

13. Bailine S, Kremen N, Kohen I, Linder H, Schwartz GJ, Mogilner AY, et al. Bitemporal electroconvulsive therapy for depression in a Parkinson disease patient with a deep-brain stimulator. *J ECT*. 2008;24:171-172.
14. Epstein CM, Evatt ML, Funk A, Girard-Siqueira L, Lupei N, Slaughter L, et al. An open study of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression with Parkinson's disease. *Clin Neurophysiol* 2007;118:2189-2194.
15. Takeshita S, Kurisu K, Trop L, Arita K, Akimitsu T, Verhoeff NP. Effect of subthalamic stimulation on mood state in Parkinson's disease: evaluation of previous facts and problems. *Neurosurg Rev* 2005;28:179-186.
16. Modigh K. Electroconvulsive shock and post-synaptic catecholamine effects: increased psychomotor stimulant action of apomorphine and clonidine in reserpine pretreated mice by re-peated ECS. *J Neural Transm* 1975; 36:19-32.

Ergenlikte başlayan cinsel kimlik bozukluğu: Bir olgu sunumu

Mehmet F. CEYLAN,¹ Esra GÜNEY,¹ Elvan İŞERİ,² Şahnur ŞENER²

ÖZET

Cinsel kimlik bozukluğu (CKB), kişinin biyolojik cinsiyeti veya cinsel rolünden sürekli bir şekilde rahatsızlık duyması ile belirli bir klinik durumdur. Bu yazıda, CKB belirtileri ergenlik çağından sonra başlayan, 15 yaşında olan bir kız hasta sunulacaktır. Çocukluk çağı boyunca kronik olarak travmaya uğrayan bu kız hastada ergenlikten itibaren cinsel kimliğinde değişme ve aile içi dinamiklerin cinsel kimlik gelişimi üzerindeki belirleyici etkisinin vurgulanması amaçlanmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:83-86)

Anahtar sözcükler: Cinsel kimlik bozukluğu, geç başlangıç, travma, kız, ergen

Gender identity disorder beginning at adolescence: A case report

ABSTRACT

Gender identity disorder (GID) is a clinical condition characterized by a persistent feelings of discomfort with one's biological sex or the gender role of one's sex. In this report a case of GID in a 15 years old female, whose symptoms begin after puberty was discussed. It was aimed to explain the situation of the girl in which gender identity changes through adolescent period who has chronic trauma throughout childhood and the characteristic effects of the family dynamics on the development of sexual identity. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 11:83-86)

Key words: gender identity disorder, late onset, trauma, female, adolescent

GİRİŞ

Cinsel kimlik bozukluğu (CKB), kendi cinsiyetinden rahatsız olma, karşı cinsten olma isteği veya ısrarlı bir biçimde karşı cinsiyetle özdeşim kurma ile seyreden bir klinik durumdur.¹ CKB'nin etiyolojisinde biyolojik ve kalıtsal etkenler suçlanmakla birlikte, psikodinamik ve sosyal öğrenme kuramları üzerinde daha sık durulmaktadır.² Gelişimin kritik evrelerinde çocuğun karşı cinsiyetteki anne-babasına odaklanarak karşı cinsle özdeşim kurduğu şeklindeki kuramların yanı sıra,² bu çocuklarda ayrılık anksiyetesi ve özdeşim güçlükleri yaşandığını bildiren yayınlar da bulunmaktadır.^{3,4} Anne-babanın karşı cinsle

özgü davranışları desteklemesinin de CKB'ye yol açabileceği belirtilmektedir. Karşı cinsle özgü rol davranışları üç-beş yaşlarında başlamakta ve ergenlik döneminde sürekli bir kişilik özelliği haline almaktadır.⁵ Bizim olgumuzda ise, çocukluk çağında cinsel kimliğiyle ilgili sorun yaşamayan kız hastanın, puberte sonrasında cinsel kimlik bozukluğu belirtileri yaşadığı görülmektedir. Bu olgudan yola çıkarak biyolojik gelişimden bağımsız olarak çevresel stres etkenlerinin ve aile içi dinamiklerin kızlarda cinsel kimlik gelişimi üzerindeki belirleyici etkisinin vurgulanması amaçlanmıştır.

¹ Arş.Gör.Dr., ² Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Dr. Mehmet Fatih CEYLAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara/Türkiye

E-mail: mehmetfeylan@yahoo.com

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:83-86

84 Ergenlikte başlayan cinsel kimlik bozukluğu: Bir olgu sunumu

OLGU

On beş yaşında, lise birinci sınıf öğrencisi kız hasta, saçlarını kısa kestirme, sürekli pantolon ve gömlek giyme isteği; etek, külotlu çorap, sütyen gibi kızlara özgü kıyafetleri giymeme nedeniyle anne tarafından kliniğimize getirildi. Anneden alınan bilgiler doğrultusunda hastanın son iki yıldır daha çok erkek arkadaşlarıyla zaman geçirdiği öğrenildi. Anneden alınan bilgi-ye göre, son bir yıldır belirginleşen yaşamdan zevk almama, neşesizlik-keyifsizlik, içine kapanma, konsantrasyon bozukluğu yakınmaları varmış. Bu süreçte bir kez intihar girişimi olmuş. Yedinci sınıfa kadar ders başarısının iyi olması-na karşın, son iki yıldır ders başarısı giderek düşmüş.

İl dışında yaşamaları nedeniyle hasta ile dört haftalık aralarla üç kez görüşme yapıldı. İlk görüşmede kıyafet ve arkadaş tercihlerinden konuşmak istemediği gözlemlendi. Anne ve baba arasında sık sık tartışma yaşandığını ve annenin

babadan fiziksel şiddet gördüğünü söylüyordu. Hasta, babasının altı yaşından beri kendisini haftada en az bir kez dövdüğünü belirtti. Bu fiziksel istismar nedeniyle bedeninde zaman zaman morluklar da olduğu, bu yüzden o dönemlerde okula gitmek istemediği öğrenildi. Özellikle, on yaşında iken bir kez babasının ayaklarının altına tırtılda ile deldiğini, bu olayın yineleyen bir biçimde gözünde canlandı-ğını belirtiyordu. Hasta babası tarafından cinsel istismara uğramamış, ancak annesi tarafından ablalarının babası tarafından cinsel istismara uğradığı, bu nedenle kendisinin de dikkatli olması gerektiği bildirilmiş. Büyüyünce polis olmak ve annesini bu yaşamdan kurtararak, babasına muhtaç olmadan annesiyle birlikte yaşamak istiyordu. Yaşamı yaşamaya değer bulmadığını, fakat öldüğü takdirde annesinin yalnız kalacağını, bu yüzden intihar etmeyi düşünmediğini söylüyordu. Anneyle her sorununu paylaştığını ve annesiyle birlikte aynı yatakta yattığını belirtti.

Hasta ikinci görüşmesinde puberteden sonra son iki yıldır kendisini erkek gibi hissettiğini, bu nedenle erkek arkadaşları gibi giyinmeyi tercih ettiğini ve isminin 'Baran' olmasını istediğini belirtiyordu. Bu duruma annesinin ve ablalarının üzüldüğünü, ancak kendisini böyle daha mutlu hissettiğini belirtti. Babanın hastanın erkek cinsiyet tercihinden haberi yokmuş, ancak kıyafet tercihinden rahatsız oluyormuş. Erkek cinsiyette olduğunu hayal etmekten keyif aldığını, göğüslerinin görünmesini istemediği için sütyen takmadığını belirtiyordu. Hiç cinsel deneyiminin olmadığı ve masturbasyon yapmadığı öğrenildi. Hasta komşusunun kızından hoşlanmış, ancak konuşmak veya yakınlaşmak için herhangi bir girişimi olmamıştı.

Hastanın yapılan fiziksel muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Adetleri düzenli, hormonal tetkikleri normaldi.

Özgeçmiş: Gelişim dönemlerini zamanında tamamlamıştı. Okul döneminde okula gitmede, anneden ayrılmada herhangi bir sorun yaşamamış ve puberte öncesine kadar cinsiyetine uygun giysileri tercih edip kız arkadaşlarıyla oynamaktan hoşlanıyormuş.

Aile öyküsü: Anne 53 yaşında, ilköğretim mezunu, ev hanımı. Majör depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarıyla psikiyatrik takip altındaymış. Baba 57 yaşında, ilköğretim mezunu, emekli işçi. Daha önce şizofrenik bozukluk ve alkol bağımlılığı nedeniyle izlenmiş, fakat eşinden alınan bilgiye göre ilaçlarını kullanmıyor ve tedaviyi ret ediyormuş. Hastadan alınan bilgiye göre, düzensiz bir aile yaşantıları varmış. Baba

Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:83-86

eşine ve çocuklarına şiddet uygulayabiliyor ve aile bireylerinin gereksinimleriyle ilgilenmiyormuş. Çocuklar, babanın kendilerine uyguladığı istismardan dolayı gerekmedikçe babayla konuşmuyorlarmış. Anne de bu süreçte çoğu zaman depresyonda olduğu için çocuklarına yeterli desteği veremiyormuş. Hastanın 32 ve 28 yaşlarında evli iki ablası varmış. Anne, biri 18, diğeri 17 yaşında evlenen ablaların 14 yaşlarından itibaren babaları tarafından cinsel bölgelelerine dokunma ve okşama şeklinde cinsel istismara uğradıklarını ve zaman zaman da fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, bu nedenle erken yaşlarda evlenmeyi tercih ettiklerini iddia etti. Anne, babanın psikiyatrik hastalığı nedeniyle yaptığı yanlış olduğunun farkında olmadığını belirtti. Ancak bu süreçte kızlarını ve kendisini korumak için iki kez çocuklarıyla birlikte evden ayrıldığını, eşinin gelmedikleri takdirde kendisini ölümle tehdit ettiği için tekrar eşinin yanına dönmek zorunda kaldığını belirtti.

Psikiyatrik muayene ve izlem: Ruhsal durum muayenesinde bebeksi yüzlü erkek görünümünde, kısa saçlı kız hastanın giyiminin erkeksi kıyafetlerden oluştuğu, göğüslerini öne eğik postural duruşu ile gizlemeye çalıştığı dikkat çekti. Düşünce içeriğinde babaya yoğun öfke ve kendi cinsiyetinden yaşadığı rahatsızlığa yönelik yoğun uğraşları vardı. Duygudurumu disforikti. Özellikle babasından söz edince yoğun ruhsal sıkıntı yaşıyordu. Hastanın ruhsal muayenesi ve psikiyatrik testler sonucunda cinsel kimlik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresif bozukluk tanıları kondu. TSSB ve depresyon belirtilerine yönelik olarak essitalopram

Ceylan ve ark. 85

10 mg/gün başlandı. İlk görüşmeden sonra ikinci ve üçüncü görüşmelerde göz teması ve iletişimi arttı. Babası psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirildi, ancak iç görüşünün olmaması nedeniyle psikiyatriye başvurmadi. Destekleyici ve olumlu model olmayı amaçlayan terapötik görüşmeler yapıldı. Hastanın 12 haftalık takibinde depresif yakınmalarında azalma olmakla birlikte, cinsel kimliği ilgili duygu ve algılamalarında belirgin bir değişiklik saptanmadı.

TARTIŞMA

Çocuklarda cinsel kimlik gelişimini inceleyen araştırmalara göre erkeklerde (6-30/1) daha sık görülmektedir ve bu nedenle kliniklerde kız çocuklarla ilgili çok az araştırma yapılabilmektedir.⁶ ÇKB'de psikososyal düzenekler gözden geçirildiğinde, az sayıda örneklem olmakla birlikte ÇKB olan kızlarda annelerinin genelde depresif ve

yetersiz olduklarını, kızların anneyi tedavi etmekle yükümlü koca rolüne büründüklerini bildiren yayınlar vardır.⁷ Bu olguda da anne, babadan sürekli şiddet gören, çaresiz bir konumdaydı. İki ablası gerek fiziksel, gerekse birkaç kez olan cinsel istismardan dolayı erken yaşta evlenerek bir tür baskılardan kurtulma çabası göstermiştir. Hasta annesini mutlu edebilecek bir tek kendisinin kaldığını düşünüyordu. Evde adeta, hiç yüzü gülmemiş annesini farkında olmadan bu yaşamdan kurtarmaya çalışan vekil koca rolüne bürünmüştü. Hastanın annesi ve ablaları gibi sürekli ezilen, istismar edilen bir cinsiyet karakterindense, daha güçlü erkek modelini benimsediği görülmektedir. Erkek cinsel kimliğini benimserken 'polis' olmak iste-mesi kendisini ve annesini koruyabileceği daha güçlü bir meslek olarak düşünmüş olabileceğini gösterebilir. Ailede annenin babanın baskı ve şiddetine boyun eğme tarzının ve çocuklarını yeterince koruyamaması nedeniyle erkek cinsi-

yetin daha güçlü algılanmasına yol açmıştır; annenin cinsiyeti hasta için uygun bir özdeşim modeli olamamıştır. Anne-baba rolündeki aksaklıkların çocuğun cinsel kimliğini etkilemesi kaçınılmazdır.⁸ Bazı annelerin erkek çocuk istedikleri ve bunu kız çocuklarına hissettirdikleri belirtilmektedir.⁹ Bu olguda da iki kız çocuğundan sonra doğan üçüncü çocuğun erkek olması istenmiş olabilir. CKB'de psikososyal özelliklerin yanı sıra, yapısal yatkınlığın da önemli olduğu düşünülmektedir. Bu olguda CKB'nin biyolojik düzeneklerden çok, yukarıda belirttiğimiz uzun yıllar süren psikososyal stres etkenlerinden dolayı geç başladığını düşünmekteyiz.

Ergenlik sürecinde gözlenen cinsel kimlik bozukluğunun daha kalıcı olma eğiliminde olduğu ve çocukluk formundan çok, erişkin form cinsel disforiye benzediği bildirilmektedir.² Bu olgunun da CKB yönünden tedaviye dirençli olduğu dikkati çekmiştir. CKB'de biyolojik cinsiyet kusuru yoktur.⁷ Bu nedenle ayrıntılı bir öykü alınması ve organik nedenlerin (özellikle interseks durumlarının) atlanmaması gerekir. CKB olanlar asek-

süel, homoseksüel veya heteroseksüel olabilir. Kız çocukların erkeklere göre homoseksüelliğe daha az yöneldiği bildirilmektedir.⁷ Bu olguda herhangi bir cinsel eylem bulunmuyordu.

Travmanın uzun dönemde en önemli ruhsal sonucu TSSB gibi görünmektedir.¹⁰ Travmalı yaşantı karşısında kişi korku ve çaresizlikle tepki verir, aynı olayı sürekli yaşar ve travmayı anımsamaktan kaçınmaya çalışır.¹¹ Bu hastada gelişen CKB, bir tür travmadan kaçınma düzeneği olmuştur. Aynı zamanda böyle bir bildirim olmakla birlikte, ablaları gibi ileride olası cinsel saldırılardan, güçlü erkek modelini benimseyerek korunabileceğini düşünmüş olabilir. Kızlarda cinsel kimlik bozukluğu başlangıçtan itibaren travma, şaşkınlık, zihinsel karmaşa ve bunlardan kaynaklanan acıya karşı bir savunmanın çözümüdür.¹² Bu olguda puberte sonrasında CKB oluşmasında aile içi dinamiklerin özellikle de hastanın kendisine, annesine ve ablalarına uygulanan travmanın hastalığın etiolojisinde önemli rol oynadığı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed., Text Revision (DSM-4-TR), Washington DC, APA, 2000.
2. Carroll RA. Assessment and Treatment of Gender Dysphoria. L. Rosen (Ed.), Principles and Practice of Sex Therapy, third ed., New York, The Guilford Press, 2000, p.368-397.
3. Coates S, Person ES. Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder? J Am Acad Child Psychiatry 1985; 24:702-709.
4. Erermiş S, Tamar M, Denizoglu A, Aras Ş, Musabali S, Aydın C. Cinsel kimlik bozukluğu tanısı almış çocuk ve ergenlerde sosyodemografik, klinik ve psikometrik özellikler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 1997; 4:97-104.
5. Canat S. Cinsel kimlik bozuklukları. F Çuhada-roğlu (Ed.), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008, s.534-539.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Cinsel kimlik bozuklukları. E Abay (Çev. Ed.), Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2004, s.267-271.
7. Green R. Gender identity disorders. JS Sadock, VA Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, eighth ed., Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005, p.1979-1990.
8. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. Yirminci baskı, İstanbul, Özgür Yayınları, 1996, s.231-246.
9. Fenichel D. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. S Tuncer (Çev.), İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası, 1974.
10. Lapp KG, Bosworth HB, Strauss JL, Stechuchak KM, Horner RD, Calhoun PS, et al. Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. Mil Med 2005; 170:787-790.
11. Pine DS, McClure EB. Anksiyete bozuklukları klinik özellikleri. JS Sadock, VA Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, eighth ed., H Aydın, A Bozkurt (Çev. Eds.), Ankara, Güneş Kitapevi, 2007, s.1775-1777.
12. Çöpür M, Tuna S. Transseksualizm. Psikiyatri Bülteni 1996; 4:88-93.

86 Ergenlikte başlayan cinsel kimlik bozukluğu: Bir olgu sunumu

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:83-86