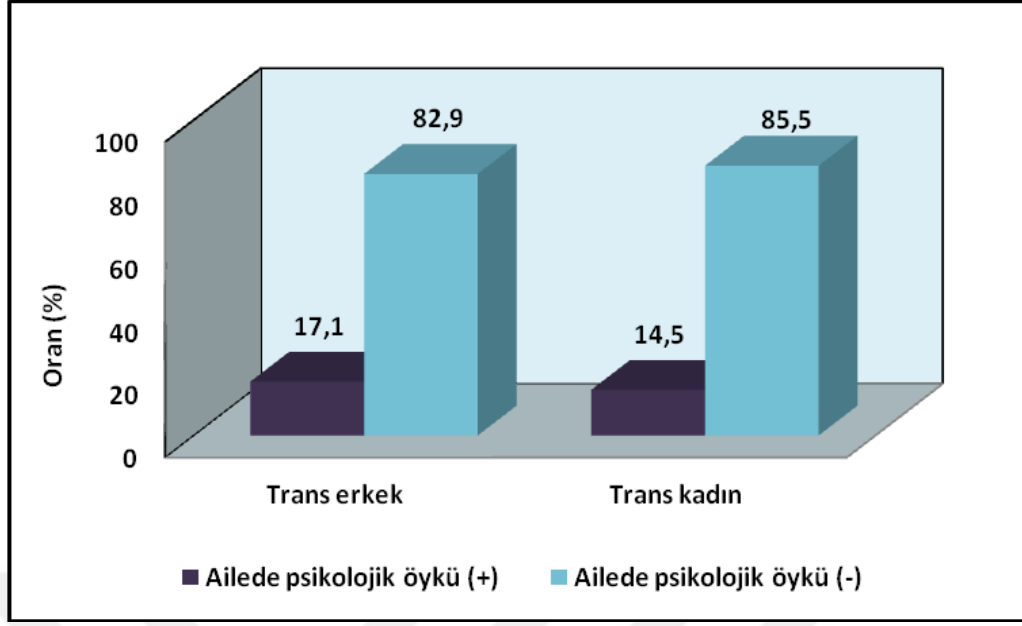
TE'lerin gelir düzeyleri incelendiğinde; %25,7 (n=18) 0-1000 TL, %38,6 (n=27) 1000-2000 TL, %21,4 (n=15) 2000-3000 TL, %10,0 (n=7) 3000-4000 TL ve %4,3 (n=3) 4000 TL üzeri geliri olan olgu olduğu gözlenmiştir. TK'ların gelir düzeyleri incelendiğinde; %40,0 (n=22) 0-1000 TL, %27,3 (n=15) 1000-2000 TL, %16,4 (n=9) 2000-3000 TL, %7,3 (n=4) 3000-4000 TL ve %9,1 (n=5) 4000 TL üzeri geliri olan olgu olduğu gözlenmiştir.

TE'lerin %98,6'sı (n=69) sadece kadınlara, %1,4'ü (n=1) ise hem erkeklere hem kadınlara cinsel yönelim göstermektedir. TK'ların %90,9'u (n=50) sadece erkeklere, %3,6'sı (n=2) sadece kadınlara, %5,5'i (n=3) ise hem erkeklere hem kadınlara cinsel yönelim göstermektedir.



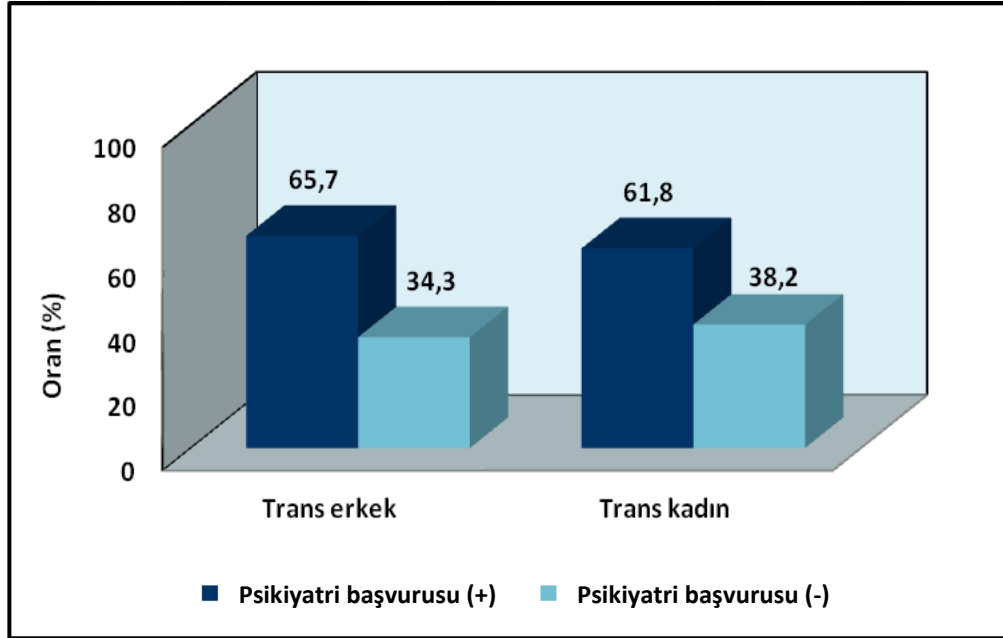
Şekil 2: Olgu grubunda cinsel yönelime ilişkin dağılım

Ailesinde psikolojik öykü olan %17,1 (n=12) oranında TE olgu, %14,5 (n=8) oranında TK olgu bulunmaktadır.



Şekil 3: Olgu grubunda ailede psikolojik öykü durumuna ilişkin dağılım

Psikiyatriğe başvuran %65,7 (n=46) oranında TE olgu, %61,8 (n=34) oranında TK olgu bulunmaktadır.



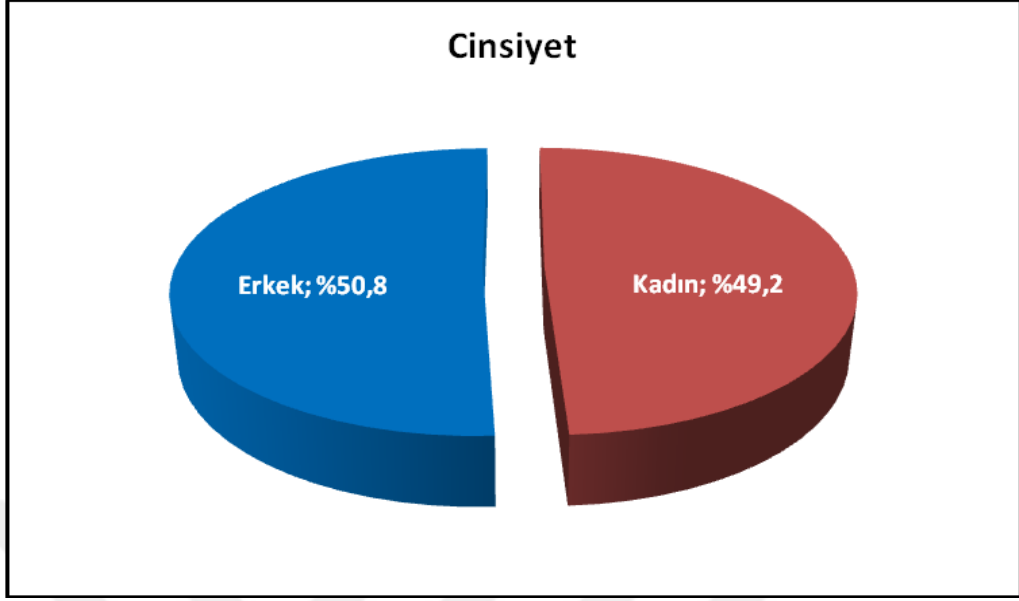
Şekil 4: Olgu grubunda psikiyatriye başvurma durumuna ilişkin dağılım

4.1.2. Kontrol Grubu

Tablo 5: Kontrol Grubu Özelliklerinin Dağılımları

		Kadın (%49,2)	Erkek (%50,8)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-52 (29)	21-59 (32)
	<i>Ort±Ss</i>	31,31±7,34	34,80±9,37
Medeni durum	Bekâr	24 (40,7)	26 (42,6)
	Evli	28 (47,5)	32 (52,5)
	Dul	1 (1,7)	1 (1,6)
	Nişanlı	5 (8,5)	1 (1,6)
	Birlikte yaşayan	1 (1,7)	1 (1,6)
Kardeş sayısı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-7 (3)	0-10 (3)
	<i>Ort±Ss</i>	2,78±1,18	3,57±2,12
	0-2 kardeş	27 (45,8)	22 (36,1)
	3-5 kardeş	29 (49,2)	30 (49,2)
	>5 kardeş	3 (5,1)	9 (14,8)
Meslek	Çalışmıyor	4 (6,8)	2 (3,3)
	Sağlık çalışanı	27 (45,8)	15 (24,6)
	Memur	3 (5,1)	8 (13,1)
	Mühendis-Mimar	5 (8,5)	6 (9,8)
	İşçi	15 (25,4)	24 (39,3)
	Öğrenci	1 (1,7)	1 (1,6)
	Diğer	4 (6,8)	5 (8,2)
Çalışma durumu	Çalışıyor	50 (84,7)	53 (86,9)
	Çalışmıyor	9 (15,3)	8 (13,1)
Gelir	0-1000 TL	9 (15,3)	3 (4,9)
	1000-2000 TL	11 (18,6)	10 (16,4)
	2000-3000 TL	13 (22,0)	25 (41,0)
	3000-4000 TL	22 (37,3)	18 (29,5)
	>4000 TL	4 (6,8)	5 (8,2)
Ailede psikolojik öykü durumu	Var	10 (16,9)	6 (9,8)
	Yok	49 (83,1)	55 (90,2)
Psikiyatriye başvurma durumu	Var	18 (30,5)	19 (31,1)
	Yok	41 (69,5)	42 (68,9)

Kontrol grubu olguların %49,2'si (n=59) kadın, %50,8'i (n=61) erkektir.



Şekil 5: Kontrol grubu cinsiyet dağılımı

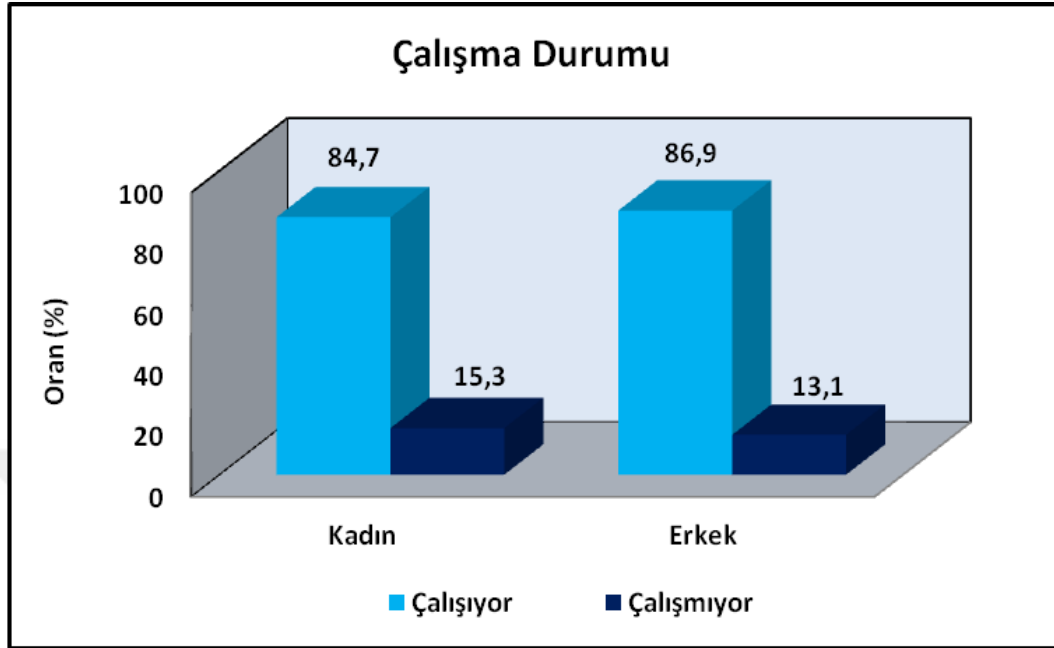
Kadınların yaşları 18 ile 52 arasında değişmekte olup, ortalama $31,31 \pm 7,34$ yıl; erkeklerin yaşları 21 ile 59 arasında değişmekte olup, ortalama $34,80 \pm 9,37$ yıldır.

Kadınların medeni durum incelendiğinde; %40,7 (n=24) bekâr, %47,5 (n=28) evli, %1,7 (n=1) dul, %8,5 (n=5) nişanlı ve %1,7 (n=1) birlikte yaşayan olgu olduğu görülmüştür. Erkeklerin medeni durum incelendiğinde; %42,6 (n=26) bekâr, %52,5 (n=32) evli, %1,6 (n=1) dul, %1,6 (n=1) nişanlı ve %1,6 (n=1) birlikte yaşayan olgu olduğu görülmüştür.

Kadınlar içinde kardeş sayısı 0-2 olan olgu oranı %45,8 (n=27), 3-5 kardeşi olan olgu oranı %49,2 (n=29) ve 5'ten çok kardeşi olan olgu oranı %5,1 (n=3) olarak bulunmuştur. Erkekler içinde kardeş sayısı 0-2 olan olgu oranı %36,1 (n=22), 3-5 kardeşi olan olgu oranı %49,2 (n=30) ve 5'ten çok kardeşi olan olgu oranı %14,8 (n=9) olarak bulunmuştur.

Kadınların %6,8'i (n=4) çalışmıyor, %45,8'i (n=27) sağlık çalışanı, %5,1'i (n=3) memur, %8,5'i (n=5) mühendis-mimar, %25,4'ü (n=159) işçi, %1,7'si (n=1) öğrenci ve %6,8'i (n=4) diğer meslek gruplarındandır. Erkeklerin %3,3'ü (n=2) çalışmıyor, %24,6'sı (n=15) sağlık çalışanı, %13,1'i (n=8) memur, %9,8'i (n=6) mühendis-mimar, %39,3'ü (n=24) işçi, %1,6'sı (n=1) öğrenci ve %8,2'si (n=5) diğer meslek

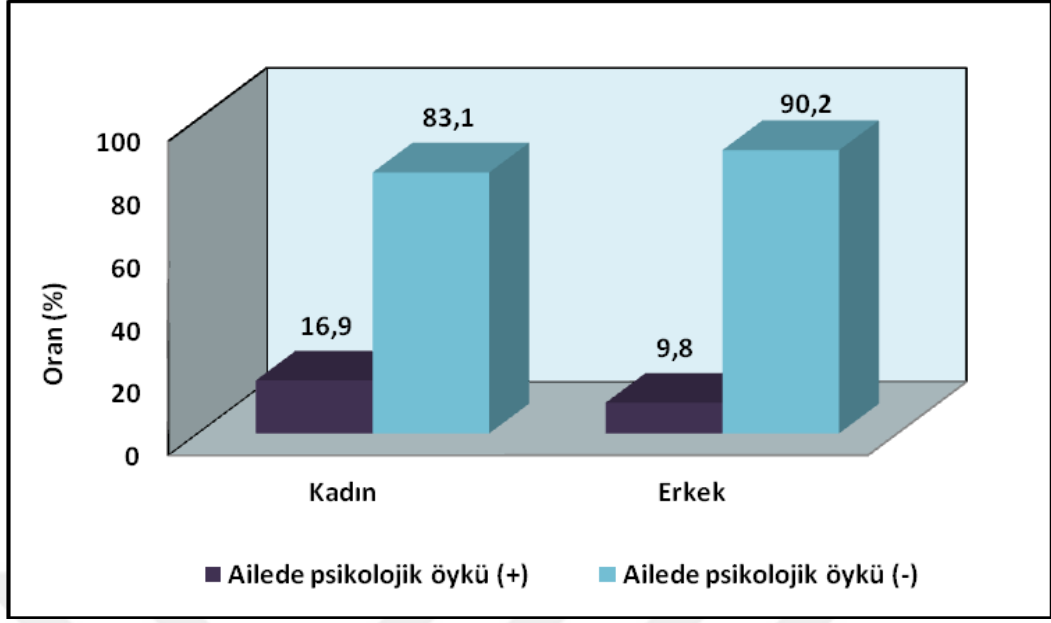
gruplarındandır. Çalışan kadın oranı %84,7 (n=50), çalışan erkek oranı %86,9 (n=53) olarak saptanmıştır.



Şekil 6: Kontrol grubu çalışma durumu dağılımı

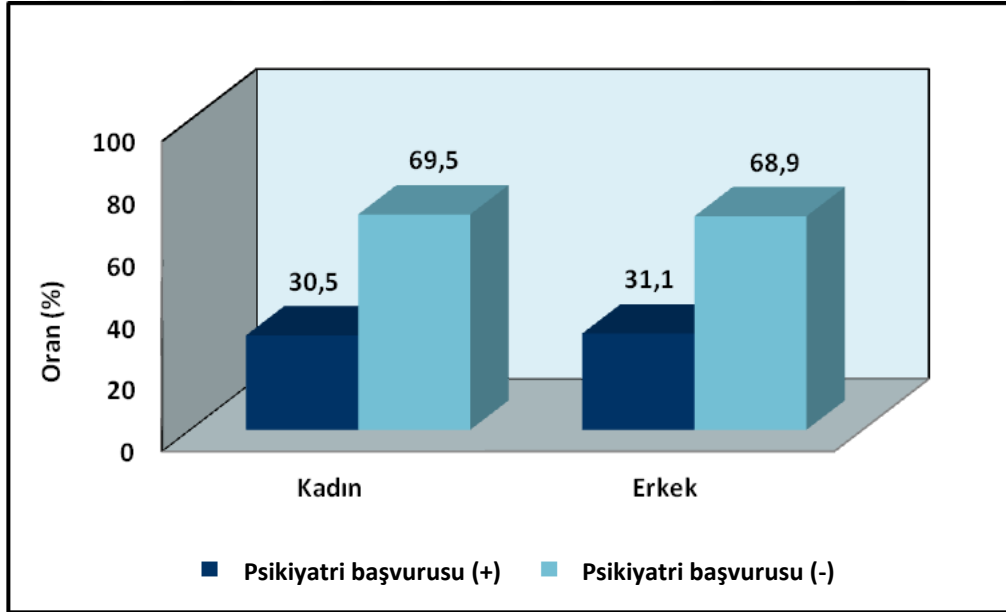
Kadınların gelir düzeyleri incelendiğinde; %15,3 (n=9) 0-1000 TL, %18,6 (n=11) 1000-2000 TL, %22,0 (n=13) 2000-3000 TL, %37,3 (n=22) 3000-4000 TL ve %6,8 (n=4) 4000 TL üzeri geliri olan olgu olduğu gözlenmiştir. Erkeklerin gelir düzeyleri incelendiğinde; %4,9 (n=3) 0-1000 TL, %16,4 (n=10) 1000-2000 TL, %41,0 (n=25) 2000-3000 TL, %29,5 (n=18) 3000-4000 TL ve %8,2 (n=5) 4000 TL üzeri geliri olan olgu olduğu gözlenmiştir.

Ailesinde psikolojik öykü olan %16,9 (n=10) oranında kadın olgu, %9,8 (n=6) oranında erkek olgu bulunmaktadır.



Şekil 7: Kontrol grubunda ailede psikiyatrik öykü durumuna ilişkin dağılım

Psikiyatriğe başvuran %30,5 (n=18) oranında kadın olgu, %31,1 (n=19) oranında erkek olgu bulunmaktadır.



Şekil 8: Kontrol grubunda psikiyatriye başvurma durumuna ilişkin dağılım

4.2. Grupların Karşılaştırılması

4.2.1. Trans Erkekler ile Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

Tablo 6: Trans Erkekler ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi

		¹ Trans erkek (n=70)	² Kadın (n=59)	³ Erkek (n=61)	^c p	^d p (1-2)	^d p (1-3)	^d p (2-3)
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-16 (7)	5-12 (6)	5-16 (7)	0,206	0,315	1,000	0,432
	<i>Ort±Ss</i>	7,70±2,57	6,83±1,68	7,52±2,34				
	≤7	39 (55,7)	42 (71,2)	35 (57,4)				
	>7	31 (44,3)	17 (28,8)	26 (42,6)				
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-24 (12)	5-23 (9)	5-25 (9)	0,012*	0,016*	0,085	1,000
	<i>Ort±Ss</i>	12,37±5,00	9,90±3,87	10,66±4,80				
	≤12	36 (51,4)	48 (81,4)	43 (70,5)				
	>12	34 (48,6)	11 (18,6)	18 (29,5)				
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-20 (5)	5-13 (5)	0,177	0,453	0,309	1,000
	<i>Ort±Ss</i>	6,31±3,08	5,73±2,43	5,49±1,50				
	≤5	51 (72,9)	49 (83,1)	51 (83,6)				
	>5	19 (27,1)	10 (16,9)	10 (16,4)				
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (7)	5-21 (6)	5-11 (5)	0,001**	0,096	0,001**	0,466
	<i>Ort±Ss</i>	8,01±3,53	7,08±3,63	5,95±1,41				
	≤7	38 (54,3)	44 (74,6)	54 (88,5)				
	>7	32 (45,7)	15 (25,4)	7 (11,5)				
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-19 (5)	5-25 (5)	5-12 (5)	0,057	0,915	0,056	0,498
	<i>Ort±Ss</i>	6,36±3,01	5,95±3,14	5,28±1,02				
	≤5	51 (72,9)	47 (79,7)	54 (88,5)				
	>5	19 (27,1)	12 (20,3)	7 (11,5)				
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-74 (38)	25-74 (32)	25-63 (33)	0,005**	0,018*	0,015*	1,000
	<i>Ort±Ss</i>	40,49±11,71	35,39±9,78	34,52±7,37				
	≤35	27 (38,6)	41 (69,5)	38 (62,3)				
	>35	43 (61,4)	18 (30,5)	23 (37,7)				

^cKruskal Wallis Test

^dBonferroni-Dunn Test

*p<0,05

**p<0,01

Gruplara göre fiziksel ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre duygusal ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,012$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TE'lerin puanı kadınlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,016$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre fiziksel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre duygusal istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TE'lerin puanı erkeklerden yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre cinsel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,057$; $p>0,05$); TE'lerin puanlarının erkeklerden yüksek olması dikkat çekicidir ($p=0,056$; $p>0,05$).

Gruplara göre toplam cinsel travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TE'lerin puanları kadınlardan ($p=0,018$) ve erkeklerden ($p=0,015$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın ve erkeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 7: Trans Erkekler ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi

		¹ Trans erkek (n=70)	² Kadın (n=59)	³ Erkek (n=61)	^e p	^e p (1-2)	^e p (1-3)	^e p (2-3)
Bağlanma stili	Güvenli bağlanma	55 (78,5)	46 (78,0)	46 (75,4)	0,942	0,903	0,747	0,945
	Kaçınan bağlanma	9 (12,9)	9 (15,2)	11 (18,0)				
	Kaygılı, kararsız bağlanma	6 (8,6)	4 (6,8)	4 (6,6)				

^eFisher Freeman Test

TE'lerin %78,5'inde (n=55) güvenli bağlanma stili, %12,9'unda (n=9) kaçınan bağlanma stili ve %8,6'sında (n=6) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Kadınların %78,0'inde (n=46) güvenli bağlanma stili, %15,2'sinde (n=9) kaçınan bağlanma stili ve %6,8'inde (n=4) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Erkeklerin %75,4'ünde (n=46) güvenli bağlanma stili, %18,0'inde (n=11) kaçınan bağlanma stili ve %6,6'sında (n=4) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Cinsiyete göre üç boyutlu bağlanma stili istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.2.2. Trans Kadınlar ile Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

Tablo 8: Trans Kadınlar ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi

		¹ Trans kadın (n=55)	² Kadın (n=59)	³ Erkek (n=61)	^c p	^d p (1-2)	^d p (1-3)	^d p (2-3)
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-18 (7)	5-12 (6)	5-16 (7)	0,185	0,183	1,000	0,432
	<i>Ort±Ss</i>	7,95±3,11	6,83±1,68	7,52±2,34				
	≤7	31 (56,4)	42 (71,2)	35 (57,4)				
	>7	24 (43,6)	17 (28,8)	26 (42,6)				
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-23 (13)	5-23 (9)	5-25 (9)	0,001**	0,001**	0,008**	1,000
	<i>Ort±Ss</i>	12,85±4,59	9,90±3,87	10,66±4,80				
	≤12	26 (47,3)	48 (81,4)	43 (70,5)				
	>12	29 (52,7)	11 (18,6)	18 (29,5)				
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-18 (5)	5-20 (5)	5-13 (5)	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
	<i>Ort±Ss</i>	6,98±3,12	5,73±2,43	5,49±1,50				
	≤5	29 (52,7)	49 (83,1)	51 (83,6)				
	>5	26 (47,3)	10 (16,9)	10 (16,4)				
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-25 (9)	5-21 (6)	5-11 (5)	0,001**	0,001**	0,001**	0,544
	<i>Ort±Ss</i>	10,64±5,56	7,08±3,63	5,95±1,41				
	≤7	23 (41,8)	44 (74,6)	54 (88,5)				
	>7	32 (58,2)	15 (25,4)	7 (11,5)				
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-25 (6)	5-25 (5)	5-12 (5)	0,001**	0,001**	0,001**	0,817
	<i>Ort±Ss</i>	8,05±4,75	5,95±3,14	5,28±1,02				
	≤5	20 (36,4)	47 (79,7)	54 (88,5)				
	>5	35 (63,6)	12 (20,3)	7 (11,5)				
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	27-97 (43)	25-74 (32)	25-63 (33)	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
	<i>Ort±Ss</i>	46,40±15,04	35,39±9,78	34,52±7,37				
	≤35	17 (30,9)	41 (69,5)	38 (62,3)				
	>35	38 (69,1)	18 (30,5)	23 (37,7)				

^cKruskal Wallis Test

^dBonferroni-Dunn Test

** $p<0,01$

Gruplara göre fiziksel ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre duygusal ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TK'ların puanları kadınlardan ($p=0,001$) ve erkeklerden ($p=0,008$) yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kadın ve erkeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Gruplara göre fiziksel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TK'ların puanları kadınlardan ($p=0,001$) ve erkeklerden ($p=0,001$) yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kadın ve erkeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Gruplara göre duygusal istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TK'ların puanları kadınlardan ($p=0,001$) ve erkeklerden ($p=0,001$) yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kadın ve erkeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Gruplara göre cinsel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TK'ların puanları kadınlardan ($p=0,001$) ve erkeklerden ($p=0,001$) yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kadın ve erkeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Gruplara göre toplam cinsel travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; TK'ların puanları kadınlardan ($p=0,001$) ve erkeklerden ($p=0,001$) yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kadın ve erkeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 9: Trans Kadınlar ile Kontrol Grubu Kadın ve Erkeklerin Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi

		¹ Trans kadın (n=55)	² Kadın (n=59)	³ Erkek (n=61)	<i>b</i> <i>p</i>	<i>b</i> <i>p</i> (1-2)	<i>b</i> <i>p</i> (1-3)	<i>e</i> <i>p</i> (2-3)
Bağlanma stili	Güvenli bağlanma	28 (50,9)	46 (78,0)	46 (75,4)	0,009**	0,006**	0,014*	0,945
	Kaçınan bağlanma	15 (27,3)	9 (15,2)	11 (18,0)				
	Kaygılı, kararsız bağlanma	12 (21,8)	4 (6,8)	4 (6,6)				

^bPearson Chi-Square Test

^eFisher Freeman Test

**p*<0,05

***p*<0,01

TK'ların %50,9'unda (n=28) güvenli bağlanma stili, %27,3'ünde (n=15) kaçınan bağlanma stili ve %21,8'inde (n=12) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Kadınların %78,0'inde (n=46) güvenli bağlanma stili, %15,2'sinde (n=9) kaçınan bağlanma stili ve %6,8'inde (n=4) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Erkeklerin %75,4'ünde (n=46) güvenli bağlanma stili, %18,0'inde (n=11) kaçınan bağlanma stili ve %6,6'sında (n=4) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Cinsiyete göre üç boyutlu bağlanma stili istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,009; *p*<0,01). TK'larda, güvenli bağlanma oranı kadınlardan düşük; kaçınan bağlanma ve kaygılı kararsız bağlanma oranı kadınlardan yüksektir (*p*=0,006; *p*<0,01). TK'larda, güvenli bağlanma oranı erkeklerden düşük; kaçınan bağlanma ve kaygılı kararsız bağlanma oranı erkeklerden yüksektir (*p*=0,014; *p*<0,05). Kadın ve erkeklerin üç boyutlu bağlanma stili istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

4.2.3. Trans Erkekler ile Trans Kadınların Karşılaştırılması

Tablo 10: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi

		Trans erkek (n=70)	Trans kadın (n=55)	^a p
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-16 (7)	5-18 (7)	0,890
	<i>Ort±Ss</i>	7,70±2,57	7,95±3,11	
	≤7	39 (55,7)	31 (56,4)	
	>7	31 (44,3)	24 (43,6)	
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-24 (12)	5-23 (13)	0,496
	<i>Ort±Ss</i>	12,37±5,00	12,85±4,59	
	≤12	36 (51,4)	26 (47,3)	
	>12	34 (48,6)	29 (52,7)	
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-18 (5)	0,032*
	<i>Ort±Ss</i>	6,31±3,08	6,98±3,12	
	≤5	51 (72,9)	29 (52,7)	
	>5	19 (27,1)	26 (47,3)	
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (7)	5-25 (9)	0,008**
	<i>Ort±Ss</i>	8,01±3,53	10,64±5,56	
	≤7	38 (54,3)	23 (41,8)	
	>7	32 (45,7)	32 (58,2)	
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-19 (5)	5-25 (6)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	6,36±3,01	8,05±4,75	
	≤5	51 (72,9)	20 (36,4)	
	>5	19 (27,1)	35 (63,6)	
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-74 (38)	27-97 (43)	0,029*
	<i>Ort±Ss</i>	40,49±11,71	46,40±15,04	
	≤35	27 (38,6)	17 (30,9)	
	>35	43 (61,4)	38 (69,1)	

^aMann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Cinsiyete göre fiziksel ihmal ve duygusal ihmal skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsiyete göre fiziksel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,032$; $p<0,05$); TK'ların skorları TE'lerden yüksek bulunmuştur. TK'ların %47,3'ünün ($n=26$) skoru 5'ten yüksek iken, TE'lerin %27,1'inin ($n=19$) skoru 5'ten yüksektir.

Cinsiyete göre duygusal istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,008$; $p<0,01$); TK'ların skorları TE'lerden yüksek bulunmuştur. TK'ların %58,2'sinin ($n=32$) skoru 7'den yüksek iken, TE'lerin %45,7'sinin ($n=32$) skoru 7'den yüksektir.

Cinsiyete göre cinsel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); TK'ların skorları TE'lerden yüksek bulunmuştur. TK'ların %63,6'sının ($n=35$) skoru 5'ten yüksek iken, TE'lerin %27,1'inin ($n=19$) skoru 5'ten yüksektir.

Cinsiyete göre toplam cinsel travma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,029$; $p<0,05$); TK'ların skorları TE'lerden yüksek bulunmuştur. TK'ların %69,1'inin ($n=38$) skoru 35'ten yüksek iken, TE'lerin %61,4'ünün ($n=43$) skoru 35'ten yüksektir.

Tablo 11: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi

		Trans erkek ($n=70$)	Trans kadın ($n=55$)	^b <i>p</i>
Bağlanma stili	Güvenli bağlanma	55 (78,5)	28 (50,9)	0,005**
	Kaçınan bağlanma	9 (12,9)	15 (27,3)	
	Kaygılı, kararsız bağlanma	6 (8,6)	12 (21,8)	

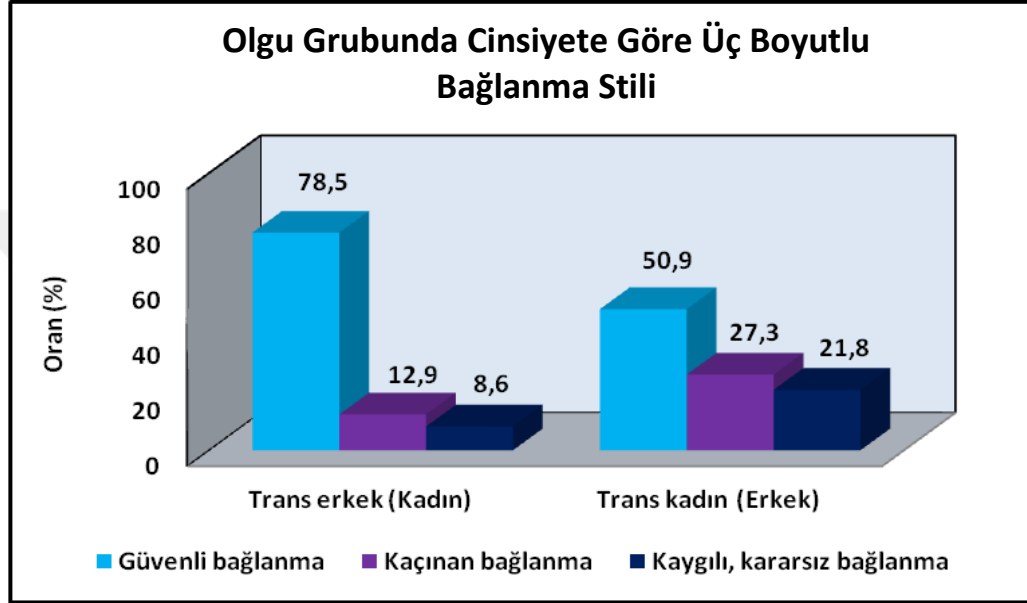
^bPearson Chi-Square Test

** $p<0,01$

TE'lerin %78,5'inde ($n=55$) güvenli bağlanma stili, %12,9'unda ($n=9$) kaçınan bağlanma stili ve %8,6'sında ($n=6$) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

TK'ların %50,9'unda (n=28) güvenli bağlanma stili, %27,3'ünde (n=15) kaçınan bağlanma stili ve %21,8'inde (n=12) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Cinsiyete göre üç boyutlu bağlanma stili istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,005; p<0,01). TE'lerde güvenli bağlanma oranı TK'lardan yüksektir. TK'larda kaçınan bağlanma ve kaygılı, kararsız bağlanma oranı TE'lerden yüksektir.



Şekil 9: Olgu grubunda cinsiyete göre üç boyutlu bağlanma stili sonuçlarının dağılımları

Tablo 12: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Utrecht Cinsiyet Diforisi Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi

		Trans erkek (n=70)	Trans kadın (n=55)	^a p
Cinsiyet diforisi	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	50-60 (59)	15-60 (59)	0,297
	<i>Ort±Ss</i>	58,10±2,87	55,93±8,67	
	≤44	0 (0)	3 (5,5)	
	>44	70 (100)	52 (94,5)	

^aMann Whitney U Test

TE'lerin ve TK'ların CD skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2.4. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Değerlendirmeler

Tablo 13: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının Değerlendirmesi

		Kadın (n=59)	Erkek (n=61)	^a p
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-12 (6)	5-16 (7)	0,144
	<i>Ort±Ss</i>	6,83±1,68	7,52±2,34	
	≤7	42 (71,2)	35 (57,4)	
	>7	17 (28,8)	26 (42,6)	
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-23 (9)	5-25 (9)	0,601
	<i>Ort±Ss</i>	9,90±3,87	10,66±4,80	
	≤12	48 (81,4)	43 (70,5)	
	>12	11 (18,6)	18 (29,5)	
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-13 (5)	0,871
	<i>Ort±Ss</i>	5,73±2,43	5,49±1,50	
	≤5	49 (83,1)	51 (83,6)	
	>5	10 (16,9)	10 (16,4)	
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-21 (6)	5-11 (5)	0,165
	<i>Ort±Ss</i>	7,08±3,63	5,95±1,41	
	≤7	44 (74,6)	54 (88,5)	
	>7	15 (25,4)	7 (11,5)	
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-25 (5)	5-12 (5)	0,166
	<i>Ort±Ss</i>	5,95±3,14	5,28±1,02	
	≤5	47 (79,7)	54 (88,5)	
	>5	12 (20,3)	7 (11,5)	
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-74 (32)	25-63 (33)	0,922
	<i>Ort±Ss</i>	35,39±9,78	34,52±7,37	
	≤35	41 (69,5)	38 (62,3)	
	>35	18 (30,5)	23 (37,7)	

^aMann Whitney U Test

Cinsiyete göre fiziksel ihmal ve duygusal ihmal skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsiyete göre fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsiyete göre toplam cinsel travma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Üç Boyutlu Bağlanma Stili Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirmesi

		Kadın (n=59)	Erkek (n=61)	<i>p</i>
Bağlanma stili	Güvenli bağlanma	46 (78,0)	46 (75,4)	0,945
	Kaçınan bağlanma	9 (15,2)	11 (18,0)	
	Kaygılı, kararsız bağlanma	4 (6,8)	4 (6,6)	

Fisher Freeman Test

Kadınların %78,0'inde (n=46) güvenli bağlanma stili, %15,2'sinde (n=9) kaçınan bağlanma stili ve %6,8'inde (n=4) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Erkeklerin %75,4'ünde (n=46) güvenli bağlanma stili, %18,0'inde (n=11) kaçınan bağlanma stili ve %6,6'sında (n=4) kaygılı, kararsız bağlanma stili gözlenmiştir.

Cinsiyete göre üç boyutlu bağlanma stili istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.3. Olgu Grubunda Ölçek Skorlarının Birbirleri İle İlişkisi

Tablo 15: Trans Erkeklerde Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi

Trans Erkekler (n=70)		Bağlanma stili			^c p
		Güvenli bağlanma (n=55)	Kaçınan bağlanma (n=9)	Kaygılı, kararsız bağlanma (n=6)	
UCDÖ	Min-Mak (Medyan)	50-60 (59)	55-60 (60)	53-60 (59,5)	0,247
	Ort±Ss	57,89±3,03	59,22±1,72	58,33±2,73	

^cKruskal Wallis Test

TE olguların bağlanma stili ile UCDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 16: Trans Kadınlarda Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi

Trans Kadınlar (n=55)		Bağlanma stili			^c p
		Güvenli bağlanma (n=28)	Kaçınan bağlanma (n=15)	Kaygılı, kararsız bağlanma (n=12)	
UCDÖ	Min-Mak (Medyan)	15-60 (59,5)	52-60 (59)	53-60 (59)	0,909
	Ort±Ss	54,21±11,72	57,60±2,75	57,83±2,66	

^cKruskal Wallis Test

TK olguların bağlanma stili ile UCDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 17: Trans Erkeklerde Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorları ile Değerlendirmesi Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi

Trans Erkekler (n=70)	Utrecht cinsiyet diforisi	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Fiziksel ihmal	-0,024	0,842
Duygusal ihmal	0,069	0,570
Fiziksel istismar	-0,031	0,799
Duygusal istismar	0,119	0,328
Cinsel istismar	0,093	0,442
Toplam	0,117	0,334

r:Spearman Korelasyon Katsayısı

UCDÖ skorları ile fiziksel ihmal ve duygusal ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

UCDÖ skorları ile fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

UCDÖ skorları ile toplam cinsel travma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Trans Kadınlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorları ile Değerlendirmesi Utrecht Cinsiyet Diforisi Ölçeği Skorlarının İlişkisi

Trans Kadınlar (n=55)	UCDÖ	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Fiziksel ihmal	0,148	0,280
Duygusal ihmal	0,338	0,012*
Fiziksel istismar	0,092	0,505
Duygusal istismar	0,179	0,190
Cinsel istismar	0,212	0,120
Toplam	0,324	0,016*

r:Spearman Korelasyon Katsayısı

* $p<0,05$

UCDÖ skorları ile fiziksel ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

UCDÖ skorları ile duygusal ihmal skorları arasında pozitif yönlü (duygusal ihmal arttıkça cinsiyet diforisi artan) 0,338 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,338$; $p=0,012$; $p<0,05$).

UCDÖ skorları ile fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

UCDÖ skorları ile toplam cinsel travma skorları arasında pozitif yönlü (cinsel travma arttıkça cinsiyet diforisi artan) 0,324 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,324$; $p=0,016$; $p<0,05$).

Tablo 19: Trans Erkeklerde Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının İlişkisi

Trans Erkekler (n=70)		Bağlanma stili			^c p
		Güvenli bağlanma (n=55)	Kaçınan bağlanma (n=9)	Kaygılı, kararsız bağlanma (n=6)	
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-14 (7)	6-16 (9)	7-12 (10)	0,002**
	<i>Ort±Ss</i>	7,11±2,18	10,11±3,26	9,50±2,17	
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-21 (10)	5-24 (15)	12-23 (16,5)	0,004**
	<i>Ort±Ss</i>	11,29±4,43	15,78±5,52	17,17±4,79	
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-12 (5)	5-13 (5)	0,830
	<i>Ort±Ss</i>	6,29±3,20	6,44±2,46	6,33±3,27	
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (7)	5-14 (7)	7-15 (7,5)	0,464
	<i>Ort±Ss</i>	7,89±3,57	8,00±3,71	9,17±3,25	
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-19 (5)	5-15 (5)	5-6 (5)	0,939
	<i>Ort±Ss</i>	6,49±3,13	6,22±3,31	5,33±0,52	
Toplam cinsel travma	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-74 (36)	26-68 (43)	37-69 (45,5)	0,049*
	<i>Ort±Ss</i>	38,65±11,06	46,89±12,51	47,67±12,19	

^cKruskal Wallis Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Bağlanma stili ile fiziksel ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları, kaçınan bağlanma stili görülenlerden düşük bulunmuştur ($p=0,012$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile duygusal ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,004$; $p<0,01$). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları, kaçınan bağlanma stili ($p=0,046$) ve kaygılı, kararsız bağlanma stili ($p=0,035$) görülenlerden düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kaçınan bağlanma stili ve kaygılı, kararsız bağlanma stili görülen olguların duygusal ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile fiziksel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile duygusal istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile cinsel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile toplam cinsel travma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları kaygılı, kararsız bağlanma stili görülenlerden düşük bulunmuştur ($p=0,041$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Trans Kadınlarda Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği Skorlarının İlişkisi

Trans Kadınlar (n=55)		Bağlanma stili			^c p
		Güvenli bağlanma (n=28)	Kaçınan bağlanma (n=15)	Kaygılı, kararsız bağlanma (n=12)	
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-15 (6)	5-18 (9)	7-18 (9)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	6,50±2,13	9,47±3,54	9,42±3,09	
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-21 (10)	5-22 (13)	13-23 (15,5)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	10,61±3,84	14,53±5,08	16,00±2,63	
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-10 (5)	5-15 (9)	5-18 (6)	0,003**
	<i>Ort±Ss</i>	5,64±1,37	8,93±3,63	7,67±4,03	
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-17 (6,5)	5-25 (11)	7-24 (14)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	7,89±3,41	12,87±7,03	14,25±4,49	
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-25 (6)	5-21 (8)	5-25 (6,5)	0,149
	<i>Ort±Ss</i>	7,18±4,22	8,73±4,38	9,25±6,21	
Toplam cinsel travma	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	27-67 (34,5)	32-97 (56)	40-73 (54)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	38,00±10,54	54,60±16,5	55,75±11,12	

^cKruskal Wallis Test

**p<0,01

Bağlanma stili ile fiziksel ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları, kaçınan bağlanma stili (p=0,002) ve kaygılı, kararsız bağlanma stili (p=0,001) görülenlerden düşük bulunmuştur (p<0,01). Kaçınan bağlanma stili ve kaygılı, kararsız bağlanma stili görülen olguların fiziksel ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Bağlanma stili ile duygusal ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları,

kaçınan bağlanma stili ($p=0,018$) ve kaygılı, kararsız bağlanma stili ($p=0,001$) görülenlerden düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kaçınan bağlanma stili ve kaygılı, kararsız bağlanma stili görülen olguların duygusal ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile fiziksel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları, kaçınan bağlanma stili görülenlerden düşük bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile duygusal istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları, kaçınan bağlanma stili ($p=0,031$) ve kaygılı, kararsız bağlanma stili ($p=0,001$) görülenlerden düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kaçınan bağlanma stili ve kaygılı, kararsız bağlanma stili görülen olguların duygusal istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile cinsel istismar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bağlanma stili ile toplam cinsel travma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; güvenli bağlanma stili görülen olguların skorları, kaçınan bağlanma stili ($p=0,002$) ve kaygılı, kararsız bağlanma stili ($p=0,001$) görülenlerden düşük bulunmuştur ($p<0,01$). Kaçınan bağlanma stili ve kaygılı, kararsız bağlanma stili görülen olguların toplam cinsel travma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada CD'li bireylerin sosyodemografik özelliklerini, çocukluklarında maruz kaldıkları ruhsal travmalar ve bu travmaların bireylerin bağlanma stillerinin oluşmasında rolünün araştırılmasına yönelik yapılmıştır. Literatür taraması yaptığımızda bu konuların ele alındığı yeterli çalışmaların olmadığını ya da yapılan çalışmalarda olgu sayılarının az olduğu görülmektedir.

TK ve TE katılımcılar iki ayrı grup olarak değerlendirildiğinde; çalışmamızda TK'ların yaş ortalaması $25,91 \pm 6,19$ TE'lerin yaş ortalaması $25,54 \pm 5,13$ olarak saptandı. Turan ve arkadaşlarının cinsiyet değiştirme ameliyatı için psikiyatri kliniğine başvuran transseksüel bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirdikleri bir çalışmada 2007 ve 2013 yılları arasında kliniğe başvuran 102 trans kadın ve 37 trans erkekten oluşan 139 kişilik örneklem grubunda olguların yaş ortalaması $27,66 \pm 6,921$ olarak saptanmış ve TK ve TE olgular arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na CD nedeniyle başvuran transseksüel bireylerin zaman içerisindeki yaş ortalamaları daha önceki çalışmaların ışığında ele alınırsa, 2000 yılında 40 trans erkek ile yapılan çalışmada merkeze başvuran ve çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması $25,3 \pm 5,2$ olarak, 2005 yılında çalışmaya katılan 39 trans hastanın yaş ortalaması: $25 \pm 5,5$ olarak, 2010 yılındaki bir diğer çalışmada ise $27,38$ olarak verilmektedir. Bu durumda 2000-2012 yılları arasında CD nedeniyle başvuru yaşında artış olduğu söylenebilir. Transseksüalitenin 2000'li yıllardan günümüze kamuoyunda daha iyi bilinmesi, iletişim araçlarında ve bilgiye erişimde yeni olanakların varlığı dikkate alındığında zaman içerisinde başvuru yaşlarında azalma akla daha yakın gelmekle birlikte, elimizdeki veriler tersini göstermektedir. Bu durum İngiltere'ye ait veriler ile uyum göstermektedir. İngiltere'de yapılan epidemiyolojik çalışmalar değerlendirildiği bir raporda 1995- 2007 yılları arasında CD ile başvuru sayısında artma olduğu belirtilmektedir. Aynı raporda 2007 "*Transgender Eurostudy*" verilerinden bahsedilmektedir. Bu verilere göre CD ile kliniklere başvuru yaşında 1990-2006 yılları arasında artış olduğu, son verilere göre bu yaşın ortalama olarak 42 olduğu belirtilmektedir. Bu artış ile ilgili olarak ihtiyaçlarına cevap bekleyen transseksüel sayısına yetişmekte merkezlerin yetersiz kaldığı, bekleyen havuzunun yoğun olmasının

bu yaş artışına neden olduğu vurgulanmaktadır. 2009'da yayınlanan raporda aynı zamanda İngiltere'de cinsel kimlik kliniklerinden Charing Cross Hastanesi'nde Ekim 2006'da kullanıcılarının %22'sinin bir yılı aşkın süredir, %24'ünün 6-12 ay arasında randevu için beklediği, artan talep nedeniyle takip randevularının da yine uzayacağı belirtilmektedir. Benzer şekilde başvuru sayısının son yıllarda giderek artışı, uzun bir bekleme listesinin oluştuğu Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Cinsiyet Disforisi Birimi'nde de artan talebe karşı var olan hasta sayısının ihtiyaçlarına cevap verebilme kapasitesinin sınırlılıkları bu sonuçlarda etkili olabilir. Türkiye'ye ait güvenilir verilerin olmaması daha sağlıklı bir yorum yapmayı güçleştirmektedir.

Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada mesleki durumları açısından, TK'larda yüksek öğrenim düzeyi gerektirmeyen işlerde çalışma (işportacılık, garsonluk gibi), işsizlik ve oranlarının TE'lere göre daha yüksek olduğu saptanmış ve öğrenim süresi ve mesleki durumları açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada TE'lerin çalışma oranları TK'lardan yüksek saptanmıştır.

Gelir düzeyleri açısından CD'li grubunun kontrol grubuna göre daha düşük gelir düzeylerine sahip olduğu dikkati çekmektedir. Farklı çalışmalarda cinsiyet değişimi sonrasında transseksüel bireylerin sosyoekonomik durumlarında düzelmeler bildirilmektedir. 2010 yılında Kaptan'ın cinsiyet atama cerrahisi için rapor almak üzere psikiyatri kliniğine başvuruda bulunan 50 transseksüel ile 50 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı çalışmasında transseksüel grubun gelir düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha düşük izlenmiştir. Bu durumun, transseksüel bireylerin büyük bir kısmının günlük yaşamlarında cinsel kimliklerini gizlemeleri ve bu nedenle çoğunlukla sosyal güvence olmaksızın ve maddi çıkarlarını gözetmeksizin bulabildikleri geçici işlerle geçimlerini sürdürmeye çalışmaları ile açıklanabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızdaki veriler de bu çalışmanın sonuçlarıyla aynı anlamlılığı taşımaktadır. Cinsiyet kimliklerini gizlemek zorunda hissetmeyen bireyler hissedenlere göre daha yüksek gelir düzeyine sahiptirler.

Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde DSM-5'e göre CD için TK:TE oranlarının yaklaşık 3-5:1 olmasına rağmen çalışmamızda hedeflenen trans kadın katılımcı sayısına ulaşabilmek için çalışmanın planlanan zaman dilimini aşması bazı çalışmalarda da gösterildiği üzere TK'ların daha fazla toplumsal stigma ve ayrımcılığa

maruz kalmaları ve bu nedenle gönüllülük esası ile yürütülen bir çalışmaya katılmak konusunda genç yaşlardaki trans kadınların daha çok çekimser kalmış olduğu ile açıklanabilir.

Katılımcılar medeni durumları ve cinsel yaşamları açısından kıyaslandığında duygusal birliktelik içinde olma, cinsel partneri olma, cinsel birliktelik yaşamış olma oranları arasında anlamlı bir fark olmadığı. Bu veri 2013 yılında Amerika'da yayınlanmış olan 1093 trans bireyden oluşan geniş katılımcı kitlesine ulaşan internet tabanlı çalışmadaki veriler ile uyum göstermemektedir. Turan ve arkadaşlarının çalışmasında da iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgunun bizim çalışmamızda ve Turan ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama yaş oranlarının yaklaşık aynı değerlerde olup, Walter ve arkadaşlarının çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak tüm grubun ortalama yaşı 33,01 iken TE katılımcıların TK'lara göre anlamlı oranda daha genç yaşlarda olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Yaptığımız çalışmada geçmişte psikiyatri başvurusu olan TE oranı %65,7, TK oranı ise %61,8 olarak bulunmuştur. Bu oranlar kontrol grubu olarak alınan kadın ve erkek psikiyatri başvuru oranlarından yüksek olup CD'li bireylerin ruhsal hastalık oranlarının sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yıldızhan ve arkadaşlarının 2017'de yayınladıkları CD olan bireylerde cinsiyet değiştirmenin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırdıkları bir çalışmada katılımcıların % 61,4'ünde majör depresif, % 44,3'ünün anksiyete bozuklukları, %10'unun alkol madde kötüye kullanımı tanı kriterlerini karşıladığı toplamda % 84,3'ünün yaşam boyu bir ruhsal hastalık tanısı aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Walter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da CD'li bireylerin %44,1'inde depresif bozukluk, %33,2'sinde anksiyete bozukluğu % 27,5'inde somatizasyon bozukluğu olduğu görülmüş, TK'larda depresyon ve anksiyete oranlarının sırasıyla 2,19 ve 1,36 kez TE'lerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır ve bu ruhsal sorunların yaşantılanan ve hissedilen stigma ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranlar çalışmamızdaki yüksek psikiyatri başvuru oranları ile açıklanmaktadır.

Yaptığımız çalışmada TE ve TK'ların ailelerinde psikiyatri başvuru öyküsü oranları arasında belirgin fark bulunmamış olup, kontrol grubuyla karşılaştığımızda bu oranların erkek kontrol grubu ailelerinin psikiyatri başvuru öyküsü oranıyla aynı

olmakla beraber bu oranlar kontrol gurubu kadınlarının ailelerinin başvuru oranlarından yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda grupları çocukluk çağı ruhsal travmalarının ihmal ve istismar olarak değerlendirdiğimizde ortaya çıkan sonuçlar hem olgu grubunun kendi içerisinde hem de kontrol grubundan farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. TE'lerde çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmali kontrol grubu kadın ve erkeklerden yüksek bulunmuş olup, fiziksel ihmal ve istismar oranları kontrol grubu skorlarına göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Cinsel istismar skorları TE'lerde yüksek oranda bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmemiştir.

TK'ların çocukluk çağı ruhsal travmalarını karşılaştırdığında, çocukluk çağı cinsel, duygusal ve fiziksel istismara uğramaları kontrol grubu kadın ve erkeklerin istismar öykülerinden yüksek saptanmıştır. Fiziksel ihmal öyküleri kontrol gurubuyla aynı saptansa da, duygusal ihmale uğramaları genel topluma göre yüksek bulunmuştur.

TE ve TK'ler arasında çocukluk çağı ruhsal travma öykülerine bakıldığında TK'ların çocukluk çağında cinsel, fiziksel ve duygusal ihmale uğrama oranlarının TE'lerden yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çocukluk çağı ihmalleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Amerika'da CD'li bireylerin deneyimledikleri şiddet ve ayrımcılığı değerlendirmeyi amaçlayan, 402 CD'li bireyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %56'sının sözel saldırı, %37'sinin iş hayatında ayrımcılık ve %19'unun fiziksel şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmış (Lombardi EL ve ark., 2002). Amerika'da internet tabanlı yapılan çalışmada ise sözel saldırıya maruz kalma oranları TK: %64,4, TE: %78,4, fiziksel saldırıya maruz kalma oranları TK: %22,7 TE: %24,8 olarak saptanmıştır.

2011 yılında Law ve ark.'nın transseksüel bireylerin çalışma ortamlarını değerlendirdikleri bir çalışmada TK ve TE bireylerin iş verimliliğinde anlamlı bir fark bulunmadığı ancak çalışma arkadaşlarının TE'leri TK'lere göre daha olumlu bir anlayışla karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır. Whitley ve Aegisdottir tarafından 2000 yılında yapılan bir çalışmada ise toplum içerisinde erkeksi bir kadının kadınsı bir erkek kadar değersizleştirilmediği ifade edilmiştir. Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada TK'ların içinde buldukları durumu aileleri ile paylaşımlarının daha kısıtlı olduğu ve kendi çevrelerinde daha olumsuz bir tutumla karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bütün bu çalışmalar toplumda kadın rolüne geçişin erkek rolüne geçiş kadar iyi

karşılanmadığını göstermiştir. Bu bağlamda TK'ların daha fazla fiziksel, sözel ve cinsel şiddete maruz kalmaları nedeniyle kendilerini daha yüksek oranda hayati tehlike altında hissediyor oldukları düşünülebilir. Ayrıca hem ailelerin hem de toplumsal kabulün daha düşük olması nedeniyle TK'ların TE'lere göre ailelerinden daha yüksek oranlarda ayrılmak durumunda kaldıkları sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda TK ve TE bireylerin bağlanma biçimleri kıyaslandığında TE'lerle kontrol grubu erkek ve kadınlar arasında istatistiksel farklılıklar bulunmamıştır. TK'larda kontrol gurubu erkeklerle ve kadınlarla karşılaştırıldığında güvenli bağlanma stili oranları hem kontrol gurubu kadınlardan hem de erkeklerden düşük saptanmıştır. Bunun tersine kaçınan ve kaygılı kararsız bağlanma stili oranları kontrol gurubuna göre yüksek oranlarda saptanmıştır. Transseksüel bireylerde bağlanma biçimini değerlendiren İtalya' da yapılan bir çalışmada CD'li bireylerde güvenli bağlanmanın oldukça yüksek oranda olduğu ve güvenli bağlanma stiline pozitif transgender kimlik algısı gelişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Colizzi ve ark. nın yaptığı bir çalışmanın sonuçları ise CD'li bireylerde güvenli olmayan bağlanma stillerinin başlangıçta yüksek oranlarda olduğu ve hormon replasman tedavisi sonrası güvenli olmayan bağlanmada bir azalma olduğu yönündedir. Literatürde kadın-erkek olarak gruplandırılan örneklemelerde bağlanma modeli ve cinsiyet farkı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği birçok çalışmada erkeklerde kadınlara kıyasla yüksek oranlarda kaçınan bağlanma modelinin olduğu, bazı çalışmalarda da kadınlarda erkeklere kıyasla kaygılı bağlanmanın daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. Literatürde TK ve TE'lerde bağlanma biçimi arasındaki farkları değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda TE ve TK'lar arasında bağlanma stilleri farklılıklarına bakıldığında TE'lerde güvenli bağlanma stiline TK'lardan yüksek olduğunu, TK'larda ise kaçınan ve kaygılı kararsız bağlanma stiline TE'lerden yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda her iki örneklem grubunda güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanma stillerinin birbirinden farklı oranlarda saptanmış olması ve literatürdeki kadın-erkek olarak gruplandırılmış çalışmalardaki bağlanma stili oranlarına uyumlu olmayan bir sonuç elde edilmesinin örneklem sayısının literatürde yayınlanan çalışmaların örneklem sayısından fazla olması veya dönüşüm sürecinin farklı aşamalarındaki CD'li bireylerin çalışmada yer alması ve hormon replasman tedavisi ve dönüşüm sürecinde ilerlemeye bağlı olarak bağlanma stiline olası değişimlere bağlı olabileceği düşünüldü.

Yaptığımız çalışmada çocukluk çağı ruhsal travmalarıyla bağlanma stilleri arasında ilişkiye bakıldığında, çocukluk çağlarında fiziksel ve duygusal ihmale uğrayan trans bireylerde kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma biçimi daha fazla görülmektedir. Ama bu iki bağlanma biçiminden biri diğerine göre yüksek saptanmamıştır. Çocukluk çağlarında fiziksel istismara uğrayan bireylerde kaçınan bağlanma biçimi daha fazla görülmüştür. Çocukluk çağlarında duygusal istismara uğrayan bireylerde kaygılı-kararsız bağlanma biçimi daha fazla görülmüştür. Cinsel istismara uğrayan bireylerde bağlanma biçimleri arasında herhangi bir farklılık görülmemiştir. Genel olarak bakıldığında çocukluk çağında ihmale ve istismara uğrayan bireylerde kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma biçimleri daha fazla saptanmıştır.

Yaptığımız çalışmanın belirli kısıtlılıkları vardır. Çalışma örnekleminiz sadece hastaneye başvuru yapan trans kadın ve trans erkeklerden oluşmaktadır. Hastane başvurusu olmayan bireylere ulaşamamıştır. Başvurusu olmasına rağmen kayda değer sayıda trans kadın çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen trans kadınların elde edilen verilerde nasıl bir değişiklik yapabileceği bilinmemektedir. Çalışmaya katılan CD'li bireylerin cinsiyet değişimi sürecinin farklı aşamalarında olması hormon tedavisi öncesi ve hormon tedavisi sonrası ortaya çıkabilecek ruhsal ve fiziksel değişikliklerin çalışma sonucuna etkileri öngörülememektedir. Çalışma örneklemini literatürde transgender bireylerle yapılmış olan birçok çalışmaya göre yüksek katılımcı sayısına ulaşmış olmasına rağmen transgender bireylere dair yeterli veri sunabilmek açısından örneklem grubu sayıca kısıtlılık oluşturmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Cinsiyet Disforisi Polikliniğine başvuran 125 Cinsiyet Disforisi tanısı alan bireylere çocukluk çağı travması ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibidir.

- 1- Cinsiyet Disforisi olan bireylerde, geçmişe dönük bildirilen çocukluk çağı travmatik yaşantıları daha yüksek saptanmış olup, bu durum TK'larda daha fazla gözlemlenmiştir.
- 2- Cinsiyet Disforili bireylerde cinsel istismar öyküsü yüksek saptanmış olup, bu durum TK'larda daha fazla gözlemlenmiştir.
- 3- Cinsiyet Disforili bireylerde duygusal istismar öyküsü yüksek saptanmış olup bu durum TK'larda daha fazla gözlemlenmiştir.
- 4- Cinsiyet Disforili bireylerde fiziksel istismar öyküsü yüksek saptanmış olup, cinsiyet olarak karşılaştırıldığında TK'larda TE'lere göre daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıkları ortaya konulmuştur.
- 5- Cinsiyet Disforili bireylerde çocukluk çağı ihmalleri daha yüksek oranda bulunmuştur ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında TK'larda TE'ler eşit oranda çocukluk çağı ihmallerine maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır.
- 6- TE'lerde güvenli bağlanma oranı TK'larda yüksektir. TK'larda kaçınan bağlanma ve kaygılı-kararsız bağlanma oranı TE'lerden yüksektir.
- 7- Bağlanma biçimleriyle çocukluk çağı travmaları arasında ilişkiye bakıldığında, çocukluk çağlarında fiziksel ve duygusal ihmale uğrayan trans bireylerde kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma biçimi daha fazla görülmektedir. Ama bu iki bağlanma biçiminden biri diğerine göre yüksek saptanmamıştır. Çocukluk çağlarında fiziksel istismara uğrayan bireylerde kaçınan bağlanma biçimi daha fazla görülmüştür. Çocukluk çağlarında duygusal istismara uğrayan bireylerde kaygılı-kararsız bağlanma biçimi daha fazla görülmüştür. Cinsel istismara uğrayan bireylerde bağlanma biçimleri arasında herhangi bir farklılık görülmemiştir. Genel olarak

bakıldığında çocukluk çağında ihmale ve istismara uğrayan bireylerde kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma biçimleri daha fazla saptanmıştır.

CD olan bireylerde, çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye dair bulgularımızın, uzunlamasına takip edilen daha geniş örneklemler ve cinsiyet dönüşümü sürecinin farklı aşamalarında olan hasta gruplarında tekrarlanması bu alandaki bilgilerimizi artıracaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Transgender people, gender identity and gender expression. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>
2. Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington, DC:National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
3. Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., . . . Zupan A. (2003). Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment across 62 cultural regions. *Personal Relationships*, 10(3), 307–331. doi: 10.1111/1475–6811.00052
4. Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (2nd ed., pp. 456–481). New York, NY: Guilford Press
5. Hal S. Shorey. (2015). Assessing Interpreting Adult Attachment with Gender-Nonconforming Clients. *Handbook of Gender and Sexuality in Psychological Assessment*
6. Tracey J. Riley, Alexandra C. Kirsch, Jenna B. Shapiro, Colleen S. Conley (2016) Examining stress and coping as a mediator for internalizing symptomatology: A comparison between sexual minority and majority first-year college students <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197116000452>
7. Budge, Stephanie L.; Adelson, Jill L.; Howard, Kimberly A. S. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 81(3), Jun 2013, <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/81/3/545/>
8. Corbitt, E. M., & Widiger, T. A. (1995). Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 225–238. doi: 10.1111/j.1468–2850.1995.tb00041.x

9. Cosgrove, L., & Riddle, B. (2004). Gender bias and sex distribution of mental disorders in DSM-IVTR. In P. J. Caplan & L. Cosgrove (Eds.), *Bias in psychiatric diagnosis* (pp. 127–140). New York, NY: Jason Aronson.
10. Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 259–261. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.08.010
11. Yüksel, _stanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Kitabı- Farklı Cinsel Kimlikler., 2009
12. A. Fausto-Sterling, «The Sex/Gender Perplex,» *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, cilt 31, no. 4, pp. 637-646, 2000.
13. A. Ault, «Sex Versus Gender,» *Battleground : women, gender and sexuality* (Volume 1, A-L), London, Greenwood Press, 2008, pp. 533-539.
14. M. Diamond, «Sex, gender, and identity over the years: a changing perspective,» *Child Adolesc Pschiatric Clin N Am*, cilt 13, pp. 591-607, 2004.
15. Range, L. M., & Jenkins, S. R. (2010). Who benefits from Pennebaker's expressive writing paradigm? Research recommendations from three gender theories. *Sex Roles*, 63, 149–164. doi: 10.1007/s11199– 010–9749–7
16. Lev, I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Pres
17. Shaw, L., Barker, M., Langdrige, D., Nair, R., Lenihan, P., Richards, C., Butler. C., Gibson, S., & Monson, J. (2012). *Guidelines and literature review for psychologists working therapeutically with sexual and gender minority clients*. London: British Psychological Societ
18. WPATH, «Standards of Care for the Health of Transsexual,Transgender, and Gender Nonconforming People,» Temmuz 2012. [Çevrimiçi]. Available: <http://www.wpath.org/ documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf>.
19. W. O. Bockting, «From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered,» *Siecus Report*, cilt 28, no. 1, pp. 3-7, 1999.
20. C. Lebens ve A. Ault, «Transgender and Transsexual Identities,» *Battleground : women, gender and sexuality*, London, Greenwood Press, 2008, pp. 610-620.

21. A. P. Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text rev.), Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
22. G. De Cuypere, G. Knudson ve W. Bockting, «Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence,» International Journal of Transgenderism, cilt 12, pp. 119-123, 2010.
23. D. Denny, «A Selective Bibliography of Transsexualism,» Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, cilt 6, no. 2, pp. 35-66, 2002.
24. D. Pilgrim ve A. Rogers, «The troubled relationship between psychiatry and sociology,» Int J Soc Psychiatry, cilt 51, pp. 228-241, 2005.
25. J. D'Emilio, Sexual politics, sexual communities: The making of a homosexual minority in the United, Chicago: University of Chicago Press, 1983.
26. A. Rogers ve D. Pilgrim, A sociology of mental health and illness, Maidenhead: Open University, 2005.
27. O. Doan ve F. Kocacık, «Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi,» Anadolu Psikiyatri Dergisi, cilt 7, pp. 109-120, 2006.
28. S. Berghan, Lubunya Transseksüel Kimlik ve Beden, Ayrıntı Yayınları
29. W. P. A. T. H.(The World Professional Association for Transgender Health) The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version, 2001.
30. H. Asscheman, «Gender identity disorder in adolescents,» Sexologies, cilt 18, pp. 105-108, 2009.
31. G. De Cuypere, M. Van Hemelrijck ve A. Michel, «Prevalence and demography of transsexualism in Belgium,» European Psychiatry, cilt 22, no. 3, pp. 137-141, 2007.
32. K. J. Zucker ve A. A. Lawrence, «Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health,» International Journal of Transgenderism, cilt 11, no. 1, pp. 8-18, 2009.

33. B. Reed, *Gender Variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and Geographic Distribution*, Gender Identity Research and Education Society, 2009.
34. K. J. Zucker, S. J. Bradley, A. Owen-Anderson, S. J. Kibblewhite ve J. M. Cantor, «Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet?», *Journal of Sex & Marital Therapy*, cilt 34, no. 4, pp. 287-290, 2008.
35. V. L. Bullough ve B. Bullough, *Cross dressing, sex, and gender.*, Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 1993.
36. R. F. Docter, *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*, New York: Plenum Press., 1988.
37. S. Winter, «Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective.», *International Journal of Transgenderism*, cilt 11, no. 1, pp. 19-41, 2009.
38. A. A. Lawrence, «Sexual Orientation versus Age of Onset as Bases for Typologies (Subtypes) for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults», *Arch Sex Behav*, cilt 39, pp. 514-545, 2010
39. B. Lundström, I. Pauly ve J. Walinder, «Outcome of sex reassignment surgery», *Acta Psychiatr Scand*, cilt 70, pp. 289-294, 1984.
40. P. T. Cohen-Kettenis, F. Pfafflin, «The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults», *Arch. Sex Behav.*, no. 39, pp. 499-513, 2010.
41. J. Nielsen ve M. Wohlert, «Sex chromosome abnormalities found among 34,910 newborn children: results from a 13- year incidence study in Arhus, Denmark, Birth Defects», *Orig Artic Ser*, cilt 26, pp. 209-223, 1990.
42. E. K. Bentz, L. A. Hefler, U. Kaufmann, J. C. Hber, A. Kolbus ve C. B. Tempfer, «A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism», *Fertil. Steril.*, cilt 90, pp. 56-59, 2008.

43. T. C. Ngun, N. Ghahramani, F. J. Sanchez, S. Bocklandt ve E. Vilain, «The genetics of sex differences in brain and behavior,» *Frontiers in Neuroendocrinology*, cilt 31, pp. 227-246, 2011.
44. L. Hare, P. Bernard, F. J. Sanchez, P. Baird, E. Vilain, T. Kennedy ve V. R. Harley, «Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism,» *Biol. Psychiatry.*, cilt 65, pp. 93-96, 2009.
45. R. W. Dittman, M. H. Kappes ve M. E. Kappes, «Congenital adrenal hyperplasia. II: Genderrelated behavior and attitudes in female saltwasting and simple virilizing patients,» *Psychoneuroendocrinology*, cilt 15, pp. 421-434, 1990.
46. J. D. Lish, H. Meyer-Bahlburg ve A. A. Ehrhardt, «Prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES): childhood play behavior and adult gender role behavior in women.,» *Arch Sex Behav*, cilt 21, pp. 423-441, 1992.
47. G. A. Mathews, B. A. Fane, G. S. Conway, S. G. Brook ve M. Hines, «Personality and congenital adrenal hyperplasia: possible effects of prenatal androgen exposure.,» *Horm. Behav.*, cilt 55, pp. 285-291, 2009.
48. M. Iijima, O. Arisaka, F. Minamoto ve Y. Arai, «Sex differences in children's free drawings: a study on girls with congenital adrenal hyperplasia.,» *Horm. Behav.*, cilt 40, pp. 99-104, 2001.
49. P. T. Cohen-Kettenis, «Gender change in 46,XY persons with 5[alpha]-reductase-2 deficiency and 17[beta]-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency and 17[beta]-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency,» *Archives of Sexual Behavior* 34, cilt 34, no. 4, pp. 399-411, 2005.
50. A. Arnold ve R. Gorski, «Gonadal steroid induction of structural sex differences in the central nervous system,» *Ann Rev Neurosci*, cilt 7, pp. 413-442, 1984.
51. P. T. Cohen-Kettenis ve L. J. G. Gooren, «Transsexualizm: A review of etiology, diagnosis and treatment,» *Journal of Psychosomatic Research*, cilt 46, no. 4, pp. 315-333, 1999.

52. Ai-Min Bao, F. D. Swaab, «Sexual differentiation of the human brain: Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders,» *Frontiers in Neuroendocrinology*, cilt 32, pp. 214-226, 2011.
53. H. Asscheman, «Gender identity disorder in adolescents,» *Sexologies*, cilt 18, pp. 105-108, 2009.
54. J. Zhou, M. A. Hofman ve L. Gooren, «Asex difference in human brain and its relation to transsexuality.,» *Nature*, cilt 378, pp. 68-70, 1995.
55. S. LeVay, «A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men.,» *Science*, cilt 253, pp. 1034-1037, 1991.
56. J T. C. Ngun, N. Ghahramani, F. J. Sanchez, S. Bocklandt ve E. Vilain, «The genetics of sex differences in brain and behavior,» *Frontiers in Neuroendocrinology*, cilt 31, pp.227-246, 2011.
57. W. Byne, S. Tobet, L. A. Mattiace, M. S. Lasco, E. Kemether, M. A. Edgar, S. Morgello, M. S. Buchsbaum ve L. B. Jones., «The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: An investigation of variation with sex, sexual orientation, and HIV status.,» *Hormones and Behavior*, cilt 40, no. 2, pp. 86-92, 2001.
58. K. Zucker ve S. Bradley, *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents.*, New York: Guilford, 1995.
59. R. Green, *The _sissy boy syndrome- and the development of homosexuality.*, New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1987.
60. C. Roberts, R. Green, K. Williams ve M. Goodman, «Boyhood gender identity development: a statistical contrast between two family groups.,» *Dev Psychol* , cilt 23, p. 544–557., 1987.
61. C. Chiland, «Enfance et transsexualisme. , 1988, 31:313-,» *Psychiatr Enfant*, cilt 31, pp. 313-73, 1988.
62. V. Volkan ve S. Berent, «Psychiatric aspects of surgical treatment for problems of sexual identification (transsexualism).,» *Modern perspectives in the psychiatric*.

63. S. Coates, «Developmental research on childhood identity disorder.,» Identity, gender and sexuality 150 years after Freud controversies in psychoanalysis series., London, International Psychoanalytical Association, 2006, pp. 103-31.
64. G. Parker ve R. Barr, «Parental representations of transsexuals,» Arch Sex Behav, cilt 11, no. 2, pp. 221-230, 1982.
65. P. Cohen-Kettenis ve W. Arrindell, «Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: a controlled study.,» Psychol Med, cilt 20, pp. 613-620, 1990.
66. N. M. Fisk, «Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of a disease),» Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome, Stanford, California, 1973.
67. Y. M. Atamer, «The Legal Status of Transsexuals in Turkey,» International Journal of Transgenderism, cilt 8, pp. 65-71, 2005.
68. K. J. Zucker, «Gender identity disorder in children and adolescents,» Annu Rev Clin Psychol, cilt 1, pp. 467-92, 2005.
69. S. M. Lena, T. Wiebe, S. Ingram ve M. Jabbour, «Pediatric residents' knowledge, perceptions, and attitudes towards homosexuality oriented youth,» Annals RCPSC, cilt 35, pp. 401-405, 2002.
70. L. N. Robins, J. E. Helzer, M. M. Weissman, H. Orvaschel, E. Gruenberg, J. J. D. Burke ve D. A. Regier, «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.,» Arch. Gen. Psychiat, cilt 41, pp. 949-958, 1984.
71. L. M. Lothstein, «Psychological testing with transsexuals: a 30 year review,» J Pers Assess , cilt 48, pp. 500-507, 1984.
72. C. Brems, R. Adams ve D. Skillman, «Person drawings by transsexual clients, psychiatric clients, and nonclients compared: indicators of sex-typing and pathology,» Arch Sex Behav, cilt 22, p. 253–264, 1993.
73. I. R. Haraldsen ve A. A. Dahl, «Symptom profiles of patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults,» Acta Psychiatrica Scandinavica, cilt 102, pp. 276-281, 2000.

74. S. Kaptan, Transeksüalite, Psikiyatrik Hastalıklar, Aile ve Sosyal Destek, uzmanlık tezi, 2010.
75. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: Us Yayıncılık, 2003; 9-21.
76. Kara B. Biçer Ü. Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47; 140-151.
77. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 537-546.
78. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzetBaysal Üniversitesi Dergisi 2009; 9(1): 50-62.
79. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. American Journal of Public Health 1993; 83(11): 1622-1624.
80. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse & Neglect 2001;25: 279-290
81. Veltkamp J. Lane; Miller W. Thomas. Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect. USA: International Universities Press,1994.
82. Ekinci S. Fiziksel çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 625-631.
83. Runyan D, Corrine W, Gkeda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva. 2002; 57-86.
84. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşanyıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve disosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 140-146.

85. Uğur Z. Bipolar affektif bozulukta bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri Kliniği, 2010.
86. Derman O. Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 633-636.
87. Walker DE, Bonner LB, KaufmanLK. *The Physically and Sexually Abused Child. Evaluation and Treatment.* UK: Pergamon Books Inc, 1988.
88. Knutson FJ. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995;46:401-431.
89. İşeri E. Cinsel İstismar. In: Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds), *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*, Ankara: HYB Yayıncılık, 2008; 470-477.
90. Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 2010; 32(4): 491-502.
91. Glaser D, Treatment issues in child sexual abuse. *Br J Psychiatry* 1991;159:769- 782.
92. Özdemir DF. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010;32(5): 569-582.
93. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2002.
94. Davis JL, Petretic-Jackson PA, The Impact of Child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of the empirical literature. *Agress Viol Behav* 2000;5(3):291-328.
95. Topbaş M. Ğnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk istismarı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004;3(4):76-80.
96. Kara B, Biçer B, Gökcalp A, Çocuk istismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-51.

97. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010;32(4): 423-433.
98. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12: 130-136.
99. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev* 2000; 71:690-694.
100. Batgos, J., & Leadbeater, B. J. (1994). Parental attachment, peer relations, and dysphoria in adolescence. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 155–178). New York, NY: Guilford Pres
101. Shorey, H. S., & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10(1), 1–20. doi: 10.1037/1089–2680.10.1.1
102. Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10
103. Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
104. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, NY: Guilford Press.
105. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. doi: 10.1037/0022– 3514.61.2.226
106. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. Zenna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53–152). San Diego, CA: Academic Press.

107. Diamond, L. M., Hicks, A. M., & Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 205–229. doi: 10.1177/0265407506062470
108. Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001). Unsolvably fearful, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8(3), 275. doi: 10.1093/clipsy.8.3.275
109. Siegel, D. J. (2002). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67–94. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:13.0.CO;2-5
110. Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66(5), 835–878. doi: 10.1111/1467-6494.00034
111. Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., . . . Zupan A. (2003). Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment
112. Hal S. Shorey. (2015). Assessing Interpreting Adult Attachment with Gender-Nonconforming Clients. *Handbook of Gender and Sexuality in Psychological Assessment*
113. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132–6.
114. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003; 27:169– 90.
115. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 226-44.

116. Sümer N ve Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürler arası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi 1999(a); 14(43): 71-106.



8. EKLER

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 3.Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
6. Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
7. Sevildiğimi hissediyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği - Kadından Erkeğe Versiyonu

Aşağıdaki soruların karşısında 1 ve 5 arasında size en uygun puanı yuvarlak içine alınız.

1	2	3	4	5
Tamamen katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Pek katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

- (1) Bir delikanlı/erkek gibi davranmayı tercih ederim. [1] [2] [3] [4] [5]
- (2) Biri bana bir kız/kadın gibi muamele ettiği zamanlarda hep incindiğimi hissedirim. [1] [2] [3] [4] [5]
- (3) Bir kız/kadın olarak yaşamayı seviyorum. [1] [2] [3] [4] [5]
- (4) Bana sürekli bir delikanlı/erkek gibi davranılmasını isterim. [1] [2] [3] [4] [5]
- (5) Bana bir delikanlının/erkeğin hayatı bir kızın/kadının hayatından daha ilgi çekici gelir. [1] [2] [3] [4] [5]
- (6) Bir kız/kadın gibi davranmak zorunda olduğum için kendimi mutsuz hissedirim. [1] [2] [3] [4] [5]
- (7) Bir kız/kadın olarak yaşamak benim için olumlu bir şeydir. [1] [2] [3] [4] [5]
- (8) Aynada bedenimi çıplak bir şekilde görmek hoşuma gider. [1] [2] [3] [4] [5]
- (9) Cinsel açıdan bir kız/kadın gibi davranmaktan hoşlanırım. [1] [2] [3] [4] [5]
- (10) Kendimi bir kız/kadın gibi hissettirdiği için adet görmekten nefret ederim. [1] [2] [3] [4] [5]
- (11) Göğüslerimin olmasından nefret ederim. [1] [2] [3] [4] [5]
- (12) Keşke bir delikanlı/erkek olarak doğmuş olsaydım. [1] [2] [3] [4] [5]

Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği - Erkekten Kadına Versiyonu

Aşağıdaki soruların karşısında 1 ve 5 arasında size en uygun puanı yuvarlak içine alınız.

1	2	3	4	5
Tamamen katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Pek katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
(1) Bir delikanlı/erkek olarak yaşamak zorunda kalırsam hayatımın bir anlamı kalmaz.				[1] [2] [3] [4] [5]
(2) Biri bana bir delikanlı/erkek gibi muamele ettiği zamanlarda hep incindiğimi hissedirim.				[1] [2] [3] [4] [5]
(3) Biri beni delikanlı/erkek şeklinde çağırırsa mutsuz hissedirim.				[1] [2] [3] [4] [5]
(4) Bir erkek bedenine sahip olduğum için mutsuz hissedirim.				[1] [2] [3] [4] [5]
(5) Her zaman bir erkek olarak kalacağım fikri bana çöküntü hissi verir.				[1] [2] [3] [4] [5]
(6) Bir delikanlı/erkek olduğum için kendimden nefret ederim.				[1] [2] [3] [4] [5]
(7) Her zaman ve her yerde, bir delikanlı/erkek gibi davranıyor olmaktan rahatsızlık hissedirim.				[1] [2] [3] [4] [5]
(8) Hayatım, sadece bir kadın olarak yaşamaya değer olurdu.				[1] [2] [3] [4] [5]
(9) Çişimi ayakta yapmaktan hoşlanmam.				[1] [2] [3] [4] [5]
(10) Daha fazla erkek gibi görünmeme neden olduğu için sakallarımın uzamasından memnun değilim.				[1] [2] [3] [4] [5]
(11) Cinsel organımda sertleşme olması hoşuma gitmiyor.				[1] [2] [3] [4] [5]
(12) Bir delikanlı/erkek olarak yaşamaktansa yaşamamak daha iyi olurdu.				[1] [2] [3] [4] [5]

EK: Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği

ÜÇ BOYUTLU BAĞLANMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Karşımdaki insanlar benim kadar değerli değiller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Birisiyle çok fazla samimi olduğumda sorun çıkabileceğinden kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Karar alırken kimseyi önemsemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sorunu olan birisini gördüğümde kendimi onun yerine koyabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Başkalarının benim kadar değerli olduklarını düşünmüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	İnsanlardan ne kadar uzak dursam o kadar az üzülürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ebeveynimle (anne, baba veya benim bakımı üstlenen bir başkası) iyi anlaşıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	İnsanlardan uzak duruyorum çünkü bana acı çektirebilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bir sorun varsa bunun kaynağı genelde karşımdakilerin sorunlu olmasıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kendimi mutlu bir insan olarak tanımıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Duygusal ilişki yaşadığım kişinin beni gerçekten sevmediğini düşünerek kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Yalnızca kendime değer veririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Başkalarının üzüntülerini anlayabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Duygusal ilişkilerden uzak duruyorum çünkü terk edilmek istemiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	İnsanların görüşleri benim için önemsizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ebeveynlerime (anne, baba veya benim bakımı üstlenen bir başkası) genelde kırıcı sözler söylemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	İnsanlardan ne kadar uzak dursam o kadar mutlu olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Başkaları çok da umurumda değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ölçekte ters madde bulunmamaktadır.

Güvenli Bağlanma Stili

: 4, 7, 10, 13, 16

Kaçınan Bağlanma Stili

: 1, 3, 5, 9, 12, 15, 18

Kaygılı-Kararsız Bağlanma Stili

: 2, 6, 8, 11, 14, 17

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-soyadı:

Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

Doğum tarihi:

Yaşadığı yer:

Cep no:

Medeni durum: 1.Evli 2.Partneri var 3.Bekar 4.Dul 5.Boşanmış

Eğitim: 1.Yok 2.Okur yazar 3.İlköğretim 4.Lise mezunu 5.Yüksekokul-
Üniversite mezunu

Eğitim yıl olarak:

Meslek: 1.Memur 2.İşçi 3.Esnaf-Tüccar 4.Ev hanımı 5.Öğrenci 6.Çiftçi
7.Emekli 8.Yok

Çalışma durumu: 1.Halen çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.Hiç çalışmamış

Ekonomik gelir durumu: 1. Düşük 2.Orta 3.İyi

Kaç yıldır psikiyatrik tedavi görüyor:

Mevcut psikiyatrik tedavisi:

Beden görünümünü etkileyen fiziksel tanı:

Komorbid Psikiyatrik Tanı:

Vücut Kitle İndeksi: