T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TRİKOTİLLOMANİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

DİLAN ALTINMAKAS

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ HASAN DEMİRCİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ARALIK/2024

İTHAF

“Canım anneme ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez yolcuğum boyunca akademik bilgisi, anlayışı ve desteğiyle yanımda olan ve sürecin her aşamasında kendisinden çok şey öğrendiğim kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Demirci'ye,

Çalışmamın veri toplama süreci başta olmak üzere değerli bilgileriyle yardımcı olan Doç. Dr. Efruz Pirdoğan Aydın'a ve yüksek lisans sürecimiz boyunca desteğini esirgemeyen ana bilim dalı başkanımız Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na,

Tez sürecim de dahil olmak üzere, hayatım boyunca attığım her adımda bana güç kaynağı olan sevgili aileme, babam Levent Altınmakas'a, abim Özgün Ozan Altınmakas'a, benim için bir abla olmuş Funda Altınmakas'a ve teyzem Mecbure Çelebi'ye,

Benim kendime inanmadığım anlarda bile bana inanan, her zaman yanımda olan biricik yol arkadaşım Ozan Tekiner'e,

Bu yorucu yolculuğu gösterdikleri destek ve anlayışla daha keyifli kılan arkadaşlarıma,

Çalışmama katılan, kıymetli deneyimlerini benimle paylaşan tüm katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ viii
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ÖZET xi
ABSTRACT xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. TRİKOTİLLOMANİ 5
2.1.1. Tanım ve Tarihçe 5
2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma 6
2.1.3. Epidemiyoloji 8
2.1.4. Başlangıç Yaşı 9
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım 9
2.1.6. Etiyoloji 10
2.1.6.1. Genetik faktörler: 10
2.1.6.2. Nöroanatomik faktörler: 10
2.1.6.3. Nöropsikolojik faktörler: 11
2.1.6.4. Davranışsal faktörler: 12
2.1.6.5. Psikanalitik görüşler:. 13
2.1.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar 13
2.1.8. Klinik Özellikler 14
2.1.9. Tedavi 16
2.1.9.1. Psikofarmakolojik müdahaleler: 16
2.1.9.2. Psikoterapötik müdahaleler: 18
2.2. DAMGALAMA 19
2.2.1. Damgalamanın Tarihçesi ve Tanımı 19
2.2.2. Damgalama Türleri 20
2.2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma 21
2.2.4. Trikotillomani ve İçselleştirilmiş Damgalanma 22
2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ 26

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM 26
3.3. UYGULAMALAR 26
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 27
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu 27
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği 27
3.4.3. Massachusetts Genel Hastane (MGH-SY) Saç/Kıl Yolma Ölçeği 27
3.4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği 28
3.4.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 28
3.5. VERİ ANALİZİ 29
4. BULGULAR 30
4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ 30
4.1.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi 30
4.1.2. TTM Grubunun Klinik Özellikleri 31
4.2. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNUN ÖLÇEK PUANLARININ İNCELENMESİ 34
4.3. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 35
4.4. TRİKOTİLLOMANİ VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 39
4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 40
4.5.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları 40
4.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri 44
5.TARTIŞMA 48
5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 48
5.2. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 49
5.3. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ 50
5.4. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 51
5.5. TRİKOTİLLOMANİ VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 53
5.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 55
5.7. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMAYI YORDAYAN DEĞİŞKENLER 59
5.8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 61
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 62
KAYNAKÇA 63
EKLER 71

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Trikotillomani ve kontrol gruplarının sosyo demografik özelliklerinin incelenmesi 30

Tablo 4.2: Trikotillomani grubunda hastalığın süresi ve şu an alınmakta olan tedaviler ... 31

Tablo 4.3: Trikotillomani grubunun saç yolma sebepleri 31

Tablo 4.4: Trikotillomani grubunda yolma davranışını başlatan faktörler ve tetikleyici unsurlar 32

Tablo 4.5: Trikotillomani grubunda yolunan vücut bölgeleri ve yolunan bölge sayısı 33

Tablo 4.6: Trikotillomani grubunun günlük saç yolma sıklığı, günlük yolma süresi ve yolma zamanı 34

Tablo 4.7: Trikotillomani grubunun MGH-SY ve RHİDÖ değerlendirme sonuçları 35

Tablo 4.8: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların medeni duruma göre karşılaştırılması 36

Tablo 4.9: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların gelir düzeyine göre karşılaştırılması 36

Tablo 4.10: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların eğitim süresine göre karşılaştırılması 37

Tablo 4.11: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların ailede psikiyatrik hastalığın varlığına göre karşılaştırılması 38

Tablo 4.12: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların bedensel hastalığın varlığına göre karşılaştırılması 39

Tablo 4.13: Beck Depresyon ve COPE-R ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması ... 40

Tablo 4.14: Değişkenler arasındaki korelasyon analizi 42

Tablo 4.15: Trikotillomani grubunda BDÖ ve COPE-R'den alınan puanlar ile yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, günlük saç yolma sayısı ve günlük yolma süresi arasındaki ilişki 43

Tablo 4.16: Trikotillomani grubunda MGH-SY ve RHİDÖ'den alınan puanlar ile yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, günlük saç yolma sayısı ve günlük yolma süresi arasındaki ilişki 44

Tablo 4.17: RHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi 45

Tablo 4.18: RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğine etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi 46

Tablo 4.19: RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi 46

Tablo 4.20: RHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi 47

Tablo 4.21: RHİDÖ toplam puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi 47

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACT : Kabul ve Kararlılık Terapisi

ATÇE : Alışkanlığı Tersine Çevirme Terapisi

BB : Bipolar Bozukluk

BDB : Beden Dismorfik Bozukluğu

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

BOTD : Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranışlar

COPE-R : Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

DBT : Diyalektik Davranışçı Terapi

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı- 5)

DYB : Deri Yolma Bozukluğu

TTM : Trikotillomani

MDB : Majör Depresif Bozukluk

MKT : Metakognitif Terapi

MGH-SY : Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

NAC : N-Asetil Sistein

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKİB : Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar

RHİDÖ : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

SSRI : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TRİKOTİLLOMANİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı trikotillomani (TTM) hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, DSM-5 tanı kriterlerine göre TTM tanılı 34 hasta ile 34 sağlıklı kontrol alındı. TTM ve kontrol gruplarına Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) uygulandı. TTM grubuna ek olarak Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) de verildi.

Bulgular: TTM hastalarının COPE-R-kendine yardım alt ölçeğinden aldığı puan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük, COPE-R sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt ölçeklerinden aldığı puan ise anlamlı yüksek çıkmıştır. TTM hastalarının COPE-R-uyum sağlama puanları ile RHİDÖ-algılanan ayrımcılık puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. COPE-R-sakınma-kaçınma ile RHİDÖ-toplam puan, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık alt ölçeklerinden alınan puan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. COPE-R kendine ceza puanı ile RHİDÖ-toplam puan, yabancılaşma, sosyal geri çekilme puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda MGH-SY puanının, RHİDÖ-toplam puan, yabancılaşma, sosyal geri çekilme alt ölçek puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir. COPE-R sakınma-kaçınma puanının, RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması puanını anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Sonuç: TTM grubunun stresörler karşısında uyumsuz (maladaptif) başa çıkma tutumlarını kontrol grubuna göre daha çok kullandığı ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça uyumsuz başa çıkma tutumlarına daha çok başvurduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlar, TTM tanılı kişilerin hastalıklarına dair düşüncelerine ve başa çıkma tutumlarına daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Başa Çıkma Tutumları, İçselleştirilmiş Damgalanma, Trikotillomani

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INTERNALIZED STIGMA AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH TRICHOTILLOMANIA

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the relationship between internalized stigma and coping strategies in individuals with trichotillomania (TTM).

Materials and Methods: The study included 34 patients diagnosed with TTM according to the DSM-5 criteria and 34 healthy controls. The TTM and control groups were administered the Sociodemographic Data Form, the Beck Depression Inventory (BDI), the Massachusetts General Hospital Hair-Pulling Scale (MGH-HPS), R-COPE. In addition, the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was given to the TTM group.

Results: The TTM patients scored significantly lower than the control group on the R-COPE self-help subscale, while they scored significantly higher on the R-COPE avoidance and self-punishment subscales. A significant negative relationship was found between the R-COPE accommodation and the ISMI discrimination experience score. A positive significant relationship was found between R-COPE avoidance and the ISMI total score, stereotypes endorsement, and discrimination experience subscales. A positive relationship was also found between the R-COPE self-punishment score and the ISMI total score, alienation, and social withdrawal subscales. Additionally, the MGH-HPS score significantly predicted the ISMI total score, alienation, and social withdrawal subscale scores. The R-COPE avoidance score was also found to significantly predict the ISMI stereotypes endorsement score.

Conclusion: The TTM group was found to use maladaptive coping strategies more frequently in response to stressors compared to the control group, and as their internalized stigma levels increased, they tended to adopt more maladaptive coping strategies. These results suggest that greater attention should be paid to the thoughts and coping straategies of individuals with TTM regarding their illness.

Key Words: Coping Strategies, Internalized Stigma, Trichotillomani

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Saç yolma bozukluğu olarak da adlandırılan Trikotillomani (TTM), sıklıkla çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan, kişinin kendi saçını/kılını tekrarlayıcı biçimde yolması ile karakterize, zamanla gözle görülür derecede saç/kıl kaybına neden olan ve işlevsellikte bozulma ile sonuçlanan psikiyatrik bir hastalıktır (1). Yakın zamana kadar TTM'nin nadir görülen bir hastalık olduğu düşünülmüştür ancak güncel araştırmalar hastalığın tahmin edilenden daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. TTM'nin tahmini yaşam boyu yaygınlığının %0.5 ile %3.4 arasında olduğu tahmin edilmektedir (2,3). Yakın dönemde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, yaşam boyu saç yolma davranışı %18,9, şu andaki saç yolma davranışı %10 oranında bulunmuştur. DSM-5 tanı kriterleri temel alınarak hazırlanan sorulara göre şimdiki TTM tanısı %2.3 oranında saptanmıştır (4). Bununla birtikte TTM hastalarının saç yolma davranışından ve dış görünüşlerinde oluşan değişimden duydukları utanç ve sıkıntı, gerçek yaygınlığın ölçülmesine engel olmaktadır (2).

TTM uzun süre önce fark edilen ve tanımlanan tıbbi bir durum olsa da resmi olarak psikiyatrik sınıflandırma sistemine dahil edilmesi, yakın bir zamanda gerçekleşmiştir. TTM şuanda, Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı 5. baskısında (DSM-5) Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Deri Yolma Bozukluğu (DYB), Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) ve Biriktiricilik Bozukluğu ile birlikte "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" (OKİB) başlığı altında sınıflandırılmaktadır (1). Tekrarlayan düşünce ve davranış örüntüsüyle karakterize olmaları, davranışları engellemekte zorlanmaları ve semptomatik olarak birbirleriyle ilişkili olmaları sebebiyle OKB ve TTM arasında bir bağlantı olduğu düşünülmektedir (1,5). Tekrarlayan biliş ve davranış kalıplarıyla karakterize edilen OKB ve tekrarlayan saç yolma davranışlarını içeren TTM, DSM-5'te OKİB olarak kategorize edilmiştir (6).

Trikotillomani, bireylerin günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen belirgin klinik özellikler ile karakterizedir. Hastalar genellikle vücutlarındaki birden fazla bölgeyi yolmaktadır ve gün içerisinde birkaç kez yolma davranışı göstermektedir. Yaygın yolma bölgeleri arasında sırasıyla kafa derisi, kaşlar, kirpikler, sakal, kol, bacak, koltuk altı ve kasık bölgesinin olduğu görülmektedir (7). Yolmanın tekrarlayıcı olması, uzun vadede olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Saç yolma sebebiyle ortaya çıkan utanç, çaresizlik ve

hayal kırıklığı gibi duygular, kişileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra bireylerin saç yolma deneyiminde yalnız olduklarına dair inançları, sosyal ortamlardan ve tedavi arayışından kaçınmalarına sebep olmaktadır (8). TTM tanısı almış kişilerde fiziksel görünümlerinde oluşan değişiklik sonucu düşük benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve kendini çekici hissetmeme de gözlemlenmektedir. Bu durum, saç dökülmesini şapkalar, peruklar, eşarplar, gözlükler ve makyaj gibi yöntemlerle gizlemelerine sebep olmaktadır (7,9). Özetle saç yolma, hastaların sosyal, mesleki ve akademik hayatlarında çeşitli zorluklarla karşılaşmalarına sebep olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ortaya çıkan stres ve olumsuz duygulanım bir kısır döngü yaratarak yolma davranışının şiddetlenmesine yol açmaktadır (10).

Psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerin yaşam kalitesini ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyen durumlardan biri de içselleştirilmiş damgalanmadır (11,12). TTM tanısı almış kişiler, psikiyatrik hastalığa sahip olmanın yanı sıra dış görünüşlerinde oluşan değişim sebebiyle de damgalanma riski taşımaktadır. Bunun en önemli sebeplerinden biri, saçın tarih boyunca insan görünümünün önemli bir parçası olarak kabul edilmesidir. Birçok kültürde saç, güzelliğin, gençliğin ve sağlığın sembolü olmuş, insanların birbirini tanıma sürecinde kolaylık sağlamıştır. Saça atfedilen anlam, saç dökülmesi yaşayan bireylerin kendilerine yönelik algılarını ve toplumun saç kaybı yaşayan kişilere yönelik düşüncelerini etkilemektedir (13). Ağırlıklı olarak alopesi hastalarıyla yapılan çalışmalar, saç kaybının hem içselleştirilmiş damgalanmaya hem de toplumsal damgalamaya sebep olduğunu göstermektedir (14). TTM tanısı almış kişilerle yapılmış bir çalışma sonucunda da, şiddetli saç dökülmesinin hafif saç dökülmesine kıyasla daha fazla sosyal reddedilme ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (15).

Alanyazın incelendiğinde, TTM hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak TTM'nin psikiyatrik bir hastalık olması, TTM tanısı almış kişilerin kendi saçlarını yolma dürtüleri ve fiziksel görünümlerinde oluşan değişim sebebiyle TTM'nin damgalayıcı bir hastalık olabileceği varsayılmıştır (7,16). TTM'nin damgalayıcı bir hastalık olabileceğine yönelik varsayım, TTM tanısı almış kişiler ve bu kişilerin aileleriyle yapılan nitel araştırmalara dayanmaktadır (7,16,17).

Başa çıkmaya yönelik ilk tanımlardan birini Folkman ve Lazarus yapmıştır (18). Bu tanıma göre başa çıkma, bireyin stresli durumlarla karşılaştığında kullanabileceği

bilişsel ve davranışsal çabaları ifade etmektedir. Başa çıkma tutumları, aktif başa çıkma ve pasif başa çıkma olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. Aktif başa çıkma, stres yaratan durumun fiziksel, psikolojik veya sosyal zararlarını en aza indirmek için başvurulan yöntemleri içermektedir. Pasif başa çıkma ise stres kaynağından uzaklaşma çabasını ifade etmektedir. Bu sebeple aktif başa çıkma tutumları uyuma yönelik (adaptif), pasif olanlar ise uyuma yönelik olmayan (maladaptif) olarak değerlendirilmektedir (19). Adaptif ve maladaptif başa çıkma stratejileri, psikiyatrik hastalık tanısı almış kişiler tarafından hastalığın yol açtığı olumsuzlukları en aza indirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. Kullanılan başa çıkma tutumları ile aynı zamanda reddedilmekten kaçınmak da hedeflenmektedir. Bir diğer deyişle, psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerin hem semptomları yaşamanın zorluğuyla hem de hastalığın kişisel yaşamları ve sosyal rolleri üzerindeki etkisiyle başa çıkmaları gerekmektedir (20,21). Alanyazın incelendiğinde TTM tanısı almış kişilerde başa çıkma tutumlarının incelendiği çok az sayıda çalışmayla karşılaşılmıştır. Jenkins (2024)'in yaptığı güncel bir araştırmada, katılımcıların saç yolma davranışını yönetmek için problem odaklı, duygu odaklı ve anlam odaklı stratejileri kullandığı görülmektedir (22).

Alanyazın incelendiğinde, psikiyatrik hastalığı olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve kullanılan başa çıkma stratejilerinin, bu kişilerin iyi oluş hali ve tedavi süreci üzerinde etkili olduğu görülmektedir (11,23). Bununla birlikte, literatüre bakıldığında TTM tanısı almış kişilerde içselleştirilmiş damgalanma ve başa çıkma tutumlarına dair bilgi sunan kapsamlı bir araştırmanın olmadığı görülmektedir. Alanyazındaki eksiklik göz önüne alınarak yapılan bu çalışmada, TTM tanısı almış kişilerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda depresyon, hastalık şiddeti, içselleştirilmiş damgalanma ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. TTM tanısı almış yetişkinlerin sağlıklı kontrol grubuna göre uyumsuz (maladaptif) başa çıkma stratejilerini daha fazla kullanacağı öngörülmektedir.
2. TTM tanısı almış yetişkinlerde, içselleştirilmiş damgalanma ile uyumsuz başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönlü bir ilişki olacaktır.

3. TTM tanısı almış yetişkinlerde hastalık şiddeti arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyi artacaktır.
4. TTM tanısı almış yetişkinlerde hastalık şiddeti ile uyumsuz başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönlü bir ilişki olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TRİKOTİLLOMANİ

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Trikotillomani (TTM, Saç Yolma Bozukluğu), kişinin saçını/kılını tekrarlayıcı biçimde yolması ile karakterize, zamanla belirgin derecede saç/kıl kaybına neden olan ve işlevsellikte bozulma ile sonuçlanan psikiyatrik bir hastalıktır (1). Saç yolma davranışı yüzyıllar boyunca gözlemlenmiş, çeşitli kültürlerde, edebiyat ve tıp eserlerinde kendine yer bulmuştur. Bazı topluluklarda bu davranış, toplumun bir ritüeli ya da parçası olarak tanımlanmıştır (24). Örneğin eski dönemde Yunanlıların, arkadaşları veya akrabalarının cenazelerinde saçlarından bir tutam kopardıkları ve bu saçı, ölen kişinin bedeninin yanına koydukları bilinmektedir. Hindistan'daki Jain topluluğunda manastır mezhebinin üyeleri, acıdan uzaklaşmayı simgeleyen bir ritüel olarak kafa derilerindeki saçları yolmuşlardır. Bu toplulukta saç, keşiş ve rahibelerin iradelerini ifade edebilecekleri ve kişinin kafasındaki tüm saçların koparılmasına katlanarak dine bağlılığını gösterebileceği bir araç rolünü oynamıştır (8,24).

Saç yolma ile ilgili tıbbi kayıtlar ise eski Yunan hekim Hipokrat'a kadar uzanmaktadır. Hastalarıyla karşılaşmalarını ve değerlendirmelerini anlattığı kitaplarından biri olan Epidemics III'te Hipokrat, keder ve depresyon yaşarken saçlarını kaşıyıp yolan bir kadın hastayı tarif etmiştir (25). Bir diğer eseri Epidemics I'de ise hekimlerin genel sağlık muayenesinin parçası olarak hastaya 'saçını yolup olmadığını' sormasını tavsiye etmiştir (26).

Saç yolmanın uzun geçmişine rağmen TTM teriminin kullanımı, daha yakın bir zamana dayanmaktadır. Yunanca saç anlamına gelen "trich", yolma anlamına gelen "tillo" ve hastalık derecesinde dürtü anlamına gelen "mania"nın birleşiminden oluşan TTM, ilk kez 1889 yılında Fransız dermatolog François Henri Hallopeau tarafından saçlarını yolan bir adamın yolma davranışını tanımlamak için kullanılmıştır. Hallopeau, TTM'nin kaşıntı sebebiyle ortaya çıktığını ileri sürmüş ve yolma davranışını kaşıntıyı ortadan kaldırma girişimi olarak tanımlamıştır (26).

Bu bilgiler doğrultusunda, TTM'nin uzun bir süre önce fark edilen ve tanımlanan bir tıbbi durum olduğu görülmektedir. Ancak bu konuda yapılan araştırmaların artması ve TTM'nin resmi olarak psikiyatrik sınıflandırma sistemine dahil edilmesi, yakın bir zamanda gerçekleşmiştir.

2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma

Trikotillomani, 1987 yılında DSM-III-R'de "Başka Yerde Sınıflandırılamayan Dürtü Kontrol Bozuklukları" olarak yer alana kadar psikiyatrik sınıflandırma sistemine dahil edilmemiştir (2). DSM-III-R, DSM-IV olarak güncellendiğinde TTM; Patolojik Kumar Oynama, Piromani, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk ve Kleptomani ile birlikte "Başka Yerde Sınıflandırılamayan Dürtü Kontrol Bozuklukları" başlığı altında yer almaya devam etmiştir. Bununla birlikte DSM-IV'te bazı kriterlerde değişiklikler yapılmıştır. Bu değişikliklerden biri, B kriterinin "saç yolma öncesinde veya bu davranışa karşı koyma girişimi sırasında ortaya çıkan ve giderek artan gerilim hissi" olarak revize edilmesidir. Diğer bir değişiklik ise bozukluğun klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, mesleki ve diğer alanlarda işlevsellikte bozulmaya sebep olması şartını koyan E kriterinin getirilmesidir (27).

Aşağıda DSM-IV-TR'ye göre TTM tanı ölçütlerine yer verilmiştir (28):

A. Kişinin, fark edilir bir saç kaybı ile sonuçlanacak şekilde, tekrarlayıcı saç yolma davranışı sergilemesi

B. Saç yolma öncesinde veya bu davranışı engelleme girişimi sırasında ortaya çıkan ve giderek artan gerilim hissi

C. Saç yolarken haz alma ve rahatlama

D. Bu bozukluk, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve genel bir tıbbi duruma bağlı değildir (örn., dermatolojik bir durum)

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Trikotillomani, DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Deri Yolma Bozukluğu (DYB), Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) ve Biriktiricilik Bozukluğu ile birlikte "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" (OKİB) başlığı altında sınıflandırılmıştır (1). DSM-5'te sınıflandırmanın yanı sıra bazı kriterlerde de

değişiklikler yapılmıştır. Örneğin DSM-IV-TR'de saç yolma davranışı öncesinde veya sırasında hissedilen gerilimi ifade eden B kriteri, "saç yolmayı azaltma ya da durdurmak için tekrarlayıcı girişimler" olarak revize edilmiştir. Değiştirilen bir diğer ölçüt ise, saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama ifadesinin yer aldığı C kriteridir. Bu kriterlerin DSM-5'te revize edilmesinin sebebi, saç yolma öncesinde veya esnasında hissedilen gerilim ile saç yolma sonucu hissedilen rahatlamanın bu hastalığa sahip kişilerin tamamında görülmemesidir (29). DSM-IV-TR'de B ve C kriteri dışında kalan A, D ve E kriterleri ise değiştirilmemiş, bu ölçütler DSM-5'te de aynı haliyle yer almaya devam etmiştir. Son olarak DSM-5'te TTM'nin yanına "Saç Yolma Bozukluğu" terimi de eklenmiştir (27).

Aşağıda DSM-5'e göre TTM tanı ölçütlerine yer verilmiştir (1):

A. Saç yitimi ile sonuçlanacak biçimde kişinin yineleyici olarak saç yolması

B. Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri

C. Saç yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Saç yolma ya da saç yitimi başka bir sağlık durumuna (örn. dermatolojiyle ilgili bir durum) bağlanamaz.

E. Saç yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. beden algısı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özrü düzeltme girişimleri).

Saç yolmanın kompulsif doğası, istemsiz ve aşırı dürtülerin varlığı, dürtüyü kontrol edebilmenin zorluğu, yolma dürtüsüne karşı gösterilen direnç, olumsuz duyguların yolma davranışıyla birlikte azalıyor olması ve TTM tanısı almış kişilerin aile öyküsünde OKB'nin sık görülmesi sebebiyle TTM'nin "OKB ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılması gerektiği düşünülmüştür (27,30). OKİB, tekrarlayan düşünce ve davranışlarla karakterize olmaları ve davranışları engellemekte zorlanmaları sebebiyle semptomatik olarak birbirleriyle ilişkilidir (1). Aynı zamanda tekrarlayan yolma davranışı fenomenolojik olarak OKB'deki kompulsif davranışlara benzemekte ve bu davranışların inhibisyon süreçlerinin eksikliğinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (31).

Bununla birlikte TTM ile OKB arasında önemli farklılıklar da bildirilmiştir. OKB'de görülen düşünce-eylem birleşimi, aşırı sorumluluk duygusu ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı gibi bilişsel süreçlere TTM'de rastlanmamaktadır (32). OKB'deki kompulsiyonların aksine TTM'de saç yolma, obsesyonlara yanıt olarak değil; yorgunluk, gerginlik, can sıkıntısı gibi çeşitli tetikleyiciler sebebiyle ortaya çıkmaktadır. TTM'de bazı kişiler için saç yolma kısa vadede rahatlatıcı bir eylemken OKB'de kompulsiyonları yerine getirme zorunluluğu sıklıkla kişiye sıkıntı vermektedir. Bunların yanı sıra tedavi yöntemlerinde de farklılıklar söz konusudur. Örneğin TTM, Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ile tedaviye OKB'ye kıyasla daha az yanıt vermektedir. Bütün bu farklılıklar sebebiyle TTM'nin psikiyatrik sınıflandırması tartışma konusu olmaya devam etmektedir (7,27).

2.1.3. Epidemiyoloji

Yakın zamana kadar TTM'nin nadir görülen bir hastalık olduğu düşünülmüştür. Güncel araştırmalar ile birlikte tahmin edilenden daha yaygın olduğu fark edilmiştir. Ancak geniş ölçekli ve toplumsal temelli yapılan araştırmaların sınırlılığı sebebiyle TTM'nin çocuk ve yetişkin örneklemdeki gerçek yaygınlığı net olarak bilinememektedir. Belirleyici çalışmaların yetersiz olmasının yanı sıra hastaların yardım arama konusundaki isteksizliği, dış görünüşlerinde oluşan değişimden utanmaları, koparılan alanları göstermek istememeleri, tedaviye karşı gösterdikleri direnç ve yaygınlık çalışmalarının metodolojisindeki farklılıklar, gerçek yaygınlığın ölçülmesine engel olmaktadır (2,7,33).

Yetişkin örneklemdeki yaygınlık çalışmaları incelendiğinde, yaşam boyu yaygınlığın %0.6 ile %3.4 arasında değiştiği görülmektedir (3,34). Yakın dönemde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde yaşam boyu saç yolma davranışı %18,9, şu andaki saç yolma davranışı %10 oranında bulunmuştur. DSM-5 tanı kriterleri temel alınarak hazırlanan sorulara göre şimdiki TTM tanısının %2.3 oranında olduğu görülmüştür (4). Cinsiyet çalışmalarına bakıldığında ise çelişkili bulguların olduğu görülmektedir. TTM'nin kadınlarda daha yaygın görüldüğünü ileri süren çalışmaların yanı sıra cinsiyetler arası farklılık olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (3,34). Cinsiyetler arası farklılığa kadınların tedaviye daha fazla başvurmalarının ve erkeklerin saçlarını tıraş ederek yolma davranışını gizlemelerinin sebep olduğu ileri sürülmüştür (7). Yakın dönemde yapılan bir meta analiz çalışmasında ise özellikle DSM-5 tanı kriterlerine göre TTM tanısı alanlarda cinsiyetler arasında

yaygınlıkta bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (33). Çocuk/ergen örneklem ile yapılan cinsiyet çalışmaları incelendiğinde ise cinsiyet dağılım oranının eşit olduğu görülmektedir (35). Ancak yapılan çalışmalardaki örneklem küçüklüğü sebebiyle, kesin sonuçlar için hem çocuk hem yetişkin örneklemde yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2.1.4. Başlangıç Yaşı

Trikotillomani çoğunlukla erken ergenlik başlangıçlı olsa da her yaş grubunda ortaya çıkabilmektedir (3,36,37). Alanyazın incelendiğinde, başlangıç yaşına göre farklı gruplar oluşturularak değerlendirme yapıldığı görülmektedir (38–40). Bu gruplardan ilkini, okul öncesi dönemde başlayan TTM oluşturmaktadır. Okul öncesi çocuklarda saç yolma davranışı, sıklıkla parmak emme veya tırnak yeme gibi bir alışkanlığa benzetilmektedir. Bu yaş grubunda çocuklar, uyku öncesi gibi yalnız olduğu vakitlerde saç yolma eğilimindedir. Bu sebeple ebeveynler saç yolmayı kendileri fark etmeseler de yatakta görülen saçlar ile çocuğun saç yolduğunu anlayabilirler. TTM'nin bu yaş grubunda daha iyi huylu bir seyir izlediği düşünülmektedir (39,41). Ergenlik öncesinden genç yetişkinliğe kadar olan dönemdeki başlangıcın ise okul öncesi döneme göre daha şiddetli seyir ve kronik gidişat ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (38,39). Alanyazın incelendiğinde, yetişkin başlangıçlı TTM'ye dair yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Yetişkin başlangıçlı TTM'nin, altta yatan başka bir psikiyatrik rahatsızlık ile ikincil olarak ortaya çıkabileceği ileri sürülmüştür (39).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanım

Trikotillomanide klinik seyrin daha iyi anlaşılması için büyük örneklem gruplarıyla yapılacak uzun vadeli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Alanyazın incelendiğinde, TTM'nin yetişkin örneklemde boylamsal çalışmalarla izlendiği sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir (42,43). Mevcut çalışmalardan elde edilen bulgular, TTM tanısı almış yetişkinlerde etkili tedavi sürecinin ardından bile nüks görülebildiğini göstermektedir (43). Coyne ve arkadaşlarının nüksü öngören faktörleri incelediği güncel bir araştırmada; yaş, hastalık öyküsü ve tedavi öncesi semptom şiddeti gibi faktörlerin nüks oranı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada, yaşça daha büyük bireylerin tedavi sonrasında daha düşük oranda TTM şiddeti yaşadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra tedavi öncesinde semptom şiddetinin düşük olması, tedavi sonrasında

daha olumlu bir klinik seyir ile ilişkilendirilmiştir (43). Davranışçı terapi sonrasında nüksün belirleyicilerini saptamak için yapılan başka bir çalışmada ise, tedavi sürecinin sonunda saç yolmayı tamamen bırakmış kişilerin, tedavide elde edilen iyileşmeyi daha iyi koruduğu bulunmuştur (44).

2.1.6. Etiyoloji

TTM'nin etiyolojisine dair net bir bilgiye henüz ulaşılamamıştır ve bu konuda yapılan çalışmalar halen devam etmektedir. Bununla birlikte TTM'nin ortaya çıkması veya sürmesi üzerinde etkili olduğu düşünülen birçok faktör vardır. Bozukluğun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıktığı veya devam ettiği ileri sürülmektedir (9). Aşağıda etkili olduğu düşünülen faktörler ayrı ayrı ele alınmıştır.

2.1.6.1. Genetik faktörler: Aile çalışmalarından elde edilen bulgular, TTM'nin etiyolojisinde genetik faktörlerin önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (45,46). Alanyazında birçok aile çalışması olsa da TTM'nin kalıtım oranlarını araştıran yalnızca bir tane ikiz uyum çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmaya, en az bir eş ikizinde saç yolma davranışı görülen aynı cinsiyetten 24'ü monozigotik, 10'u dizigotik olmak üzere toplam 34 ikiz dahil edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular, monozigot ikizlerin dizigot ikizlere göre daha fazla uyum oranına sahip olduğunu göstermektedir. Bu da TTM'nin etiyolojisinde genetik faktörlerin rolünü destekler niteliktedir. Bununla birlikte, çalışmada monozigot ikizlerin uyum oranının %100 olmaması, genetik olmayan değişkenlerin de saç yolma davranışı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (47).

2.1.6.2. Nöroanatomik faktörler: TTM patolojisinin yapısını ve işlevini araştıran nörogörüntüleme çalışmaları, OKB'de rol oynadığı bilinen alanlara odaklanmıştır. OKB'de orbitofrontal ve anterior singulat korteksler ile kaudat çekirdek, amigdala ve hipokampüste hacimsel anormallikler bildirilmiştir. Bu sebeple TTM için yapılan nörogörüntüleme araştırmalarında da bu alanlara öncelik verilmiştir (26). Güncel bir derlemede, birleştirilmiş Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) verileri kullanılarak TTM tanısı almış kişilerin subkortikal yapısal özellikleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda, kontrol grubuyla kıyaslandığında TTM hastalarında sağ amigdala ve sol putamende önemli hacim azalmaları olduğu tespit edilmiştir (48). Beyindeki gri ve ak madde anormalliklerinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise TTM tanılı hastalarda sol putamen, sol amigdala, hipokampal formasyon ve iki taraflı ön bölgelerde (anterior

singulat korteks, supplementer motor alan ve frontal lob dahil olmak üzere) gri madde yoğunluklarında artış gözlemlenmiştir. Ak madde yoğunluğunda ise önemli bir farklılık bildirilmemiştir (49). TTM'de görülen kalıplaşmış motor rutinler, araştırmacıları serebellumu da incelemeye yöneltmiştir. Bir çalışmada, TTM tanılı hastalarda sağlıklı gruba göre bilateral serebellum hacimleri daha küçük bulunmuştur. Bununla birlikte serebellum içindeki sol birincil duyumotor kümenin fonksiyonel alanının daha küçük hacimleri, daha şiddetli TTM semptomlarıyla ilişkilendirilmiştir (50).

Elde edilen bu bulgular; duygu durum düzenleme, ödül işleme, alışkanlık oluşturma ve motor aktiviteleri kontrol etmeye aracılık eden nöral düğümlerdeki anormalliklerin, TTM patofizyolojisinde etkili olabileceğini göstermektedir (48). Ancak çalışmalardaki örneklem küçüklüğü ve bazı araştırmaların çelişkili sonuçlar ortaya koyması, TTM nöroanatomisine dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (26,51).

2.1.6.3. Nöropsikolojik faktörler: Saç yolma davranışının nörobilişsel süreçlerini inceleyen çalışmalar, TTM'nin klinik özellikleri sebebiyle motor yanıt inhibisyonu ve bilişsel esneklik alanlarına odaklanmıştır. TTM tanısı almış yetişkinlerle yapılan araştırmaların çoğunda, motor yanıt inhibisyonunda bozulmalar görülmektedir. Dur sinyali görevinin kullanıldığı bu çalışmalarda, TTM grubu kontrol grubuna kıyasla artan dur sinyali tepki süresi bildirmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda, motor yanıt inhibisyonundaki eksikliğin TTM semptom şiddeti ile anlamlı derecede ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (5,52,53). TTM'de bilişsel esnekliği araştıran çalışmalarda ise tutarsız sonuçlarla karşılaşılmıştır. Güncel bir meta analizde, TTM tanısı almış kişilerin bilişsel esnekliklerinde belirgin bozulmalar olduğu belirtilmiştir. Elde edilen bulgular, TTM hastalarının özellikle farklı algısal boyutlar arası dikkat kaydırmada zorluk yaşadığını göstermektedir (5). Ancak OKB ve TTM hastalarının nörobilişsel süreçlerini karşılaştıran başka bir çalışmada, sadece OKB grubunda bilişsel esneklikte eksiklik görülmüştür (52).

TTM'nin nöropsikolojik işleyişini ortaya koymak için yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, görsel-uzamsal yetenekler, dikkat, bellek ve yürütücü işlevler gibi alanlara odaklanıldığı görülmektedir (51,54). TTM'de görsel-uzamsal yeteneği incelemek için yapılmış araştırmalarda, herhangi bir anormallikle karşılaşılmamıştır (54,55). Dikkat üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında ise bu alandaki araştırmaların çok sayıda komorbiditenin bulunduğu TTM gruplarıyla yürütüldüğü görülmektedir. Bu durum,

çıkarılacak sonuçların güvenilirliğini sınırlandırsa da birçok çalışmada bulguların tutarlı olması, bu çalışmaların gelecek araştırmalar için fikir oluşturabileceğini göstermektedir (51). Elde edilen bulgularda, odaklanmış dikkat alanında herhangi bir eksikliğe rastlanmamıştır. Stanley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise TTM grubu kontrol grubuna kıyasla bölünmüş dikkat alanında daha düşük performans göstermiştir (55). Bellek üzerine yapılan çalışmalar, çalışma belleğindeki olası eksiklikleri işaret etmektedir. Ancak kesin bulgular için bu konuyla ilgili yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (56).

TTM'de planlama, problem çözme, öğrenme ve karar vermeyi araştıran çalışmaların çoğunluğu, bu yürütücü işlevlerin TTM tanısı almış yetişkinlerde korunduğunu göstermektedir (51,56). Ancak belirli alanlarda çelişkili bulgular da mevcuttur. Örneğin TTM grubunda karar verme sürecini araştıran güncel bir çalışmada; TTM tanısı almış kişiler, DYB ve kontrol gruplarına göre Iowa Kumar Testi'nde daha kötü bir performans sergilemiştir (57).

2.1.6.4. Davranışsal faktörler: TTM'ye ilişkin davranışsal perspektifler, çoğunlukla saç yolma davranışını ortaya çıkaran faktörlere değil, bu davranışı sürdüren unsurlara odaklanmaktadır. Davranışsal modelde saç yolma davranışının stresle başa çıkma davranışı olarak geliştiği ve mevcut gerilimin azalması sonucu bu davranışın pekiştirildiği ileri sürülmüştür (58). Bu model, TTM'yi açıklamak için hem klasik hem edimsel koşullanma kavramlarını kullanmaktadır. Modele göre klasik koşullanma, yolma dürtüsünün veya isteğinin nasıl tetiklendiğini anlamada yardımcı olmaktadır. Edimsel koşullanma ise yolma davranışının sonuçlarının yolmanın tekrarı üzerinde etkili olup olmadığını açıklamak için kullanılmaktadır. Klasik ve edimsel koşullanma süreçleriyle birlikte yolma davranışı birçok iç ve dış uyaranla ilişkilendirilmektedir (7). Öğrenilen bu bağlantıların bir sonucu olarak saç yolmayla ilişkilendirilen yerler, aktiviteler, saatler ve duygu durum değişiklikleri tetikleyicilere dönüşmektedir. Davranışsal model, bu sürecin sonucunda yolma davranışının alışkanlık haline geldiğini, çoğunlukla farkındalığın dışında ve azalan kontrol altında ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Davranışsal faktörler, yolma davranışını sürdüren unsurların üzerinde dursa da bu davranışın nasıl ortaya çıktığını tam olarak açıklayamamaktadır (7).

2.1.6.5. Psikanalitik görüşler: TTM'nin etiyolojisini psikanalitik perspektiften açıklayan modeller, yolma davranışını bilinçdışı çatışmaların sembolik bir ifadesi veya nesne ilişkilerinden kaynaklanan bir durum olarak ele almıştır (9). Bu modele göre saç yolma davranışı başlı başına bir bozukluktan ziyade başka bir sorunun belirtisi olarak görülmektedir. Saç yolmanın, kişinin cinsel dürtüleri ile ego ve süperego arasındaki çatışmanın yansıması olabileceği veya nesne kaybı tehdidiyle başa çıkmanın bir yolu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (7,59). Bunun yanı sıra bazı psikanalitik yönelimli teorisyenler, çocukluk çağı travmasının TTM'nin gelişiminde rol oynadığını ileri sürmüştür (60). Güncel araştırmalar bu görüşü desteklemekte, TTM tanısı almış kişilerin kontrol gruplarına kıyasla çocuklukta daha fazla travma ve olumsuz olay bildirdiğini göstermektedir (61,62). TTM'ye yönelik psikanalitik görüşler, 1950'ler ve 1960'lar boyunca ortaya atılmaya devam etmiştir (7). Ancak çoğu teorinin güncel araştırmalarla desteklenmemesi sebebiyle TTM'nin etiyolojik açıklamalarında diğer faktörlere daha fazla yer verilmiştir.

2.1.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

Saç yolmanın kendisinden kaynaklanan sorunların yanı sıra TTM'ye eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığın varlığı, sık karşılaşılan bir durumdur. TTM tanısı almış yetişkinlerde %80 oranında psikiyatrik eş tanı bildirilmiştir (3). Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, işlevsellikte bozulmanın artmasına, tedaviye uyumun azalmasına ve yaşam kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır. Bu sebeple klinisyenlerin değerlendirme sürecinde psikiyatrik eş tanıları göz önünde bulundurmaları önerilmiştir (63).

Komorbidite çalışmaları incelendiğinde, TTM ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalıkların majör depresif bozukluk (MDB), anksiyete bozuklukları, OKB ve beden odaklı tekrarlayıcı davranış bozuklukları (BOTD) olduğu görülmektedir. Özellikle majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının, TTM tanısı almış kişilerde en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar olduğu bilinmektedir (64). Grant ve arkadaşlarının geniş bir örneklemle yürüttüğü güncel bir çalışmada, TTM tanılı katılımcıların %53'üne anksiyete bozukluklarının, %45'ine ise depresyonun eşlik ettiği görülmüştür (3). Alanyazında TTM ile depresyon ve anksiyete arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. Saç yolmanın duygusal sonuçlarının anksiyeteye ve depresif belirtilere sebep olabileceği ve depresyon ile anksiyetenin de duygu düzenlemenin bir yolu olarak saç yolmayı tetikleyebileceği düşünülmektedir (65).

Depresyon TTM örnekleminde sık görülmesine ve yaşam kalitesinde problemlere sebep olmasına rağmen işlevsellikte bozulma önemli ölçüde anksiyete ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte anksiyete düzeyi yüksek kişilerin şiddetli depresif semptomlara sahip olması, önemli bir karıştırıcı faktördür (3).

Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarından sonra TTM'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan birinin OKB olduğu görülmektedir (3,66). Lochner ve arkadaşlarının yaptığı güncel bir çalışmada, katılımcıların %36'sında TTM'ye eşlik eden OKB bildirilmiştir. Buna ek olarak eşlik eden OKB'ye sahip kişilerin, sadece TTM tanısı almış kişilere kıyasla daha yüksek anksiyete ve depresyon seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur (64).

İstenmeyen, tekrarlayıcı, işlevsellikte bozulmayla sonuçlanabilecek motor aktiviteleri içeren BOTD'da, TTM'ye sıklıkla eşlik etmektedir. Alanyazında BOTD teriminin içerisine TTM, DYB, tırnak ısırma, yanak çiğneme, dudak ısırma, parmak emme, diş gıcırdatma gibi motor aktiviteler dahil edilmiştir (67). Stein ve arkadaşlarının internet üzerinden yaptığı bir çalışmada, saç yolma davranışını gösteren katılımcıların %70'inde BOTD'nin görüldüğü, en yaygın görülen davranışların ise deri yolma ve tırnak yeme olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, eşlik eden BOTD'nin toplam sayısı ile depresyon, anksiyete, stres ve işlevsellikte düşme düzeyinin ilişkili olduğu bulunmuştur (68).

2.1.8. Klinik Özellikler

Trikotillomani, bireylerin günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen belirgin klinik özellikler ile karakterizedir. Hastalar genellikle vücutlarındaki birden fazla bölgeyi yolmaktadır ve gün içerisinde birkaç kez yolma davranışı göstermektedir. Vücudun herhangi bir bölgesindeki kıllar yolma için potansiyel hedef olmakla birlikte en sık saçlar yolunmaktadır. Sonrasında yaygın yolma bölgeleri olarak sırasıyla kaşlar, kirpikler, sakal, kol, bacak, koltuk altı ve kasık bölgesi gelmektedir (7). Yolma sıklıkla bir bölge ile başlayıp zamanla diğer bölgelere yayılmaktadır (69). Hastalar saç yolmaya başlamadan önce hedeflenen alanı görsel olarak taramakta ve yolunacak saçı incelemektedirler. Örneğin saç kılının kırılmış, bükülmüş, kırlaşmış, kısa veya yeni uzamış olması yolma için bir neden olabilir. Yolunan bölgelerin yanı sıra saç yolma esnasında kullanılan yöntemler de değişkenlik gösterebilmektedir. Bu yöntemler arasında en yaygın olarak eller, özellikle de işaret parmağı ve baş parmak kullanılmaktadır. Ancak bazı kişiler yolma sırasında cımbız veya diğer kozmetik cihazları kullanmayı tercih etmektedir (10).

Yolunan kıllar çoğunlukla atılırken, bazı hastalar kıllarla oynamakta veya kılları ısırmak, yutmak gibi oral ritüeller sergilemektedir (70). Yolma davranışı sonrasında hastalar sıklıkla zevk alma veya rahatlama hissetmektedir. Hissedilen bu rahatlama, saç yolma davranışının sürdürülmesinde pekiştireç işlevi görmektedir (71).

Saç yolma sonrası oluşan rahatlama kısa sürelidir. Yolmanın tekrarlayıcı olması, uzun vadede olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Saç yolma sebebiyle ortaya çıkan utanç, çaresizlik ve hayal kırıklığı gibi duygular, kişileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra bireylerin saç yolma deneyiminde yalnız olduklarına dair inançları, sosyal ortamlardan ve tedavi arayışından kaçınmalarına yol açmaktadır. TTM tanısı almış kişilerde fiziksel görünümlerinde oluşan değişiklik sonucu düşük benlik saygısı, beden memnuniyetsizliği ve kendini çekici hissetmeme de gözlemlenmektedir. Bu durum, saç dökülmesini şapkalar, peruklar, eşarplar, gözlükler ve makyaj gibi yöntemlerle gizlemelerine sebep olmaktadır (7,9). Özetle saç yolma hastaların sosyal, mesleki ve akademik hayatlarında çeşitli zorluklarla karşılaşmalarına sebep olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ortaya çıkan stres ve olumsuz duygulanım bir kısır döngü yaratarak yolma davranışının şiddetlenmesine sebebiyet vermektedir (10).

Trikotillomani, bireyin psikososyal işlevselliğinin yanı sıra fiziksel sağlığını da etkileyebilmektedir. Saç yolma, parmak uçlarında nasır oluşumu gibi hafif sorunlardan, yolma davranışı esnasında bileğin zorlanması gibi daha ciddi sorunlara kadar birçok farklı probleme sebep olabilir. Kasık tüylerini yolan kadınların düzenli jinekoloji muayenesinden kaçındıkları için farklı sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Buna benzer şekilde kaşlarını ve kirpiklerini yolan kişiler de göz kontrollerini ihmal edebilmektedir (7). Görülen en ciddi tıbbi komplikasyonlardan biri, saçın bir bölümünün ya da tamamının yutulması (trikofaji) sonucunda ortaya çıkan kıl yumakları, bir diğer deyişle trikobezoardır. Trikobezoar tedavi edilmediğinde, mide-bağırsak kanaması gibi kişinin yaşamını tehdit eden bir duruma dönüşebilmektedir. Bu sebeple kişinin öyküsünde trikobezoar olasılığını düşündürecek bir durum varsa ona göre bir yol izlenmelidir (39,72).

Trikotillomanide saç yolma davranışının farkındalığa bağlı olarak odaklanmış ve otomatik olmak üzere iki alt tipten oluştuğu ileri sürülmüştür (73). Otomatik alt tipte saç yolma davranışı, kişi düşüncelere dalmışken veya başka bir işle meşgulken gerçekleşmektedir. Farkındalık dışında gelişen bu davranış, televizyon izlerken, kitap

okurken, yatakta uzanırken veya telefonda konuşurken ortaya çıkabilir. Bu alt tipte kişi için ana faaliyet yolma davranışının kendisi değildir. Otomatik yolma davranışında bulunan kişiler, daha sonra sonuçlarını fark edene kadar (örneğin yerde bir saç yığını veya yeni oluşmuş kel bölge) saçlarını yolduklarının farkında olmayabilirler (7,10). Odaklanmış alt tipte, otomatik alt tipin aksine saç yolma farkındalık dahilinde yapılan amaçlı bir eylemdir. Kişinin dikkati tamamen yolma davranışının kendisine odaklanmıştır. Bu sebeple yolma esnasında, yaptığı diğer şeyleri durdurabilir. Bu alt tipte yolma davranışı genellikle yoğun dürtüler, artan gerilim ve saç yolma düşüncelerini kontrol etmek amacıyla yapılmaktadır. Odaklanmış alt tipte hastalar çoğunlukla yolma davranışıyla ilgili belirli ritüellere sahiptir. Örneğin yolmak için belirli tüyleri arayabilir veya bölgesel bir hisse yanıt olarak saç yolabilirler (7,39). Görülen bu ritüeller ve saç yolarken gösterilen mükemmelliyetçilik sebebiyle bu alt tipin, OKB ile benzerlik taşıdığı düşünülmüştür (9). Saç yolma alt tiplerine dair yapılan bir araştırmada, aynı kişide farklı bağlamlarda her iki alt tipin de görülebileceği, bir kişide tek bir alt tipin görülme sıklığının düşük olduğu bulunmuştur (74).

2.1.9. Tedavi

Trikotillomani tedavisinde medikal ve terapötik müdahalelerin birlikte uygulandığı çok yönlü bir yaklaşımın en etkin tedavi olacağı düşünülmektedir (38). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında TTM psikoterapisinde, hem yetişkin hem çocuk örneklemde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi (ATÇE) gibi terapötik yaklaşımların ön plana çıktığı görülmektedir (75,76). TTM tanısı almış yetişkinler; yaşadıkları utanç, yolma davranışını zararsız bir alışkanlık olarak görmeleri ve hastalık hakkında çok bilgi sahibi olmamaları sebebiyle yardım arama konusunda isteksiz davranabilmektedir (2,7). Değerlendirme ve tedavi süreçlerinde kişiye özel bir yaklaşım sergilenmesi, hastaların tedaviye uyum sürecini kolaylaştırabilir ve tedaviyi yarıda bırakmalarını önleyebilir (69).

2.1.9.1. Psikofarmakolojik müdahaleler: TTM için yapılan mevcut farmakoterapi araştırmaları antidepresanlar, atipik antipsikotikler, opioid antagonistleri, glutamat modülatörleri, antikonvülsanlar ve kannabinoid agonistleri dahil olmak üzere birçok ilaç sınıfından çeşitli ilaçları araştırmıştır. Bazı ilaçlar olumlu sonuç gösterse de TTM'nin farmakolojik olarak en iyi nasıl tedavi edileceği konusunda genel bir fikir birliği yoktur (77). Bu bölümde, TTM tedavisi üzerine yapılan araştırmalarda sıklıkla çalışılmış

N-Asetil Sistein (NAC), antidepresanlar ve antipsikotikler gibi farmakolojik müdahalelerden bahsedilecektir.

Yetişkin TTM hastalarında NAC kullanımının etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (78,79). Semptomlarda iyileşmenin yanı sıra kullanımında düşük yan etki görülmesi de NAC'nin TTM'nin farmakolojik tedavisinde iyi bir seçenek olarak görülmesini sağlamıştır (2,79). NAC'nin TTM'nin yetişkin örnekleminde etkinliğini gösteren çalışmalar olmasına rağmen çocuk ve ergen grubunda yapılan çalışmalarda sonuçlar farklılık göstermektedir (80). Yetişkin örneklemde yapılan sınırlı çalışmalar ve çocuk örneklemde olumlu yanıt alınamayan bulguların olması, TTM'de NAC kullanımına dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

TTM'nin farmakolojik tedavisine yönelik araştırmalarda, trisiklik antidepresanlardan olan klomipramin ve SSRI'lar da sıklıkla çalışılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda klomipraminin plaseboya göre semptomları azaltmada daha etkili olduğu görülmüştür. Ancak bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (76,81). Depresyon, OKB ve panik bozukluk gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan SSRI'lardan biri olan fluoksetin, TTM tedavisinde de araştırma konularından biri olmuştur. Elde edilen bulguların çoğu, fluoksetinin kısıtlı bir etkisinin olduğu veya hiç etkisinin olmadığı yönündedir (82,83). SSRI'ları destekleyen kanıtlar yetersiz olsa da TTM'ye eşlik eden depresyon, anksiyete bozuklukları veya OKB gibi başka bir psikiyatrik hastalığın varlığında, SSRI'ların faydalı olabileceği düşünülmektedir (84).

TTM tedavisinde kullanılan bir diğer farmakolojik müdahale ise antipsikotiklerdir. Antipsikotikler, TTM ile tik bozuklukları arasındaki patofizyolojik benzerlikler ve bazı antipsikotiklerin tik bozukluklarının tedavisinde etkin görülmesi sebebiyle potansiyel tedavi seçeneği olarak düşünülmüştür (84). Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde etki düzeyi en yüksek olan ilaçlardan birinin olanzapin olduğu görülmektedir (51,85). Aynı zamanda haloperidol, risperidon ve aripriprazol gibi antipsikotiklerin de tedavide etkili olabileceğini işaret eden çalışmalar mevcuttur (86,87). Ancak olanzapin ve diğer antipsikotiklerin kullanımında metabolik sorunlar, kilo alımı, sedasyon gibi yan etkiler görülebilmektedir. Bu sebeple hastalar ile riskler ve faydalar üzerine kapsamlı bir şekilde konuştuktan sonra tedaviye karar verilmesi önerilmektedir (84). Özetle TTM'nin farmakolojik tedavisinde klomipramin, olanzapin ve NAC'nin etkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak büyük örneklem grubuna

sahip çalışmaların kısıtlılığı göz önünde bulundurulduğunda, ilaç kullanımına ilişkin kararların vaka bazlı verilmesi ve TTM'de farmakoterapiye dair daha fazla çalışma yapılması önem taşımaktadır (51,77).

2.1.9.2. Psikoterapötik müdahaleler: TTM tedavisinde etkinliği kanıtlanmış psikoterapötik müdahaleler ATÇE, BDT ve üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerdir (76,88,89). Bu müdahaleler arasında en yaygın olarak kullanılanlardan biri de BDT'dir. BDT, TTM tanısı almış kişilerin işlevsiz düşünce kalıplarını veya eylemlerini değiştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu tedavi yaklaşımı psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizi, ev ödevleri ve tepki önleme gibi teknikleri içermektedir. TTM tedavisinde BDT ve klomipraminin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, BDT'nin semptomları azaltmada klomipramin ve plaseboya göre daha etkili olduğu bulunmuştur (76).

Alışkanlıkları Tersine Çevirme Eğitimi, BDT tekniklerine dayanır ve TTM tedavisinde sık kullanılan bir diğer psikoterapötik müdahalelerden biridir. Azrinn ve Nunn tarafından geliştirilen ATÇE, alışkanlığa dayalı bozuklukların belirtilerini azaltmak için oluşturulmuş bir davranışsal müdahaledir (90). Bu yöntemin amacı hastalara saç/kıl yolma davranışlarını etkili bir şekilde izlemeyi ve farkındalıklarını artırmayı öğretmek ile alternatif davranışlar geliştirerek istenmeyen davranışları azaltmaktır. ATÇE'nin temel bileşenleri farkındalık eğitimi ve kendini izleme, uyaran kontrolü ve karşıt tepki geliştirmedir. Hastalar bu bileşenler ile birlikte saç yolma dürtülerini fark etmeyi, yolma davranışını tetikleyen ortamlardan kaçınmayı ve yolma davranışı yerine kullanılabilecek alternatif davranışlara başvurmayı öğrenmektedir (84).

Farkındalık eğitimi ve kendini izleme, ATÇE'nin uygulanan ilk bileşenidir. Bu bileşende, hastanın yolma konusundaki farkındalığını artırmak ve yolma davranışının örüntüsü ile sonuçlarını hasta için daha anlaşılır kılmak amaçlanmaktadır (91). Hastaya yolma davranışı, yolmanın öncülleri ve sonuçlarıyla ilgili kapsamlı bakış açısının kazandırılması hedeflenmektedir. Kendini izleme, müdahalenin ilk adımı olsa da tedavi boyunca devam etmektedir. Uyaran kontrolünde ise hastaya, yolmayı tetikleyen faktörleri tespit etmeyi, ardından bu faktörleri ortadan kaldırmayı veya bunlarla teması azaltmayı öğretmek amaçlanmaktadır. Uyaran kontrolü müdahalelerine aynaların örtülmesi, kafaya şapka takılması, parlak ampullerin daha kısık olanlarla değiştirilmesi veya parmağa bandaj sarılması örnek verilebilir (10). Bir diğer bileşen olan karşıt tepki geliştirme ise

hastaya yolma dürtüsüyle baş etmek için uygulayabileceği karşıt bir davranışın öğretilmesini içerir. Burada öğretilen yeni davranışın saç yolma ile uyuşmayan ve sosyal olarak dikkat çekmeyen bir davranış olması gerekmektedir (92). Karşıt davranışlara örnek olarak stres topu ya da esnek lastik oyuncaklar gibi nesnelerle oynamak, yumrukları sıkmak gibi örnekler verilebilir (91).

Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi, TTM semptomlarını azaltmada etkili bir müdahale olsa da nüks oranları, bu yöntemde bazı sınırlılıkların olduğunu göstermektedir. Bu sınırlılıklardan en önemlisi, ATÇE'nin yolmayı tetikleyen olumsuz duygulara karşı yeterince başarılı olmamasıdır (10). ATÇE'nin odaklanmış tip saç yolmada görülen duygusal ve bilişsel zorluklar için kapsayıcı bir tedavi sunmadığı düşünülmektedir. Bu sebeple hem ATÇE tekniklerine uyumu artırmak hem de saç yolmaya eşlik eden duygu ve düşünceleri ele almak amacıyla Kabul ve Kararlılık Terapisi (İng, ACT), Diyalektik Davranış Terapisi (İng, DBT) ve Metakognitif Terapi (MKT) gibi ek tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (89).

Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin hem tek başına hem de ATÇE ile birlikte tedavi yöntemi olarak kullanıldığı bir çalışmada; saç yolma sıklığı ve günlük yolunan saç sayısı oranlarında tedavi öncesine göre azalma olduğu görülmüştür (89). TTM tanılı kişilerde DBT ile güçlendirilmiş ATÇE ve DBT ile güçlendirilmiş BDT etkinliğinin değerlendirildiği iki ayrı çalışmada, izlem sırasında kişilerin saç yolma şiddetinde azalma olduğu ve anksiyete ile depresyon semptomlarında önemli bir iyileşme görüldüğü belirtilmiştir (93,94). TTM tanılı kişilerde üstbiliş işlevleriyle ilgili yapılan araştırmalar sonucunda, TTM tedavisinde MKT'nin de etkili olabileceği ileri sürülmüştür (95). Bu konuda yapılan sınırlı sayıda çalışma, MKT'nin TTM semptomlarını azaltmada ve hastaların işlevselliğini artırmada etkili olduğunu göstermektedir (96).

2.2. DAMGALAMA

2.2.1. Damgalamanın Tarihçesi ve Tanımı

Damgalama, Yunanca "stigma" kelimesinden dilimize çevrilmiştir. Eski dönemde Yunanlılar, sosyal veya ahlaki statüsünde olağan dışı bir durum olan kişilerin bedenlerine işaretler bırakmış ve bu işaretleri kastederek "damga" terimini kullanmışlardır. Bedene yazılarak veya yakılarak bırakılan bu işaretler, işareti taşıyan kişinin suçlu, köle veya hain

olduğunun kanıtı olmaktaydı. Bu damga sebebiyle kişi, özellikle kamusal yerlerde kaçınılması gereken birine dönüşmekteydi. Günümüzde ise damga terimi, fiziksel işaretleri belirten anlamının dışında kullanılmakta ve birçok farklı tanımla karşımıza çıkmaktadır (97). Link ve Phelan, damgalamanın bazı bileşenler bir araya geldiğinde ortaya çıktığını ileri sürmüştür. İlk bileşen, bazı bireylerin insani farklılıklar doğrultusunda göze çarpan belirli özellikleri (örn: fiziksel ve ruhsal hastalıklar, ırk, cinsel yönelim) sebebiyle etiketlenmesidir. Etiketleme, kişileri gruplaştırarak bireysel özelliklerin göz ardı edilmesine sebep olmaktadır. Bununla birlikte gerçeği yansıtmayan bazı fikirlerin toplum tarafından benimsenmesini kolaylaştırarak damgalama sürecine zemin hazırlar. İkinci bileşen ise etiketler belirli kalıp yargılar ile ilişkilendirildiğinde ortaya çıkmaktadır. Baskın kültürel inançlar, etiketlenen kişileri olumsuz kalıp yargılar ile eşleştirmektedir. Örneğin, psikiyatrik hastalığı olan birinin tehlikeli olduğuna yönelik varsayım, sık karşılaşılan kalıp yargı örneklerinden biridir. Kalıp yargılar, "onlar" ve "biz" ayrımını ortaya koyarak toplumun farklı kabul edilen gruplar üzerinde ortak bir kanıya varmasına sebep olmaktadır. Böylelikle etiketlenen kişilerin, etiketi paylaşmayan kişilerden farklı olduğu vurgulanmaktadır. Bu sürecin sonucunda, istenmeyen özelliklerle ilişkilendirilen kişiler, statü kaybına ve ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Bir kişinin psikiyatrik bir hastalığa sahip olduğu için iş başvurusunun reddedilmesi, bu ayrımcılık örneklerinden biridir (98).

2.2.2. Damgalama Türleri

Damgalama üzerine yapılan çalışmaların artmasıyla birlikte, birçok kavramsal model ortaya konmuştur. Alanyazında birçok farklı damgalama türü tanımlanmış olsa da esas olarak birbiriyle ilişkili üç tür ön plana çıkmaktadır. Bunlar; toplumsal damgalama, yapısal damgalama ve bireysel damgalamadır (99). Toplumsal damgalama ya da diğer bir deyişle kamusal damgalama, toplumun çoğunluğu tarafından kalıp yargıların onaylanması sonucu damgalanmış bir gruba karşı gösterilen tutumu ifade etmektedir. Toplumsal damgalama bir gruba karşı ciddi bir önyargının oluşmasına sebep olabilir ve ayrımcılığı artırabilir. Gösterilen bu ön yargı ve ayrımcılığın damgalanan gruplar için farklı etkileri olmaktadır (100). Bir diğer damgalama türü olan yapısal damgalama ise, sistem düzeyinde mevcut olan damgalamayı tanımlamaktadır. Kurumsal politikalar, kasıtlı ya da kasıtsız olarak damgalanmış bireylerin belirli imkanlara erişmesine engel

olduğunda yapısal damgalama ortaya çıkmaktadır. Yapısal damgalamayı oluşturan toplumsal yapılar, kültürler arasında ve tarihsel olarak değişkenlik gösterebilir (101,102).

Son olarak bireysel düzeyde damgalama ise kişinin damgalanmaya dair duygu, düşünce ve deneyimlerini içermektedir. Alanyazına bakıldığında, bireysel damgalamanın algılanan damgalama, deneyimlenen damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma olmak üzere üç alt başlıkta incelendiği görülmüştür. Algılanan damgalama, bireyin damgalanan grup hakkında toplumun ne düşündüğüne yönelik inançlarını içermektedir. Örneğin psikiyatrik hastalık tanısı almış birinin "Çoğu insan psikiyatrik hastalığı olan kişilerin zayıf olduğuna inanmaktadır." şeklinde düşünmesi, algılanan damgalamaya bir örnektir. Bu damgalama türünde kişi, damgalanmasına sebep olacak özelliğin ortaya çıkması halinde olumsuz bir tepkiyle karşılaşacağına yönelik inanç besleyebilir. Bireysel damgalamanın bir diğer alt başlığı olan deneyimlenen damgalama, kişinin damgalanan bir grubun üyesi olması sebebiyle ayrımcılığa maruz kaldığı durumları ifade etmektedir (103,104). Son olarak içselleştirilmiş damgalanma ise kişinin kendi grubuna yönelik toplumsal ön yargıları kabul etmesi ve bunları içselleştirmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalığa sahip biri için bu durum, damgayı fark ettikten ve kabul ettikten sonra "Psikiyatrik hastalığa sahip olmak kişisel zayıflığın bir işaretidir. Dolayısıyla benim de zayıf bir karakterim var." düşüncesi şeklinde görülebilir (105).

2.2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma

Damgalanan bir grubun üyesi olan kişileri olumsuz etkileyen durumlar, toplumsal kalıp yargılar ve sosyal değersizleştirme ile sınırlı değildir. İçselleştirilmiş damgalanma ya da bir diğer deyişle kendini damgalama, kişinin bilişsel ve duygusal olarak damgalanmış özelliğine ilişkin olumsuz mesajları içselleştirdiği ve bu kalıp yargıları kendi benlik kavramına dahil ettiği süreci tanımlamaktadır (105). Damgalamanın bu türü, özellikle psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerle yapılan çalışmaların bir sonucu olarak ön plana çıkmıştır. Yapılan yaygınlık araştırmaları incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanmanın psikiyatrik hastalığı olan çoğu kişiyi önemli ölçüde etkileyen bir durum olduğu görülmektedir (106,107). Bu konuda yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri, 14 Avrupa ülkesinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almış kişilerle yapılmıştır. Çalışma sonucunda örneklemin %41,7'si orta veya yüksek içselleştirilmiş damgalanma bildirmiştir (106).

İçselleştirilmiş damgalanmanın kişiye diğer damgalama türleri kadar zarar verdiğinin fark edilmesiyle birlikte koruyucu psikolojik değişkenler ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki yaygın bir araştırma konusu olmaya başlamıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanmanın umut, öz saygı, öz yeterlilik ve tedaviye inanç gibi değişkenlerdeki azalmalarla ilişkili olduğu görülmüştür (108,109). İçselleştirilmiş damgalanma, koruyucu psikolojik değişkenlerin yanı sıra tedavi sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin psikiyatrik hastalık tanısı almış bazı kişilerin damgalanma algısı sebebiyle yardım arama davranışından kaçındığı veya tedaviyi sürdürmeye yönelik motivasyonlarını kaybettikleri görülmektedir. Buna ek olarak kendini damgalama süreci, kişinin halihazırda var olan semptomlarının daha da şiddetlenmesine sebep olmaktadır (100,110).

İçselleştirilmiş damgalanma kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini de olumsuz yönde etkilemektedir (111). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılmış bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın her iki hasta grubunda da yakın ilişkileri kötü yönde etkilediği görülmüştür (112). Psikiyatrik tanı sebebiyle hissedilen utanç ve suçluluk duygusu, izolasyon ve reddedilme beklentisi gibi birçok farklı durum, yakın ilişkileri etkilemektedir. Bu olumsuz duygular ve düşünceler, kişinin iş bulma sürecine ve çalışma ortamındaki performansına da yansımaktadır. Link'in yaptığı bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın, kişilerin kendi yeteneklerine olan inançlarını zayıflattığı, girişkenliklerini azalttığı ve iş performanslarını düşürdüğü belirtilmiştir (113).

Bu bilgiler doğrultusunda, içselleştirilmiş damgalanmanın damgalanan kişinin hayatını bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeyde olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Damgalanan bir grubun üyesi olan çoğu kişinin, açıkça dışlanmaya ve ayrımcılığa maruz kalmasa bile, olası damgalamayı azaltmak amacıyla kaçınma davranışında bulunduğu görülmektedir. Kaçınma davranışı; sosyal etkileşimlerden, tedavi sürecinden ve iş ortamından uzaklaşmak için sıklıkla kullanılmaktadır. Bu da işlevselliğin düşmesine ve iyi oluş halinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (114).

2.2.4. Trikotillomani ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Alanyazına bakıldığında, OKİB'da damgalamayı araştıran sınırlı sayıda çalışma olduğu ve bu çalışmaların çoğunlukla toplumsal damgalama kavramı üzerinde durduğu görülmektedir. Glazier ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, OKB, TTM ve DYB hastalıklarında tedaviye erişim sürecini engelleyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada en

sık belirtilen engelin "Sorunlarımdan utanıyorum" ifadesi olduğu görülmektedir. Katılımcılar aynı zamanda yardıma ihtiyaç duymaktan utandıklarını ve tedavi aldıklarının bilinmesi halinde diğer insanların kendileri hakkında ne düşüneceğinden endişe duyduklarını paylaşmışlardır (115).

Alanyazında, TTM hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak TTM'nin psikiyatrik bir hastalık olması, TTM tanısı almış kişilerin kendi saçlarını yolma dürtüleri ve fiziksel görünümlerinde oluşan değişim sebebiyle TTM'nin damgalayıcı bir hastalık olabileceği varsayılmıştır (7,16). TTM'nin damgalayıcı bir hastalık olabileceğine yönelik varsayım, TTM tanısı almış kişiler ve bu kişilerin aileleriyle yapılan nitel araştırmalara dayanmaktadır (7,16,17).

Alanyazında, TTM'de damgalanma riskinin, kişinin kendi saçını yolma dürtüsü ve yolma davranışını durduramaması sebebiyle arttığı belirtilmiştir (16). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında, psikiyatrik hastalığın nedeninin kontrol edilebilir olarak algılandığı durumlarda (davranışsal problemler, madde bağımlılığı, düşük çaba vs.), hastalığa sahip bireylerin daha çok suçlandığı ve daha az sempatiyle karşılaştığı görülmektedir (116). TTM'de saç dökülmesinin hastanın kendi yolma davranışı sonucunda gerçekleşmesi, TTM tanısı almış kişilerin de benzer olumsuz değerlendirmelerle karşılaşmalarına sebep olmaktadır (7). Bu konuyla ilgili Ricketts ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, saç dökülmesinin TTM kaynaklı olması, genetik olmasına kıyasla daha fazla sosyal reddedilme ve tıbbi/psikolojik sorunla ilişkili bulunmuştur (15).

TTM tanısı almış kişiler, psikiyatrik hastalığa sahip olmanın yanı sıra dış görünüşlerinde oluşan değişim sebebiyle de damgalanma riski taşımaktadır. Bunun en önemli sebeplerinden biri, saçın tarih boyunca insan görünümünün önemli bir parçası olarak kabul edilmesidir. Birçok kültürde saç, güzelliğin, gençliğin ve sağlığın sembolü olmuş, insanların birbirini tanıma sürecinde kolaylık sağlamıştır. Saça atfedilen anlam, saç dökülmesi yaşayan bireylerin kendilerine yönelik algılarını ve toplumun saç kaybı yaşayan kişilere yönelik düşüncelerini etkilemektedir (13). Ağırlıklı olarak alopesi hastalarıyla yapılan çalışmalar, saç kaybının hem içselleştirilmiş damgalanmaya hem de toplumsal damgalamaya sebep olduğunu göstermektedir (14). TTM hastalarıyla yapılmış bir çalışma sonucunda da, şiddetli saç dökülmesinin hafif saç dökülmesine kıyasla daha fazla sosyal reddedilme ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (15).

Elde edilen bulguların yanı sıra içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkili bulunmuş bazı faktörlerin, TTM ile yapılan araştırmalarda ön plana çıktığı görülmektedir. Stemberger ve arkadaşlarının yürüttüğü, TTM'nin yol açtığı kişisel zararları konu alan bir çalışmada, katılımcıların %83'ü hastalıkları hakkında ketumluk, %77'si düşük öz saygı ve %70'inden fazlası utanç ve düşük özgüven bildirmiştir (117).

2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Başa çıkmaya yönelik ilk tanımlardan birini Folkman ve Lazarus (1980) yapmıştır. Bu tanıma göre başa çıkma, bireyin stresli durumlarla karşılaştığında kullanabileceği bilişsel ve davranışsal çabaları ifade etmektedir. Lazarus, stresin üç farklı süreçten oluştuğunu ileri sürmüştür. Bu süreçlerden ilki olan birincil değerlendirme, kişinin kendisine yönelik tehdidi algılama sürecidir. İkincil değerlendirme, bu tehdidin nasıl ele alınacağına yönelik bilişsel değerlendirmeyi içermektedir. Son aşama ise uygulama sürecini, bir diğer deyişle başa çıkmayı ifade etmektedir (18,118).

Folkman ve Lazarus, başa çıkma tutumlarını problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olmak üzere iki kategoride tanımlamıştır. Problem odaklı başa çıkma, stres kaynağını yönetme, değiştirme veya bu kaynağın etkisini azaltma çabalarını içermektedir. Problem odaklı yaklaşımda bireyler, plan yaparak, tavsiye alarak veya yeni beceriler geliştirerek durumu değiştirmeye çalışmaktadır. Duygu odaklı başa çıkmada ise stres kaynağının kendisini değil, bu kaynağa karşı verilen duygusal tepkileri düzenlemek amaçlanmaktadır. Bu yaklaşım; inkâr, kabullenme, sosyal destek arayışı gibi yöntemleri içermektedir. Problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma, aşırı stres durumlarında birbirinin tamamlayıcısı olarak kullanılmaktadır (119).

Başka bir sınıflandırmada ise başa çıkma tutumları, aktif başa çıkma ve pasif başa çıkma olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Aktif başa çıkma, stres yaratan durumun fiziksel, psikolojik veya sosyal zararlarını en aza indirmek için başvurulan yöntemleri içermektedir. Pasif başa çıkma ise stres kaynağından uzaklaşma çabasını ifade etmektedir. Aktif başa çıkma stratejileri çoğunlukla stresli durumlarla baş etmek için pasif başa çıkmaya göre çok daha iyi bir yol olarak görülmektedir. Bu sebeple aktif başa çıkma tutumları uyuma yönelik (adaptif), pasif olanlar ise uyuma yönelik olmayan (maladaptif) olarak değerlendirilmektedir (19). Uyumlu ve uyumsuz başa çıkma stratejileri, psikiyatrik hastalık tanısı almış kişiler tarafından hastalığın yol açtığı olumsuzlukları en aza indirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. Kullanılan başa çıkma tutumları ile aynı zamanda

reddedilmekten kaçınmak da hedeflenmektedir. Bir diğer deyişle, psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerin hem semptomları yaşamanın zorluğuyla hem de hastalığın kişisel yaşamları ve sosyal rolleri üzerindeki etkisiyle başa çıkmaları gerekmektedir (20,21). Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin hastalığın sebep olduğu olumsuzluklara karşı yanıtları, kişilik ve çevre gibi değişkenlere bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Bu farklılıklar, her hastanın farklı koşullarda farklı başa çıkma tutumlarını kullanmasına sebep olmaktadır (120). Alanyazın incelendiğinde TTM hastalarında başa çıkma tutumlarının incelendiği çok az sayıda çalışmayla karşılaşılmıştır. Yapılan güncel bir araştırmada, katılımcıların saç yolma davranışını yönetmek için problem odaklı, duygu odaklı ve anlam odaklı stratejileri kullandığı görülmektedir (22).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde takipli 18-65 yaş aralığında olan trikotillomani (TTM) tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ve başa çıkma tutumlarının incelendiği kesitsel bir çalışmadır.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasından, psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilen, DSM-5 tanı kriterlerine göre TTM tanısı alan 34 hasta oluşturmaktadır. Hasta gruplarıyla yaş, cinsiyet ve eğitim durumları açısından eşleştirilmiş geçmiş ve şimdiki öyküsünde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 34 kişi kontrol grubu olarak alınmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; TTM tanısı almış olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, en az ilkokul mezunu olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir. Çalışmanın dışlama kriterleri olarak; zekâ geriliği, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, demans, majör tıbbi hastalık, kafa travması ve psikoaktif madde kötüye kullanımı seçilmiştir Araştırma grubuna dahil edilmesi planlanan bir kişi, eşlik eden bipolar bozukluk tanısının olması sebebiyle çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. UYGULAMALAR

Bu araştırmada bilgilendirilmiş onam formu, Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) kullanılmıştır. Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 23/339 kayıt numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Ardından Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğinden gerekli izin alınmıştır. Görüşme ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Çalışmanın verileri Ağustos 2023 ile Mart 2024 tarihleri arasında

toplanmıştır. Çalışmaya alınan tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve yöntemi açıklandıktan sonra katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formunda katılımcıların, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, tıbbi hastalık öyküsü, ve psikiyatri dışı ilaç kullanımına dair sorulara yanıt vermesi beklenmiştir. TTM grubuna bunlara ek olarak TTM ile ilgili sorular yöneltilmiştir. TTM'ye dair sorular; hastalığı başlatan stresör varlığı, yolma davranışını tetikleyen faktörler, katılımcının vücudunun hangi bölgelerini yolduğu, saç yolmanın sıklığı, yolma davranışının günde ne kadar zaman aldığı, katılımcının günün hangi vaktinde saç yolduğu ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, yetişkinlerde depresif semptomların varlığını ve şiddetini değerlendiren 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte kişinin son bir haftalık süreç içerisinde bilişsel, duygusal ve motivasyonel alanlardaki deneyimleri sorgulanmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır ve toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, depresyonun şiddetini gösterir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (121).

3.4.3. Massachusetts Genel Hastane (MGH-SY) Saç/Kıl Yolma Ölçeği

MGH-SY; yolma isteğinin sıklığını, yoğunluğunu, kontrol edilebilirliğini, yolma davranışına ne kadar direnç gösterildiğini ve yolma davranışının yarattığı sıkıntıyı ölçen yedi maddeli, beşli likert tipi bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, kişinin son bir haftalık süre içerisindeki deneyimlerini sorgular. Toplam puan, 0-28 arasında değişmektedir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)'den 8 maddenin geliştirilmesiyle yapılmıştır. YBOKÖ'den "kompulsiyonları" ölçen ilişkili sorular yolma davranışıyla, "obsesyonları" ölçen ilişkili sorular ise

istek/dürtü ile yer değiştirmiştir. Çalışmanın sonunda 7 maddeli ve tek boyuttaki yapının geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (122). Bu çalışmada, testin Pirdoğan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılmış uyarlaması kullanılmıştır.

3.4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ritsher ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Toplam 29 maddeden oluşan bu ölçek, içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek; yabancılaşma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalanmaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere toplam 5 alt gruptan oluşmaktadır. Bu alt grupları oluşturan maddeler, dörtlü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt grubuna ait 5 madde, değerlendirme aşamasında ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, 5 alt ölçeğin puanlarının toplanması ile bulunur. Toplam puan, 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, kişinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin olumsuz yönde şiddetli olduğunu göstermektedir (123).

3.4.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında 15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilen COPE ölçeği, Zuckerman ve Gagne (2003) tarafından kendine yardım, yaklaşım, uyum sağlama, sakınma-kaçınma ve kendine ceza olmak üzere toplam 5 alt boyut ve 40 madde olarak revize edilmiştir. Bu alt boyutlardan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama boyutları uyumlu (adaptif) başa çıkma stratejileri, sakınma-kaçınma ve kendine ceza boyutları ise uyumsuz (maladaptif) başa çıkma stratejileri olarak değerlendirilmiştir (124). Zuckerman ve Gagne'nin revize ettiği ölçek, Ersanlı ve Dicle tarafından 5 alt boyut ve 32 madde olarak Türkçeye uyarlanmıştır. COPE-R'de yer alan maddeler, "asla böyle yapmam" (1 puan), "çok az böyle yaparım" (2 puan), "böyle yaparım" (3 puan), "çoğunlukla böyle yaparım" (4 puan) olmak üzere dörtlü likert tipi ölçek üzerinden yanıtlanır. Ölçekte olumsuz madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 32, en yüksek puan ise 128'dir. Ölçekten alınan yüksek puan kişinin başa çıkma tutumlarının yüksek olduğunu, alınan düşük puan ise başa çıkma tutumlarının düşük olduğunu göstermektedir (125).

3.5. VERİ ANALİZİ

Verilerin analizi, SPSS 15.0 for Windows programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişken için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, median olarak verilmiştir. Gruplarda sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlandığında Student t Testi, koşul sağlanmadığında ise Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Gruplarda oranlar Ki Kare Testi ile karşılaştırılmıştır. Sayısal değişkenler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlanmadığı için Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Çalışmada bağımlı değişken ile birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Çoklu Lineer Regresyon Analizi yöntemi kullanılmıştır. Analizlerin istatiksel anlamlılığı $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ

4.1.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi

Trikotillomani ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik özelliklere Tablo 4.1.'de yer verilmiştir. TTM ve kontrol grubu; yaş, cinsiyet ve eğitim durumu özellikleri ile eşleştirilmiştir. TTM grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 28,8 ± 8,9, kontrol grubunun yaş ortalaması 29,1 ± 8,8 yıldır. Gelir düzeyi düşük oranı, çalışmama oranı ve ailede psikiyatrik hastalığın varlığı, araştırma grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.1: Trikotillomani ve kontrol gruplarının sosyo demografik özelliklerinin incelenmesi

		TTM	**Kontrol**	p
Cinsiyet n (%)	Erkek	2 (5,9)	2 (5,9)	1,000#
	Kadın	32 (94,1)	32 (94,1)	
Yaş ort.±sd min-maks (median)		28,8±8,9	29,1±8,8	0,863**
Medeni Durum n (%)	Bekar	24 (70,6)	24 (70,6)	1,000#
	Evli	10 (29,4)	10 (29,4)	
Eğitim n (%)	5 yıl	3 (8,8)	3 (8,8)	1,000#
	12 yıl	15 (44,1)	15 (44,1)	
	16 yıl	16 (47,1)	16 (47,1)	
Gelir Düzeyi n (%)	Düşük	20 (58,8)	7 (20,6)	0,002#
	Orta	14 (41,2)	25 (73,5)	
	Yüksek	0 (0,0)	2 (5,9)	
Çalışabilirlik n (%)	Çalışıyor	9 (26,5)	19 (55,9)	0,013#
	Çalışmıyor	11 (32,4)	2 (5,9)	
	Ev hanımı	5 (14,7)	3 (8,8)	
	Üniversite öğrencisi	9 (26,5)	10 (29,4)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık n (%)	Var	14 (41,2)	5 (14,7)	0,015#
	Yok	20 (58,8)	29 (85,3)	
Bedensel Hastalık n (%)	Var	7 (20,6)	2 (5,9)	0,074#
	Yok	27 (79,4)	32 (94,1)	

Trikotillomani grubuna kontrol grubuna sorulan sorulara ek olarak hastalık süresi ve halen alınmakta olan tedaviler de sorulmuştur. Katılımcıların hastalık süresinin ortalaması 12,0 ± 6,5 olarak bulunmuştur. Halen alınmakta olan tedavi sorgulandığında hastaların %47'si (n=16) ilaç tedavisi aldığını, %8,82'i (n=3) psikoterapi aldığını, %2,9'u ise (n=1) hem ilaç hem de psikoterapi aldığını belirtmiştir. Hastaların %41,2'si ise (n=14) şu an bir tedavi sürecinde olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Trikotillomani grubunda hastalığın süresi ve şu an alınmakta olan tedaviler

		TTM Grup
Hastalığın süresi ort.±sd. min-maks (median)		12,0±6,5 1-30 (10)
Halen almakta olduğu tedavi n (%)	İlaç tedavisi	16 (47,1)
	Terapi	3 (8,8)
	Terapi ve ilaç tedavisi	1 (2,9)
	Yok	14 (41,2)

4.1.2. TTM Grubunun Klinik Özellikleri

Trikotillomani grubuna saç yolma nedeni sorulduğunda hastaların %85,3'ü (n=29) alışkanlık, %76,5'i (n=26) gerginliği azaltmak, %76,5'i (n=26) zevk, %61,8'i (n=21) rahatsızlığı hafifletmek, %47,1'i (n=16) kaşıntıyı hafifletmek, %20,6'sı (n=7) hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek, %8,8'i (n=3) gözenekleri açmak, %5,9'u (n=2) cinsel uyarım, %2,9'u (n=1) enfeksiyondan uzaklaşmak ve %2,9'u (n=1) da parazitleri uzaklaştırmak yanıtını vermiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Trikotillomani grubunun saç yolma sebepleri

		TTM Grup	
		n	%
Yolma Nedeni	Gözenekleri açmak	3	8,8
	Enfeksiyondan kurtulmak	1	2,9
	Parazitleri uzaklaştırmak	1	2,9
	Alışkanlık	29	85,3
	Hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü	7	20,6
	Rahatsızlığı hafifletmek	21	61,8
	Kaşıntıyı hafifletmek	16	47,1
	Gerginliği azaltmak	26	76,5
	Cinsel Uyarım	2	5,9
	Zevk	26	76,5

Trikotillomani grubundaki katılımcıların %41,2'si (n=14), yolma davranışı için başlatıcı faktör bildirmiştir. Başlatıcı faktörlerin neler olduğu sorulduğunda hastaların %26,5'i (n=9) aile ve ilişkisel stresörler, %5,9'u (n=2) şiddet, %5,9'u (n=2) saçla ilgili durum ve %2,9'u (n=1) da akademik kaygı cevabını vermiştir. Saç yolmayı tetikleyen unsurlar sorgulandığında hastaların %52,2'si (n=18) stres ve kaygı, %17,4'ü (n=6) yalnız kalmak ve sıkılmak, %8,8'i tüm duygular, %5,9'u (n=2) TV izlemek, %5,9'u (n=2) düşünmek, %2,9'u (n=1) yüksek ses şeklinde cevaplarken, %5,9'u (n=2) ise saç yolmayı tetikleyen herhangi bir unsur belirtmemiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Trikotillomani grubunda yolma davranışını başlatan faktörler ve tetikleyici unsurlar

		TTM Grup	
		n	%
Başlatıcı faktör	**Yok**	20	58,8
	Var	14	41,2
	Aile ve ilişkisel stresörler	9	26,5
	Akademik kaygı	1	2,9
	Şiddet	2	5,9
	Saçla ilgili durumlar	2	5,9
Tetikleyici	Stres/kaygı	18	52,2
	TV izlemek	2	5,9
	Yalnız kalmak/sıkılmak	6	17,4
	Düşünmek	2	5,9
	Tüm duygular	3	8,8
	Yüksek ses	1	2,9
	Yok	2	5,9

Saçın yolunduğu bölgelere bakıldığında, hastaların %79,4'ünde (n=27) saçlı deriden, %26,5'inde (n=9) kaş bölgesinden, %20,6'sında (n=7) kirpik bölgesinden, %11,8'inde (n=4) genital bölgeden, %8,8'inde (n=3) bacak bölgesinden, %5,9'u (n=2) sakal bölgesinden, %2,9'u (n=1) burun bölgesinden, %2,9'u (n=1) omuz bölgesinden ve %2,9'unun (n=1) ise göğüs çevresinden yolma davranışının gerçekleştiği görülmektedir. Bunun yanı sıra hastaların %70,6'sının (n=24) 1 bölgeden, %11,8'inin (n=4) 3 bölgeden,

%8,8'inin (n=2) 2 bölgeden, %5,9'unun (n=2) 4 bölgeden (%5,9) ve %2,9'unun (n=1) 6 bölgeden saç yolduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Trikotillomani grubunda yolunan vücut bölgeleri ve yolunan bölge sayısı

		n	%
Yolunan Vücut Bölgeleri	**Saç**	**27**	**79,4**
	Kaş	**9**	**26,5**
	Kirpik	**7**	**20,6**
	Genital	**4**	**11,8**
	Bacak	3	8,8
	Sakal	2	5,9
	Burun	1	2,9
	Omuz	1	2,9
	Göğüs çevresi	1	2,9
	Topuk bölgesi	1	2,9
Yolunan Bölge Sayısı	1 Bölge	24	70,6
	2 Bölge	3	8,8
	3 Bölge	4	11,8
	4 Bölge	2	5,9
	6 Bölge	1	2,9

Günlük saç yolma sıklığı, hastaların %38,2'sinde (n=13) 1-3 kez, %23,5'inde (n=8) 20'den fazla kez, %20,6'sında (n=7) 4-6 kez, %8,8'inde (n=3) 7-10 kez ve %8,8'inde (n=3) 10-20 kez şeklindeydi (Tablo 4.6). Günlük saç yolmaya ayrılan toplam zaman sorulduğunda ise hastaların %26,5'i (n=9) 1-3 saat, %23,5'i (n=8) 6-15 dakika, %20,6'sı (n=7) 1-5 dakika, %14,7'si (n=5) 31-60 dakika, %5,9'u (n=2) 4-6 saat, %2,9'u (n=1) 6 saatten fazla, %2,9'u (n=1) 16-30 dakika ve %2,9'u (n=1) 1 dakikadan az olarak cevabını vermiştir (Tablo 4.6).

Günün hangi saatlerinde yolmanın daha yoğun olduğu sorulduğunda ise hastaların %47,1'i (n=16) 20.00-24.00 saatleri arasında, %11,8'i (n=4) 20.00-08.00 saatleri arasında, %11,8'i (n=4) 00.00-08.00 saatleri arasında, %11,8'i (n=4) 08.00-12.00, %8,8'i (n=3) 16.00-20.00 saatleri arasında, %5,9'u (n=2) 12.00-16.00 saatleri arasında ve %2,9'u (n=1) da günün herhangi bir saatinde yanıtını vermiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Trikotillomani grubunun günlük saç yolma sıklığı, günlük yolma süresi ve yolma zamanı

		TTM Grup	
		n	%
Yolma sayısı	**1-3 kez**	**13**	**38,2**
	4-6 kez	**7**	**20,6**
	7-10 kez	3	8,8
	10-20 kez	3	8,8
	20'den fazla	**8**	**23,5**
Günlük yolma süresi	1 dakikadan az	1	2,9
	1-5 dakika	**7**	**20,6**
	6-15 dakika	**8**	**23,5**
	16-30 dakika	1	2,9
	31-60 dakika	5	14,7
	1-3 saat	**9**	**26,5**
	4-6 saat	2	5,9
	6 saatten fazla	1	2,9
Yolma Zamanı	**00.00-08.00**	**4**	**11,8**
	08.00-12.00	**4**	**11,8**
	12.00-16.00	2	5,9
	16.00-20.00	3	8,8
	20.00-24.00	**16**	**47,1**
	20.00-08.00	**4**	**11,8**
	Herhangi bir zaman	1	2,9

4.2. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNUN ÖLÇEK PUANLARININ İNCELENMESİ

Çalışmaya katılan TTM tanılı kişilerin MGH-SY puanı ile RHİDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının ortalamalarına Tablo 4.7'de yer verilmiştir. Katılımcıların RHİDÖ toplam puan ortalaması 64,2 ±14,6 olarak bulunmuştur. RHİDÖ alt ölçeklerinin ortalamaları ise, yabancılaşma alt ölçeğinde 15,9±5,2, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinde 13,5±3,6, algılanan ayrımcılık alt ölçeğinde 9,3±3,4, sosyal geri çekilme alt ölçeğinde 13,1±4,9 ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinde 12,3±2,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların MGH-SY'den elde ettikleri puanın ortalaması ise 17,9±5,4'tür.

Tablo 4.7: Trikotillomani grubunun MGH-SY ve RHİDÖ değerlendirme sonuçları

		TTM Grubu Ort.±SD Min-Maks (Median)
MGH-SY	**Toplam puan**	17,9±5,4 7-26 (18,5)
RHİDÖ	**Yabancılaşma**	15,9±5,2 6-24 (15)
RHİDÖ	**Kalıp yargıların onaylanması**	13,5±3,6 7-20 (13)
RHİDÖ	**Algılanan ayrımcılık**	9,3±3,4 5-17 (9)
RHİDÖ	**Sosyal geri çekilme**	13,1±4,9 6-23 (13)
RHİDÖ	**Damgalanmaya karşı direnç**	12,3±2,4 7-16 (12)
RHİDÖ	**Toplam puan**	64,2±14,6 41-95 (62)

4.3. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmada yer verilen ölçeklerin toplam puanlarının medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve bedensel hastalığın varlığı açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız gruplar t-testi uygulanmıştır.

Trikotillomani grubunda medeni durum değişkeni için yürütülen t-testi analizinin sonuçlarına Tablo 4.8'de yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre evli olanların COPE-R-yaklaşım alt ölçeği puanı ve toplam COPE-R puanı bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Medeni durumlarda MGH-SY ve RHİDÖ alt ölçek ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların medeni duruma göre karşılaştırılması

	Medeni Durum						
	Bekar			Evli			
	Ort.	SD	Median	Ort.	SD	Median	p
BDÖ	25,0	9,2	24,5	23,5	10,4	21,5	0,780**
COPE-R-Kendine yardım	14,0	4,2	13	14,2	4,4	15	0,902*
COPE-R-Yaklaşım	18,1	4,1	18	21,9	4,9	22	0,027*
COPE-R-Uyum sağlama	17,5	3,9	18	20,1	5,0	20,5	0,127**
COPE-R-Sakınma-Kaçınma	11,2	2,7	11	12,5	2,5	11,5	0,206*
COPE-R-Kendine ceza	17,8	3,7	18	19,7	4,2	19,5	0,185*
COPE-R-Toplam	78,9	10,1	78,5	88,4	11,7	86	0,024*
MGH-SY	18,1	5,4	19	17,5	5,7	17,5	0,765*
RHİDÖ-Yabancılaşma	15,6	5,0	15	16,7	5,8	17,5	0,589*
RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması	12,9	3,8	13	15,0	2,7	16	0,124*
RHİDÖ-Algılanan ayrımcılık	9,4	3,4	9	9,0	3,5	8,5	0,775*
RHİDÖ-Sosyal geri çekilme	13,1	4,9	13	13,2	5,1	12,5	0,968*
RHİDÖ-Damgalanmaya karşı direnç	12,5	2,4	12,5	11,7	2,3	12	0,356*
RHİDÖ-Toplam puan	63,6	15,0	62	65,6	14,3	64	0,720*

*Student t Testi **Mann Whitney U Testi

Trikotillomani grubunda gelir düzeyi durumu ile değerlendirilen ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.9: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların gelir düzeyine göre karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi						
	Düşük			Orta			
	Ort.	SD	Median	Ort.	SD	Median	p
BDÖ	23,5	9,3	21,5	26,1	9,8	26,5	0,416**
COPE-R-Kendine yardım	14,9	4,2	14	12,9	4,1	12	0,194*
COPE-R-Yaklaşım	18,5	5,0	18,5	20,3	4,0	20	0,264*
COPE-R-Uyum sağlama	19,1	4,1	19	17,1	4,5	17	0,259**
COPE-R-Sakınma-Kaçınma	11,2	2,6	11	12,2	2,8	11	0,262*
COPE-R-Kendine ceza	17,9	3,7	17	18,9	4,2	18,5	0,455*
COPE-R-Toplam	81,4	10,7	80	82,1	12,6	79,5	0,854*
MGH-SY	19,0	5,0	19	16,5	5,8	16,5	0,199*
RHİDÖ-Yabancılaşma	17,2	5,0	17,5	14,1	5,1	14	0,091*
RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması	13,1	3,6	13	14,2	3,5	15,5	0,359*
RHİDÖ-Algılanan ayrımcılık	9,4	3,9	9	9,1	2,7	9	0,856*
RHİDÖ-Sosyal geri çekilme	13,3	4,2	12,5	12,9	5,9	14	0,842*
RHİDÖ-Damgalanmaya karşı direnç	12,5	2,5	12	12,0	2,3	12,5	0,555*
RHİDÖ-Toplam puan	65,4	14,6	59,5	62,4	15,0	64	0,568*

Ölçeklerden alınan puanların eğitim süresine göre ele alındığı analiz sonuçlarına Tablo 4.10'da yer verilmiştir. TTM grubunda eğitimi 16 yıl olanların COPE-R- kendine yardım, sakınma-kaçınma ve toplam puanı 12 yıl eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Diğer ölçeklerden açısından ise eğitim süreleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların eğitim süresine göre karşılaştırılması

	Eğitim									
	5 yıl[a]			**12 yıl**			**16 yıl**			
	Ort.	SD	Median	Ort.	SD	Median	Ort.	SD	Median	p
BDÖ	31,7	7,1	33	22,9	9,5	22	24,8	9,5	23	0,599**
COPE-R-Kendine yardım	15,0	5,2	12	12,4	3,2	11	15,4	4,6	15,5	0,042*
COPE-R-Yaklaşım	18,7	4,7	17	18,0	4,7	18	20,4	4,6	20	0,154*
COPE-R-Uyum sağlama	20,3	6,7	22	18,5	4,2	19	17,6	4,2	19	0,682**
COPE-R-Sakınma-Kaçınma	13,3	3,2	12	10,5	2,3	11	12,3	2,7	11,5	0,049*
COPE-R-Kendine ceza	16,7	6,4	14	18,0	3,7	18	18,9	3,7	19	0,486*
COPE-R-Toplam	87,3	21,4	76	77,4	9,1	78	84,7	10,5	82	0,048*
MGH-SY	14,0	8,2	12	19,4	4,8	19	17,3	5,3	17,5	0,263*
RHİDÖ-Yabancılaşma	14,7	4,7	13	16,5	5,1	15	15,6	5,6	16	0,640*
RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması	17,3	2,5	17	11,8	3,1	11	14,4	3,4	14,5	0,033*
RHİDÖ-Algılanan ayrımcılık	12,0	3,6	11	8,8	4,0	8	9,2	2,7	9	0,752*
RHİDÖ-Sosyal geri çekilme	15,7	7,5	16	13,7	4,2	14	12,2	5,1	11	0,389*
RHİDÖ-Damgalanmaya karşı direnç	12,0	3,5	14	12,8	2,4	12	11,9	2,2	12	0,276*
RHİDÖ-Toplam puan	71,7	14,2	69	63,6	14,7	59	63,3	15,1	62	0,958*

[a]Yetersiz örneklem analize dahil edilmedi *Student t Testi **Mann Whitney U Testi

Trikotillomani grubunda değerlendirilen ölçeklerde ailesinde psikiyatrik bir hastalık olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.11: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların ailede psikiyatrik hastalığın varlığına göre karşılaştırılması

	Aile Psikiyatrik Hastalık Öyküsü						
	Var			**Yok**			
	Ort.	SD	Median	Ort.	SD	Median	p
BDÖ	23,6	9,5	20	25,3	9,5	24	0,641**
COPE-R-Kendine yardım	15,4	5,2	16	13,2	3,2	12	0,134*
COPE-R-Yaklaşım	19,9	4,8	19	18,7	4,6	19,5	0,457*
COPE-R-Uyum sağlama	18,9	4,4	19	17,8	4,3	19	0,569**
COPE-R-Sakınma-Kaçınma	11,6	3,0	11	11,6	2,5	11,5	0,976*
COPE-R-Kendine ceza	19,6	3,6	19,5	17,5	3,9	18	0,118*
COPE-R-Toplam	85,3	13,4	82	79,2	9,2	78,5	0,125*
MGH-SY	16,7	4,0	17,5	18,8	6,2	20	0,276*
RHİDÖ-Yabancılaşma	15,9	4,5	15	16,0	5,7	16,5	0,991*
RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması	13,4	4,2	13,5	13,7	3,2	13	0,819*
RHİDÖ-Algılanan ayrımcılık	8,1	2,6	8,5	10,1	3,7	9,5	0,087*
RHİDÖ-Sosyal geri çekilme	13,6	4,6	14,5	12,9	5,2	12,5	0,679*
RHİDÖ-Damgalanmaya karşı direnç	12,1	1,7	12	12,4	2,8	13	0,762*
RHİDÖ-Toplam puan	63,1	14,2	63	65,0	15,2	61,5	0,718*

*Student t Testi **Mann Whitney U Testi

Trikotillomani grubunda bedensel hastalığı olanlarda MGH-SY düzeyi, bedensel hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,05). Diğer ölçekler açısından bedensel hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.12: Trikotillomani grubunda ölçeklerden alınan puanların bedensel hastalığın varlığına göre karşılaştırılması

	Bedensel Hastalık						
	Var			Yok			
	Ort.	SD	Median	Ort.	SD	Median	p
BDÖ	26,3	10,9	24	24,1	9,2	22	0,588**
COPE-R-Kendine yardım	12,6	3,8	11	14,4	4,3	14	0,301*
COPE-R-Yaklaşım	20,9	5,3	20	18,8	4,5	19	0,299*
COPE-R-Uyum sağlama	18,0	6,3	19	18,3	3,8	19	0,901**
COPE-R-Sakınma-Kaçınma	11,9	2,8	12	11,5	2,7	11	0,771*
COPE-R-Kendine ceza	19,3	3,8	19	18,1	3,9	18	0,469*
COPE-R-Toplam	82,6	12,4	80	81,5	11,3	79	0,825*
MGH-SY	22,1	3,0	22	16,9	5,4	17	0,019*
RHİDÖ-Yabancılaşma	16,7	5,3	15	15,7	5,2	15	0,665*
RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması	14,0	3,0	14	13,4	3,8	13	0,703*
RHİDÖ-Algılanan ayrımcılık	9,1	3,2	9	9,3	3,5	9	0,917*
RHİDÖ-Sosyal geri çekilme	14,1	4,1	15	12,9	5,1	12	0,554*
RHİDÖ-Damgalanmaya karşı direnç	12,7	2,6	13	12,2	2,4	12	0,608*
RHİDÖ-Toplam puan	66,7	12,6	64	63,5	15,2	59	0,614*

4.4. TRİKOTİLLOMANİ VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların tamamı tarafından öz bildirime dayalı olarak doldurulan BDÖ ve COPE-R ölçeğinden elde edilen bulgular Tablo 4.13'de sunulmuştur. TTM grubunun BDÖ puanı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). TTM grubunun COPE-R-kendine yardım alt ölçeğinden aldığı puan kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). TTM grubunun COPE-R sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt ölçeklerinden aldığı puan ise kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır ($p=0,041$ $p=0,002$ $p=0,002$). Araştırma ve kontrol gruplarının COPE-R yaklaşım, uyum sağlama, toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13: Beck Depresyon ve COPE-R ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması

Ölçekler		TTM Grubu Ort.±SD Min-Maks (Median)	Kontrol Grubu Ort.±SD Min-Maks (Median)	p
BECK	**Depresyon**	24,6±9,4 11-39 (23,5)	13,0±8,1 1-35 (10,5)	<0,001**
COPE-R	**Kendine yardım**	14,1±4,2 7-24 (13,5)	16,1±3,8 9-24 (16)	0,041*
	Yaklaşım	19,2±4,7 11-28 (19,5)	20,5±4,0 10-28 (21)	0,214*
	Uyum sağlama	18,2±4,3 10-28 (19)	19,0±4,3 9-27 (20)	0,328**
	Sakınma-Kaçınma	11,6±2,7 6-18 (11)	9,4±2,9 6-17 (9)	0,002*
	Kendine ceza	18,3±3,9 12-24 (18)	14,8±5,0 7-23 (15)	0,002*
	Toplam	81,7±11,3 65-112 (79,5)	79,8±9,4 62-97 (80)	0,444*

*Student t Testi **Mann Whitney U Testi

4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

4.5.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, yolma sayısı, günlük yolma süresi, BDÖ, COPE-R, RHİDÖ ve MGH-SY arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan Spearman Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 4.14'de sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre BDÖ'den alınan puanlar ile COPE-R-sakınma-kaçınma alt boyutu arasında istatiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,347$ $p< 0,05$). BDÖ ile COPE-R-uyum sağlama alt ölçeği puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,536$ $p<0,01$). BDÖ ile RHİDÖ-algılanan ayrımcılık ($r=0,567$ $p<0,01$), sosyal geri çekilme ($r=0,450$ $p<0,01$) ve RHİDÖ-toplam puanı ($r=0,496$ $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. BDÖ'den alınan puan ile MGH-SY'den alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

COPE-R alt ölçeklerinden sadece kendine yardım ve yaklaşım alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,014$). COPE-R-uyum sağlama alt ölçeği ile RHİDÖ-algılanan ayrımcılık alt ölçeği puanları arasında negatif yönde

anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0,417 p<0,05). COPE-R-sakınma-kaçınma alt ölçeğinden alınan puan ile RHİDÖ-kalıp yargıların onaylanması (r=0,448 p<0,01), algılanan ayrımcılık (r=0,413 p<0,05) alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı (r=0,348 p<0,05) arasında istatiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. COPE-R kendine ceza alt ölçeğinden alınan puan ile RHİDÖ yabancılaşma (r=0,359 p<0,05), sosyal geri çekilme (r=0,409 p<0,05) alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı (r=0,411 p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

MGH-SY'den alınan puan ile BDÖ ve COPE-R ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. MGH-SY'den alınan puan ile RHİDÖ yabancılaşma (r=0,613 p<0,001), algılanan ayrımcılık (r=0,362 p<0,01), sosyal geri çekilme (r=0,557 p<0,01) alt ölçeklerinden alınan puanlar ve toplam RHİDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.14: Değişkenler arasındaki korelasyon analizi

			COPE-R							RHİDÖ					
			Kendine yardım	Yaklaşım	Uyum sağlama	Sakınma-Kaçınma	Kendine ceza	Toplam	MGH-SY	Yabancılaşma	Kalıp yargıların onaylanması	Algılanan ayrımcılık	Sosyal geri çekilme	Damgalanmaya karşı direnç	Toplam puan
BECK	**Depresyon**	r	-0,132	-0,312	-0,536	0,347	0,318	-0,167	0,268	0,314	0,363	0,567	0,450	0,078	0,496
		p	**0,458**	**0,073**	**0,001**	**0,044**	**0,067**	**0,345**	**0,125**	**0,071**	**0,035**	**0,000**	**0,008**	**0,663**	**0,003**
COPE-R	**Kendine Yardım**	r		0,416	0,300	0,142	0,049	0,694	-0,321	-0,136	0,042	-0,115	-0,275	-0,147	-0,181
		p		**0,014**	**0,085**	**0,424**	**0,783**	**0,000**	**0,064**	**0,443**	**0,813**	**0,516**	**0,115**	**0,407**	**0,305**
	Yaklaşım	r			0,396	0,269	0,082	0,784	-0,289	-0,085	0,179	-0,233	-0,142	-0,277	-0,133
		p			**0,020**	**0,124**	**0,645**	**0,000**	**0,097**	**0,633**	**0,312**	**0,184**	**0,422**	**0,113**	**0,452**
	Uyum Sağlama	r				0,053	-0,209	0,565	-0,339	-0,230	-0,129	-0,417	-0,308	-0,072	-0,326
		p				**0,767**	**0,237**	**0,000**	**0,050**	**0,191**	**0,467**	**0,014**	**0,076**	**0,688**	**0,060**
	Sakınma-Kaçınma	r					0,185	0,487	0,086	0,249	0,448	0,413	0,214	-0,113	0,348
		p					**0,295**	**0,003**	**0,630**	**0,156**	**0,008**	**0,015**	**0,224**	**0,524**	**0,044**
	Kendine Ceza	r						0,314	0,194	0,359	0,221	0,255	0,409	0,200	0,411
		p						**0,070**	**0,271**	**0,037**	**0,210**	**0,145**	**0,016**	**0,258**	**0,016**
	Toplam	r							-0,256	0,029	0,269	-0,060	-0,034	-0,202	0,018
		p							**0,144**	**0,870**	**0,123**	**0,736**	**0,848**	**0,251**	**0,919**
	MGH	r								0,613	0,281	0,362	0,557	0,025	0,561
		p								**0,000**	**0,108**	**0,035**	**0,001**	**0,889**	**0,001**
RHİDÖ	**Yabancılaşma**	r									0,491	0,583	0,780	0,001	0,873
		p									**0,003**	**0,000**	**0,000**	**0,994**	**0,000**
	Kalıp yargıların Onaylanması	r										0,574	0,539	-0,154	0,709
		p										**0,000**	**0,001**	**0,386**	**0,000**
	Algılanan Ayrımcılık	r											0,617	0,024	0,791
		p											**0,000**	**0,894**	**0,000**
	Sosyal geri çekilme	r												0,118	0,907
		p												**0,505**	**0,000**
	Damgalanmaya karşı direnç	r													0,171
		p													**0,334**

Trikotillomani grubunda BDÖ ve COPE-R'den alınan puanlar ile yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, günlük saç yolma sayısı ve günlük yolma süresi arasındaki ilişkiye dair sonuçlar Tablo 4.15'de sunulmuştur. Yaş ile COPE-R yaklaşım ($r=0,424$ $p<0,05$), sakınma-kaçınma ($r=0,427$ $p<0,05$) alt ölçeklerinden alınan puan ve COPE-R-toplam puanı ($r=0,428$ $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hastalığın süresi ile COPE-R-kendine yardım alt ölçeğinden alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,369$ $p<0,05$).

Tablo 4.15: Trikotillomani grubunda BDÖ ve COPE-R'den alınan puanlar ile yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, günlük saç yolma sayısı ve günlük yolma süresi arasındaki ilişki

		Yaş	**Eğitim**	**Hastalığın süresi**	**Yolunan Bölge Sayısı**	**Yolma sayısı**	**Günlük yolma süresi**
BECK							
Depresyon	r	0,101	-0,056	0,097	0,072	0,123	0,286
	p	**0,569**	**0,752**	**0,585**	**0,684**	**0,488**	**0,101**
COPE-R							
Kendine yardım	r	0,227	0,258	0,369	0,037	-0,105	-0,054
	p	**0,197**	**0,141**	**0,032**	**0,836**	**0,555**	**0,763**
Yaklaşım	r	0,424	0,227	0,206	-0,331	-0,039	0,169
	p	**0,013**	**0,198**	**0,243**	**0,056**	**0,826**	**0,339**
Uyum sağlama	r	0,161	-0,152	-0,098	-0,196	-0,255	-0,235
	p	**0,363**	**0,391**	**0,583**	**0,267**	**0,145**	**0,181**
Sakınma-Kaçınma	r	0,427	0,125	0,326	0,069	-0,016	0,263
	p	**0,012**	**0,481**	**0,060**	**0,697**	**0,927**	**0,133**
Kendine ceza	r	0,023	0,179	0,016	-0,170	0,105	0,100
	p	**0,897**	**0,311**	**0,929**	**0,336**	**0,555**	**0,574**
Toplam	r	0,428	0,268	0,308	-0,260	-0,046	0,006
	p	**0,012**	**0,125**	**0,076**	**0,137**	**0,798**	**0,974**

Trikotillomani grubunda MGH-SY ve RHİDÖ'den alınan puanlar ile yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, günlük saç yolma sayısı ve günlük yolma süresi arasındaki ilişkiye dair sonuçlar Tablo 4.16'da sunulmuştur. Yaş ile RHİDÖ-kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinden alınan puan ($r=0,477$ $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Günlük saç yolma sayısı ile MGH-

SY'den alınan puan (r=0,411 p<0,05), RHİDÖ-sosyal geri çekilme alt ölçeğinden alınan puan (r=0,349 p<0,05) ve RHİDÖ-toplam puanı (r=0,377 p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Günlük saç yolma süresi ile RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması (r=0,365 p<0,05) ve algılanan ayrımcılık (r=0,356 p<0,05) alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı (r=0,345 p<0,05) arasında istatiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.16: Trikotillomani grubunda MGH-SY ve RHİDÖ'den alınan puanlar ile yaş, eğitim, hastalığın süresi, yolunan bölge sayısı, günlük saç yolma sayısı ve günlük yolma süresi arasındaki ilişki

		Yaş	**Eğitim**	**Hastalığın süresi**	**Yolunan bölge sayısı**	**Yolma sayısı**	**Yolma süresi**
MGH-SY	r	-0,057	-0,052	0,106	0,159	0,411	0,240
	p	**0,750**	**0,771**	**0,551**	**0,370**	**0,016**	**0,172**
RHİDÖ							
Yabancılaşma	r	-0,001	-0,021	0,207	-0,062	0,296	0,156
	p	**0,997**	**0,906**	**0,239**	**0,728**	**0,090**	**0,377**
Kalıp yargıların onaylanması	r	0,477	0,116	0,272	-0,136	0,116	0,365
	p	**0,004**	**0,512**	**0,120**	**0,443**	**0,512**	**0,034**
Algılanan ayrımcılık	r	0,113	-0,033	0,198	-0,015	0,264	0,356
	p	**0,525**	**0,855**	**0,260**	**0,933**	**0,131**	**0,039**
Sosyal geri çekilme	r	-0,035	-0,193	0,131	-0,212	0,349	0,179
	p	**0,844**	**0,274**	**0,460**	**0,228**	**0,043**	**0,312**
Damgalanmaya karşı direnç	r	-0,043	-0,125	0,008	0,169	0,174	0,321
	p	**0,808**	**0,480**	**0,964**	**0,340**	**0,324**	**0,064**
Toplam puan	r	0,111	-0,086	0,238	-0,103	0,377	0,345
	p	**0,533**	**0,629**	**0,175**	**0,561**	**0,028**	**0,046**

4.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri

Çalışmada RHİDÖ puanını yordayan değişkenlerin saptanması amacıyla Çoklu Lineer Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir. RHİDÖ'nün her alanı için ayrı ayrı olmak

üzere RHİDÖ puanları bağımlı değişken; MGH-SY, BDÖ ve COPE-R puanları bağımsız değişken olarak belirlenip analize eklenmiştir. Analizde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini daha iyi anlamak amacıyla hem Enter hem Backward modeli kullanılmıştır.

RHİDÖ-yabancılaşma alt boyut puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizine Tablo 4.17'de yer verilmiştir. İki farklı model kullanılarak yapılan analiz sonucunda, MGH-SY puanının RHİDÖ yabancılaşma puanını anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur ($p<0,05$). COPE-R kendine ceza ve BDÖ değişkenlerinin RHİDÖ yabancılaşma puanını anlamlı düzeyde yordamadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.17: RHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi

		B	**Beta**	**p**	**R Square**
Enter Model	Sabit	-0,135			
	MGH-SY	0,519	0,543	0,001	0,443
	Beck Depresyon	0,053	0,097	0,515	
	COPE-R-Kendine ceza	0,297	0,222	0,135	
Backward Model	Sabit	0,162			
	MGH-SY	0,539	0,564	<0,001	0,435
	COPE-R-Kendine ceza	0,333	0,249	0,080	
A	**Dependent Variable: RHİDÖ-Yabancılaşma**				

RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğine etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizine Tablo 4.18'de yer verilmiştir. Enter modeli ($B=0,491$, $Beta=0,368$, $p<0,05$) ve Backward modeli ($B=0,598$, $Beta=0,448$, $p<0,05$) kullanılarak yapılan analizler sonucunda, COPE-R sakınma kaçınma alt ölçek puanının RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği puanını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif olarak yordadığı bulunmuştur. Bununla birlikte MGH-SY ile BDÖ puanının, RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçek puanını anlamlı düzeyde yordamadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18: RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğine etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi

		B	Beta	p	R Square
Enter Model	Sabit	3,766			
	MGH-SY	0,133	0,200	0,220	0,287
	Beck Depresyon	0,069	0,182	0,293	
	COPE-R-Sakınma-Kaçınma	0,491	0,368	0,033	
Backward Model	Sabit	6,602			0,201
	COPE-R-Sakınma-Kaçınma	0,598	0,448	0,008	
A	**Dependent Variable: RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması**				

Tablo 4.19'da yer verilen çoklu lineer regresyon analizi sonuçlarına göre; MGH-SY, COPE-R uyum sağlama ve COPE-R sakınma kaçınma puanlarının RHİDÖ algılanan ayrımcılık puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır (p>0,05). Backward modeline göre, BDÖ puanının, RHİDÖ algılanan ayrımcılık puanını anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir (B=0,205, Beta=0,567, p<0,0001).

Tablo 4.19: RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi

		B	Beta	p	R Square
Enter Model	Sabit	3,077			
	MGH-SY	0,116	0,185	0,221	
	Beck Depresyon	0,108	0,298	0,113	0,450
	COPE-R-Uyum sağlama	-0,165	-0,211	0,243	
	COPE-R-Sakınma-Kaçınma	0,386	0,305	0,058	
Backward Model	Sabit	4,236			0,321
	Beck Depresyon	0,205	0,567	<0,001	
A	**Dependent Variable: RHİDÖ-Algılanan ayrımcılık**				

RHİDÖ sosyal geri çekilme puanını yordayan değişkenler incelendiğinde, Enter modeline göre MGH-SY puanının RHİDÖ sosyal geri çekilme puanını anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir (B=0,399, Beta=0,442, p<0,05). Modele dahil edilen BDÖ ve COPE-R kendine ceza değişkenlerinin ise RHİDÖ sosyal geri çekilme puanını anlamlı düzeyde yordamadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: RHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi

		B	Beta	p	R Square
Enter Model	Sabit	-2,884			
	MGH-SY	0,399	0,442	0,004	0,460
	Beck Depresyon	0,132	0,254	0,090	
	COPE-R-Kendine ceza	0,307	0,243	0,099	
	Dependent Variable: RHİDÖ-Sosyal geri çekilme				

RHİDÖ toplam puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizine Tablo 4.21'de yer verilmiştir. Enter modeli (B=1,171, Beta=0,435, p<0,05) ve Backward modeline göre (B=1,244, Beta=0,372, p<0,05) MGH-SY puanının RHİDÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir. Backward modeline göre, BDÖ puanının RHİDÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordadığı saptanırken (B=0,577, Beta= 0,372, p<0,05), Enter modeline göre ise anlamlı düzeyde yordamadığı tespit edilmiştir (B=0,367, Beta=0,237 p>0,05). Elde edilen bu bulgu, BDÖ değişkeninin etkisinin regresyon modeline dahil edilen diğer değişkenlere bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. COPE-R uyum sağlama, COPE-R sakınma kaçınma ve COPE-R kendine ceza alt ölçekleri puanlarının, RHİDÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordamadığı bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4.21: RHİDÖ toplam puanına etki eden faktörler için çoklu lineer regresyon analizi

		B	Beta	p	R Square
Enter Model	Sabit	8,589			
	MGH-SY	1,171	0,435	0,005	
	Beck Depresyon	0,367	0,237	0,191	0,520
	COPE-R-Uyum sağlama	-0,059	-0,017	0,918	
	COPE-R-Sakınma-Kaçınma	1,034	0,190	0,208	
	COPE-R-Kendine ceza	0,800	0,212	0,140	
Backward Model	Sabit	27,692			
	MGH-SY	1,244	0,462	0,002	0,444
	Beck Depresyon	0,577	0,372	0,012	
A	**Dependent Variable: RHİDÖ-Toplam puan**				

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada TTM tanısı almış hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında başa çıkma tutumlarını karşılaştırmak ve TTM hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyini incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda yöntem bölümünde verilen veri toplama araçları kullanılarak ulaşılan veriler istatiksel analizler ile incelenmiş ve elde edilen sonuçlara bulgular bölümünde yer verilmiştir.

5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmaya TTM tanısı almış 34 hasta ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış 34 sağlıklı katılımcı dahil edilmiştir. Saç/kıl yolma şikayeti ile Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran yetişkinlerde kadın cinsiyet oranının daha yüksek olması, klinik örneklemde TTM'nin kadın cinsiyette daha sık rastlandığını bildiren çalışma bulguları ile örtüşmektedir (34). TTM'de cinsiyet dağılımına ilişkin elde edilen veriler, küçük örneklem gruplarıyla yapılan klinik temelli çalışmalara dayanmaktadır. Bu çalışmaların çoğunda yetişkinlerde TTM'nin kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bununla birlikte klinik olmayan toplumsal örneklem üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, cinsiyetler arasında bir farklılık bildirilmemiştir. TTM'nin kadın cinsiyette daha yaygın görülmesi, erkeklerin bozukluğu eşit yaşasa da sosyal olarak yolma davranışından daha az rahatsız olmaları ve buna bağlı olarak kliniğe daha az başvurmaları ile ilişkilendirilmiştir (3).

Mevcut çalışmada TTM grubunun çalışmaya alındıkları dönemdeki yaş ortalaması 28,8 ± 8,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların hastalık süresi ortalaması ise 12,0 ± 6,5 olarak saptanmıştır. Bu doğrultuda hastalık başlangıç yaşının 16,8 ± 11,0 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada TTM grubunda hastalığın ergenlik dönemi başlangıçlı olması, TTM'nin çoğunlukla çocukluk veya ergenlik döneminde başladığını belirten çalışma bulgularıyla uyumludur (126). Bunun yanı sıra katılımcıların hastalık süresi, ergenlik başlangıçlı TTM'nin kronik seyir ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalarla örtüşmektedir (39). TTM grubundaki katılımcıların ailesinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık tanısı bulunduğu saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu, TTM tanısı almış kişilerin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsünü sorgulayan diğer çalışma bulguları ile tutarlıdır (46).

5.2. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada TTM grubunun en sık kafa derisi olmak üzere sırasıyla kaş, kirpik ve genital bölgeden saç/kıl yolduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, TTM'de en sık yolunan vücut bölgeleriyle ilgili daha önce yapılan çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir (36,127). Aynı zamanda çalışmada TTM grubunun %29,4'ü, birden fazla bölgeden saç/kıl yolduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %70,6'sının yalnızca bir bölgeden saç/kıl yolması, TTM tanısı almış kişilerin çoğunlukla birden fazla bölgeden saç yolduğunu belirten diğer çalışma bulgularıyla uyumsuzdur (36). Yapılan araştırmada TTM grubundaki kişilerin %26,5'i, saç/kıl yolmaya günlük olarak 1-3 saat ayırdığını bildirmiştir. Mevcut çalışmanın bu bulgusuyla tutarlı olarak TTM ve DYB tanısı almış kişilerle yapılan bir çalışmada, TTM tanılı kişilerin saç yolmaya günde ortalama 1 saat vakit ayırdığı bulunmuştur (128). Çalışmada TTM grubunun %47,1'i yolma dürtüsünün en yoğun olduğu zaman aralığını 20.00-24.00 arası olarak bildirmiştir. Bu bulgu, yolma davranışının akşam saatlerinde arttığını belirten diğer çalışmalarla uyumludur (129,130).

Mevcut çalışmada, TTM grubundaki hastaların %41,2'si yolma davranışını başlatan belirli bir faktör olduğunu bildirmiştir. Alanyazın incelendiğinde, yolma davranışı başlangıcının çoğunlukla stresli olarak tanımlanan olaylarla ilişkilendirildiği görülmektedir. Belirtilerin sıklıkla ailedeki psikososyal stres ortamında geliştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (131). Buna benzer olarak mevcut çalışmada da katılımcıların %26,5'i başlatıcı faktörün aile ve ilişkisel stresörler olduğunu bildirmiştir. Literatüre bakıldığında, stresli durumların yanı sıra kişinin saçlarıyla daha fazla ilgilenmesine sebep olan unsurların da başlatıcı faktör olabileceği ileri sürülmüştür (7). Bunu destekleyecek şekilde mevcut çalışmada da katılımcıların %5,9'u saçla ilgili durumların başlatıcı faktör olduğunu belirtmiştir. Çalışmada, saç yolma davranışını tetikleyen etken olarak en sık stres/kaygı olmak üzere sırasıyla yalnız kalmak/sıkılmak ve hissedilen tüm duygular bildirilmiştir. Çalışmanın bu bulgusuyla benzer şekilde, TTM'de klinik özelliklerin incelendiği diğer çalışmalarda da stres ve kaygının yolma davranışını en çok tetikleyen unsurlar olduğu görülmektedir (8,129). Mevcut çalışmada katılımcıların birkaçı, yolma davranışını hem stres/kaygı gibi olumsuz atfedilen duyguların hem de mutluluk gibi olumlu duyguların tetiklediğini belirtmiştir. Aynı şekilde TTM tanılı

kişilerle yapılan başka bir çalışmada da, katılımcıların bazıları olumlu ve olumsuz duyguların bir arada tetikleyici unsur olduğunu bildirmiştir (129).

5.3. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Psikiyatrik hastalıklar bağlamında düşünüldüğünde içselleştirilmiş damgalanma, bireylerin sahip oldukları hastalıkla ilgili kalıp yargıları benimsemesi ve sosyal reddedilmeyi ön görmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler damgalamayı içselleştirdiklerinde öz saygı ve öz yeterliliklerinde azalma yaşamaktadır (132). Alanyazında, şizofreni ve bipolar bozukluk (BB) başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta içselleştirilmiş damgalanmanın incelendiği çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte TTM tanısı almış kişilerde içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik daha önce hiç araştırma yapılmadığı görülmektedir. Psikiyatrik hastalığa sahip kişilerde içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal ve mesleki işlevselliği düşürdüğünü, semptom şiddetini arttırdığını ve tedaviye uyumu azalttığını ileri süren birçok çalışma mevcuttur. Elde edilen bu bulgular, içselleştirilmiş damgalanmanın iyileşme sürecinin önünde ciddi bir engel oluşturduğunu göstermektedir (133). Bu sebeple, kronik seyir gösteren TTM hastalığında içselleştirilmiş damgalanmanın incelenmesi büyük önem taşımaktır. Bu çalışmada RHİDÖ kullanılarak elde edilen puanlar, TTM hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine dair fikirler sunmaktadır. Ölçeğin bir kesme puanı olmaması sebebiyle içselleştirilmiş damgalanma puanları kendi içinde değerlendirilirken ortalama puanlar referans noktası olarak alınmıştır. Bunun yanı sıra mevcut bulgular, alanyazındaki diğer içselleştirilmiş damgalanma çalışmalarıyla karşılaştırılmıştır.

Çalışmada yabancılaşma alt ölçeğinin, diğer alt ölçeklere göre daha yüksek bir ortalama puana sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgu, TTM hastalarının sahip oldukları psikiyatrik hastalık sebebiyle kendilerini toplumdan uzak, yabancılaşmış ve anlaşılmaz hissettiklerini göstermektedir. Farklı psikiyatrik hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayı inceleyen araştırmalara bakıldığında, mevcut çalışmanın bulgusuyla benzer şekilde, yabancılaşma alt ölçeğinin diğer alt ölçeklere göre daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir (134–136).

Çalışmada TTM grubunda kalıp yargıların onaylanması alt ölçek puanına bakıldığında, bu değerin ortalamanın biraz altında olduğu görülmektedir. Bu bulgu, katılımcıların kalıp yargıları tamamen onaylama eğiliminde olmadıklarını, bununla

birlikte kalıp yargıları tamamen reddetmediklerini ortaya koymaktadır. Buna ek olarak sosyal geri çekilme alt ölçek puanına bakıldığında ise orta seviyede bir sosyal geri çekilme yaşandığı görülmektedir. Elde edilen bu bulgu, TTM grubundaki katılımcıların sosyal ortamlardan ve etkileşimlerden belirli bir oranda kaçındıklarını göstermektedir.

Damgalanmaya karşı direnç ve algılanan ayrımcılık alt ölçek puanlarının, diğer alt ölçeklerin puanlarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Alanyazında OKB, BB ve şizofreni hastalarıyla yapılan içselleştirilmiş damgalanma çalışmaları incelendiğinde, mevcut çalışmanın bulgusuyla benzer şekilde, damgalanmaya karşı direnç ve algılanan ayrımcılık puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (134–136). Damgalanmaya karşı direnç, bireyin psikiyatrik hastalığıyla ile ilgili damgalanmayı reddetmesi ve damgaya karşı gösterdiği direnç olarak tanımlanabilir (137). Bu alt ölçekten alınan düşük puan, damgalanmaya karşı daha yüksek bir direnç olduğunu göstermektedir (138). Bu bilgi doğrultusunda mevcut çalışma bulgusu değerlendirildiğinde, TTM grubunun damgalanmaya karşı belirli bir oranda direnç gösterdiği söylenebilir. Algılanan ayrımcılık alt ölçek puanının düşük olması ise, TTM grubundaki katılımcıların çoğunun ayrımcılığa maruz kalmadığını veya olası bir ayrımcılığı daha az hissettiklerini göstermektedir.

Çalışma sonucunda toplam RHİDÖ puanı, 64,2±14,6 olarak bulunmuştur. Bu değer, yazındaki birçok içselleştirilmiş damgalanma çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda 63-65 puan aralığının orta düzeyde damgalanma olarak değerlendirildiği görülmektedir (139,140). Bunun yanı sıra mevcut çalışmada standart sapmanın yüksek olması, katılımcıların toplam puanları arasında geniş bir farklılık olduğuna işaret etmektedir. RHİDÖ toplam puanı en düşük olan katılımcı 41 puan, en yüksek olan katılımcı ise 95 puan almıştır. Bu sonuç, katılımcılarının bazılarının yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya, bazılarının ise düşük içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olduğunu göstermektedir.

5.4. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada TTM grubunda verilen klinik ölçek puanları, sosyodemografik özelliklere göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda, TTM grubunda evli olan kişilerin COPE-R yaklaşım alt ölçek puanı ve toplam COPE-R puanı, bekar olan kişilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, TTM grubunda evli olan kişilerin bekar kişilere göre stresli durumlarla daha doğrudan ve aktif başa çıktığını

göstermektedir. Alanyazın incelendiğinde, evli olan kişilerin psikolojik iyi oluş halinin ve algılanan sosyal destek düzeylerinin evli olmayan kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (141). Bu sosyal destek ortamı, evli olan kişilerin stresle daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerine katkıda bulunabilir.

TTM grubunda eğitim süresi göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında, eğitimi 16 yıl olanların COPE-R- kendine yardım, sakınma-kaçınma ve toplam puanı 12 yıl eğitim alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde eğitim süresinin başa çıkma tutumları üzerindeki etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte daha yüksek eğitimin sosyal destek ağlarına erişimi arttırdığını belirten araştırmalar mevcuttur (142). Sosyal ağlara erişimin artması, kişilerin zorlu durumlar karşısında sosyal destek arayışında bulunma ihtimallerini artırabilir. Bu durum, TTM grubunda eğitim süresi 16 yıl olanların COPE-R kendine yardım başa çıkma stratejisini daha fazla kullanmasının bir açıklaması olabilir. Çalışmada diğer ölçeklerde eğitim süresi açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. İçselleştirilmiş damgalanma alt ölçek ve toplam puanlarının eğitim süresine göre farklılık göstermemesi, alanyazındaki çoğu çalışmanın sonucuyla tutarsızlık göstermektedir. Bu çalışmalarda, daha uzun eğitim süresine sahip katılımcıların, içselleştirilmiş damgalanma alt ölçek ve toplam puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (106,143).

Mevcut çalışmada, gelir düzeyi ile değerlendirilen diğer ölçekler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Sosyodemografik değişkenlerin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisini inceleyen güncel bir çalışmada, gelir düzeyinin içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında farklılığa sebep olduğu belirtilmiştir (144). Benzer şekilde, Brantley ve arkadaşlarının gelir düzeyinin başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada da, düşük gelirli bireylerin, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerini daha yüksek gelirli birine göre anlamlı düzeyde daha fazla kullandığı bulunmuştur (145). Çalışmada ailede psikiyatrik hastalığın varlığı değişkeni ile değerlendirilen diğer ölçekler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alanyazında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında anlamlı bir farkın olduğunu ileri süren çalışmalar ağırlıklıdır (146,147). Bununla birlikte, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında anlamlı bir fark saptamayan araştırmalar da mevcuttur (144).

5.5. TRİKOTİLLOMANİ VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mevcut çalışmada, TTM grubunun depresyon düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. TTM tanılı yetişkinlerde depresyon düzeyini inceleyen çalışmalara bakıldığında, depresif belirtilerin sıklıkla TTM'ye eşlik ettiği görülmektedir (148). Mevcut çalışmanın bulgusuyla benzer şekilde, alanyazındaki birçok araştırmada TTM tanılı katılımcıların depresyon belirtileri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (64,149). TTM ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu, yolma davranışı ile bu davranışın sonuçlarının depresif ruh haline yol açabileceği görülmüştür. Bunun yanı sıra depresif ruh halini düzenlemenin bir yolu olarak patolojik saç yolmanın tetiklenebileceği ileri sürülmüştür (150).

Çalışmada TTM grubunun COPE-R kendine yardım alt ölçeğinden aldığı puan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. COPE-R kendine yardım boyutu, kişinin stresli durumlar karşısında duygularını anlamlandırma ve başkalarıyla paylaşma çabasını ifade etmektedir (124). Alanyazın incelendiğinde TTM'nin, belirli duygular ve düşünceler gibi istenmeyen içsel deneyimlerden kaçınma olarak tanımlanan deneyimsel kaçınma kavramıyla ilişkilendirildiği görülmektedir (151). Bu bilgi doğrultusunda mevcut çalışmada, TTM grubundaki katılımcıların zorlu durumlar karşısında hissettikleri duygulardan kaçındıkları ve bu sebeple TTM grubunda kendine yardım düzeyinin daha düşük bulunduğu söylenebilir. Bir diğer açıklama ise kontrol grubundaki kişilerin TTM grubundaki katılımcılara kıyasla stresli olaylar karşısında daha çok sosyal destek arayışında bulunması olabilir. Alanyazında bu görüşü destekleyecek şekilde, TTM hastalarının, çoğunlukla yolma davranışının başkaları tarafından öğrenilmesini engellemek amacıyla, yakın ilişkilerden kaçındığını gösteren çalışmalar mevcuttur (152,153).

Çalışmanın bir diğer bulgusu, TTM grubunun COPE-R sakınma-kaçınma alt ölçek puanının, kontrol grubuna göre önemli ölçüde yüksek olmasıdır. Alanyazın incelendiğinde, TTM tanısı almış kişilerin sosyal ve mesleki etkinliklerden kaçındığını ve bu kaçınmanın izolasyona sebep olduğunu ileri süren birçok çalışmaya rastlanmaktadır (117,149). Slikboer ve arkadaşlarının yaptığı güncel bir araştırmada, TTM tanılı kişilerin deneyimlediği kaçınma türlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır (154). Analizler sonucunda, saç yolma semptomlarıyla ilişkili olarak sosyal olmayan hedeflerden

kaçınma, kendini gizleme, davranışsal sosyal kaçınma, geleceği düşünmekten kaçınma ve ilişki sorunlarını çözmekten kaçınma olmak üzere beş kaçınma alanı olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışma, TTM grubunda başa çıkma tutumlarına dair bir bilgi sunmasa da bu gruptaki kaçınma davranışının sıklığına dair fikir vermektedir. Elde edilen bu bulgu, TTM grubunda COPE-R sakınma kaçınma puanının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmasını desteklemektedir.

Çalışmadan elde edilen bir diğer bulgu da, TTM grubunun COPE-R kendine ceza alt ölçek puanının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmasıdır. Alanyazında bazı çalışmalarda TTM tanısı almış kişilerin yaşadıkları problemler sebebiyle kendilerini suçladığı vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra ruminasyonun, bir diğer deyişle aynı durum üzerine tekrar tekrar düşünme durumunun saç yolma davranışı gösteren kişilerde sıklıkla görüldüğü ileri sürülmektedir (155). Yazarlar TTM'nin bu faktörlerle ilişkisinin üzerinde dursa da bu konuyla ilgili kapsamlı bilgi sunan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Mevcut çalışmada TTM ve kontrol gruplarının COPE-R yaklaşım ve uyum sağlama alt ölçeklerinden aldıkları puan ile toplam COPE-R puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Alanyazın incelendiğinde, kişinin doğrudan problem çözme yöntemlerini etkisiz bulduğu durumlarda, uyum stratejilerini kullanmaya yöneldiği görülmektedir (124). Bu durum, TTM ve kontrol gruplarının uyum sağlama alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmasının açıklamalarından biri olabilir. Bir diğer deyişle, TTM grubunda bulunan katılımcıların yolma davranışını kabullenmiş olmaları, kullandıkları başa çıkma stratejilerini etkilemiş olabilir. Bu bulgunun bir diğer açıklaması da TTM ve kontrol gruplarında bulunan katılımcıların belirli durumlarda benzer başa çıkma tutumlarını sergilemeleridir. Benzer başa çıkma tutumlarını sergilemeleri, TTM ve kontrol gruplarının COPE-R yaklaşım alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilememesinin de sebebi olabilir.

TTM ve kontrol gruplarının başa çıkma tutumları genel olarak değerlendirildiğinde, TTM grubunun maladaptif başa çıkma stratejilerini kontrol grubuna göre daha çok kullandığı görülmektedir. TTM ve DYB hastalarında psikolojik dayanıklılığın araştırıldığı bir çalışmada, TTM hastalarının psikolojik dayanıklılığın DYB ve kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur (156). TTM hastalarında

psikolojik dayanıklılığın düşük olması, bireylerin stresle daha etkili başa çıkmasını engelleyerek maladaptif başa çıkma stratejilerine başvurmalarına sebep olabilir.

5.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Mevcut çalışmada BDÖ'den alınan puan ile COPE-R sakınma-kaçınma alt boyut puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgu TTM hastalarında depresyon düzeyi yükseldikçe, sakınma-kaçınma başa çıkma stratejilerinin daha çok kullanıldığını göstermektedir. Depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, mevcut çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde, depresyonun kaçınma stratejileriyle pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (157,158). Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu da, BDÖ'den alınan puan ile COPE-R uyum sağlama alt boyut puanı arasında anlamlı düzeyde negatif yönlü bir ilişki tespit edilmesidir. Elde edilen bu bulgu, TTM hastalarında depresyon düzeyi yükseldikçe, başa çıkma yöntemi olarak uyum sağlama stratejilerinin daha az kullanıldığını göstermektedir. Alanyazın incelendiğinde, depresyonun maladaptif başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (124,159). Adaptif bir başa çıkma stratejisi olan uyum sağlama ise, stresli bir durumla karşılaşıldığında, bu stresörle ilgili neyin değiştirilip neyin değiştirilemeyeceğine yönelik bir uzlaşma ve kabulü içermektedir (124). Depresyon tanılı kişilerle yapılan, bilişsel terapinin başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini konu alan bir çalışmada, terapi ilerledikçe uyum sağlama stratejisinin daha yaygın kullanılmaya başlandığı bulunmuştur (160). Elde edilen bulgu, depresif belirtiler azaldıkça uyum sağlama stratejisinin arttığını göstermektedir. Bu da mevcut çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir. Aynı zamanda çalışmada BDÖ puanı ile RHİDÖ-sosyal geri çekilme alt ölçek puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgu TTM hastalarında depresyon düzeyi yükseldikçe, hastaların sosyal etkileşimlerden geri çekildiklerini göstermektedir. Aynı şekilde saç yolma nedeniyle TTM hastalarının kendilerini toplumdan izole etmesi de depresyon düzeyinin artmasına sebep olabilir. Çalışmada aynı zamanda BDÖ puanı ile RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçek puanı ve toplam RHİDÖ puanı arasında da anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Algılanan ayrımcılık alt ölçek puanı ile BDÖ puanı arasındaki ilişki, TTM hastalarında yaşanan ayrımcılık deneyimleri arttıkça, depresyon düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir. BDÖ puanı ile toplam RHİDÖ puanı arasındaki ilişki ise,

TTM hastalarında depresyon düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalanmanın arttığını işaret edebilir. Aynı şekilde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artması da kişinin iyi oluş halini, yaşam kalitesini ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyerek depresif belirtilerini artırabilir. Bir diğer deyişle TTM hastaları, içselleştirilmiş damgalanma ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiden çift yönlü olarak etkilenebilir. Alanyazın incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanma ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların da benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir (161).

Çalışmada COPE-R sakınma kaçınma alt ölçeğinden alınan puan ile RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Alanyazın incelendiğinde şizofreni tanılı kişilerle yapılmış bir çalışmada, mevcut çalışmanın bulgusuyla benzer şekilde, içselleştirilmiş damgalanmanın kaçınmacı başa çıkmayı arttığı bulunmuştur (108). Yazında genel içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yanı sıra, alt ölçeklerle ilgili bulguları destekleyen çalışmaların da olduğu görülmektedir. Algılanan ayrımcılık deneyimi bildiren kişilerin başa çıkma tutumlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında, en sık kullanılan başa çıkma stratejilerinden birinin kaçınma stratejileri olduğu görülmektedir (162,163). Holubova ve arkadaşlarının anksiyete bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, başa çıkma tutumları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdığı bir çalışmada ise, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinin aktif kaçınma stratejileriyle anlamlı ve pozitif bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur (164). Özetle, damgalanan bir grubun üyesi olan bireylerin stresli durumlar karşısında kaçınma stratejileri kullanmalarının, sosyal etkileşimlerden uzaklaşmalarına ve kendilerini izole etmelerine sebep olduğu söylenebilir (108). Bu izolasyon, içselleştirilmiş damgalanmanın oluşum sürecini pekiştirebilir. Bunun yanı sıra içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça kişi damgalanma ile başa çıkmak için daha fazla maladaptif başa çıkma stratejisi kullanabilir. Bu bilgiler ışığında mevcut çalışmanın bulgusu değerlendirildiğinde, TTM hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça daha çok kaçınmacı başa çıkma stratejileri kulanıldığı görümektedir. Bir diğer açıklama ise kullanılan işlevsiz başa çıkma stratejileri arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin de artmasıdır.

Aynı zamanda çalışmada, COPE-R kendine ceza alt ölçeğinden alınan puan ile sosyal geri çekilme alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Kendine ceza baş etme stratejisi, kişinin yaşadığı zorluklar

karşısında kendini suçlama ve problemi sürekli olarak düşünme eğilimini ifade etmektedir (124). Bu eğilimler kişinin kendisine yönelik olumsuz düşüncelerini artırarak sosyal etkileşimlerden geri çekilmesine sebep olabilir. Mevcut çalışmadaki COPE-R kendine ceza ve RHİDÖ sosyal geri çekilme alt boyutları arasındaki ilişki bu şekilde açıklanabilir. Bir diğer açıklama ise, sosyal geri çekilmenin kişilerin yalnızlık hissini artırarak stresli durumlarla başa çıkmada zorluk yaşamalarına sebep olmasıdır. Psikiyatrik hastalığa sahip kişiler, sıklıkla hastalıkları hakkında konuşmaktan çekinmekte ve başkaları tarafından yargılanacaklarına yönelik inançları sebebiyle sosyal ilişkilerden kaçınmaktadır (165). Sosyal etkileşimlerden geri çekilme arttıkça kişilerin yetersiz sosyal destek sebebiyle adaptif olmayan başa çıkma stratejileri kullanması mümkün görünmektedir.

Çalışmada COPE-R kendine ceza alt ölçeği ile pozitif yönde ilişkili bulunan bir diğer alt ölçek ise RHİDÖ yabancılaşma boyutudur. Kendine ceza ve yabancılaşma alt ölçeklerinin maddeleri incelendiğinde, iki alt boyutta da kişinin kendisine yönelik eleştirel yargılarını içeren cümlelerin olduğu görülmektedir. Yabancılaşma, kişinin psikiyatrik hastalığı sebebiyle kendisiyle ve özellikle toplumla kurduğu ilişkinin zayıflaması olarak ifade edilebilir (138). Kişinin başa çıkma stratejisi olarak kendine cezayı kullanması, kendisine yönelik olumsuz tutumunu arttırarak yabancılaşma hissini ortaya çıkarabilir. Mevcut çalışmadaki bulgunun bir diğer açıklaması ise, TTM hastalarının yabancılaşma hissi sebebiyle kendini izole etmesi ve bu izolasyon sonucunda iyi oluş halinin azalmasıyla birlikte maladaptif başa çıkma tutumlarını kullanmaya başlamasıdır. Özetle, TTM tanısı almış kişilerin yaşadıkları problemler sebebiyle sıklıkla kendilerini suçladığı ve bu suçluluk arttıkça toplumla kurdukları ilişkinin zayıfladığı görülmektedir.

Mevcut çalışmada MGH-SY'den alınan puan ile BDÖ ve COPE-R ölçeğinden puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. MGH-SY'den alınan puan ile RHİDÖ yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt ölçeklerinden alınan toplam puan ile toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Boyd ve arkadaşlarının yaptığı kapsamlı bir derlemede, daha şiddetli belirtilere sahip kişilerin, psikiyatrik hastalıkları ile ilgili daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma bildirdiği görülmektedir (161).

Yaş ile COPE-R yaklaşım, sakınma-kaçınma alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam COPE-R puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Alanyazında, yaş kavramının nasıl tanımlandığına bağlı olarak, yaşın başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisinin üç kategoriye ayrıldığı görülmektedir. İlk olarak biyolojik yaşlanma sebebiyle kişinin yaşadığı sağlık problemlerinin artışı ve bu artışın başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisinden bahsedilmektedir. İkinci olarak yaşın getirdiği kuşak farklılıklarının farklı başa çıkma tutumlarınının sergilenmesine yol açabileceği belirtilmektedir. Son olarak ise yaşın içsel gelişim süreçlerine olan etkisinin üzerinde durulmaktadır (166). Farklı kategorilerin varlığı, yaş ile başa çıkma stratejilerinin ilişkisini incelerken kapsamlı değerlendirme yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Alanyazında yaşın başa çıkma tutumları üzerindeki etkisini ele alan birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalarda elde edilen bulgulardan biri, yaş arttıkça kaçınmacı stratejilerin daha az kullanılmaya başlanmasıdır (166,167). Mevcut çalışmada ise, bu bulguyla örtüşmeyecek şekilde, yaş arttıkça kaçınma stratejilerinin daha fazla kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışmada, yaş arttıkça problem odaklı başa çıkma stratejilerinden biri olan yaklaşım alt boyutunun daha sık kullanıldığı bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde yaş ve problem odaklı başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların çelişkili bulgular sunduğu görülmektedir. Mevcut çalışmanın bulgularını destekleyecek şekilde, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin yaş arttıkça daha fazla gelişim gösterdiğini ileri süren çalışmalar mevcuttur (168). Bununla birlikte genç bireylerin, ileri yaştaki bireylere göre problem odaklı başa çıkma yöntemlerini daha sık kullandığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (169).

Yaş ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi bulunan bir diğer ölçek de RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğidir. Alanyazında yaş ve RHİDÖ puanları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların birçoğunda, yaş ve RHİDÖ değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (123,170). Drapalski ve arkadaşlarının yaptığı güncel bir araştırmada ise, mevcut çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde, yaş ile RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bu bulgular, yaş arttıkça kişinin sahip olduğu mental hastalığa ait kalıp yargıları daha fazla onayladığını göstermektedir (110).

Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu da günlük saç yolma sayısı ile RHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçek puanı ve toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmesidir. Günlük saç yolma sayısı, TTM'nin şiddetini belirleyen faktörlerden biridir (171). Bu sebeple günlük yolma sayısı ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasındaki ilişkinin, alanyazındaki semptom şiddeti ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini araştıran çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir (110). Bunun yanı sıra günlük yolma sayısının artışı, saç kaybına yol açarak kişinin fiziksel görünümünde belirgin bir değişikliğin oluşmasına sebep olabilir. Stemberger ve arkadaşlarının TTM tanısı almış kişilerin yaşadığı problemleri incelediği bir çalışmada, hastaların yolma davranışı ve oluşan saç kaybı sebebiyle sosyal ortamlardan ve belirli aktivitelerden kaçındığı ileri sürülmüştür (117). Kişilerin beden algılarına dair olumsuz düşünceleri ve hastalıkları sebebiyle duydukları utancın sosyal geri çekilmeye sebep olduğu görülmektedir. Bu bulgu, mevcut çalışmadan elde edilen sonucu destekler niteliktedir. Bunun yanı sıra Ricketts ve arkadaşlarının TTM hastalarında saç kaybının etkilerini araştırdığı bir çalışmada, şiddetli saç kaybının, psikolojik sorunların artışı ve sosyal reddedilme ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (15). Bu bilgi doğrultusunda mevcut çalışmadaki bulgu değerlendirildiğinde, kişinin yaşadığı sosyal reddedilme deneyimlerinin de sosyal geri çekilmeye sebep olduğu söylenebilir. Bir diğer açıklama ise kişinin yaşadığı saç kaybının psikolojik iyi oluş halini olumsuz etkileyerek içselleştirilmiş damgalanma düzeyini artırmasıdır.

Çalışmada günlük saç yolma süresi ile RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Alanyazın incelendiğinde, elde edilen bu bulguyu açıklayabilecek bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Yolmaya ayrılan günlük sürenin artması, hastalığın diğer insanlar tarafından fark edilmesine sebep olarak kişinin ayrımcılık deneyimlerini artırabilir. Bunun yanı sıra, ayrımcılık deneyimlerinin yarattığı olumsuz duygulanım sebebiyle duygu düzenlemenin bir yolu olarak saç yolmaya ayrılan süre artabilir.

5.7. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMAYI YORDAYAN DEĞİŞKENLER

Yapılan çoklu doğrusal (lineer) regresyon analizi sonucunda, MGH-SY puanının RHİDÖ yabancılaşma puanını anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Elde edilen bu

bulgu, hastaların TTM şiddeti arttıkça, TTM sebebiyle hissettikleri yabancılaşma hissinin arttığını göstermektedir. Alanyazında, TTM tanısı almış kişilerde artan semptom şiddetinin, psikososyal işlevsellikte bozulmaya ve yaşam kalitesinde düşüşe sebep olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur (149,172). Diefenbach ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada, TTM hastalarının yaşadığı problemlerin saç/kıl kaybıyla sınırlı olmadığı belirtilmiştir (149). Katılımcıların büyük bir kısmı sosyal etkileşimlerde sorun yaşadıklarını, iş yerinde veya ev ortamında verimliliklerinde düşüş olduğunu, kişisel bakımda zorlandıklarını, fiziksel sağlık problemleri yaşadıklarını ve kendilerini duygusal olarak iyi hissetmediklerini belirtmişlerdir. Bu bilgiler ışığında mevcut çalışma bulguları değerlendirildiğinde, TTM hastalarının çeşitli alanlarda yaşadığı zorlukların, toplumdan daha uzak hissetmelerine sebep olduğu görülmektedir. Bir diğer deyişle, semptom şiddetinin artması, yaşanan zorluklarının şiddetini de artırarak kişinin sahip olduğu psikiyatrik hastalık sebebiyle deneyimlediği yabancılaşma hissini derinleştirmektedir.

Aynı zamanda analiz sonucunda, COPE-R-sakınma-kaçınma alt ölçek puanının RHİDÖ kalıp yargılarının onaylanması alt ölçek puanını anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu, TTM hastalarının kaçınmacı başa çıkma stratejileri kullandıkça, sahip oldukları psikiyatrik hastalığa ait kalıp yargıları daha çok içselleştirdiklerini göstermektedir. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde başa çıkma stratejilerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, kaçınmacı başa çıkmayı kullanan kişilerin daha çok depresif belirti bildirdiği ve kaçınmacı başa çıkmanın daha az iyi oluş ile ilişkilendirildiği görülmektedir (173,174). Bir diğer deyişle maladaptif başa çıkma yöntemlerinin kullanımı, kişinin iyi oluş halini olumsuz yönde etkileyerek tanı aldığı psikiyatrik hastalığına yönelik etiketleri daha çok benimsemesine sebep olabilir.

Analizde uygulanan modellerden birinde, BDÖ puanının RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçek puanını yordadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, TTM hastalarının depresyon düzeyleri arttıkça, kendilerini daha fazla ayrımcılığa maruz kalmış hissettiklerini göstermektedir. Bunun sebeplerinden biri, depresyon düzeyi yüksek kişilerin işlevsiz düşünce kalıpları nedeniyle çevreleriyle etkileşim kurarken bazı durumları yanlış yorumlamaları olabilir. Alanyazında, depresyonu olan kişilerin düşünce kalıplarının depresyonu olmayan kişilere göre belirgin farklılıklar gösterdiğini ileri süren birçok çalışma bulunmaktadır (175,176).

Analiz sonucunda, MGH-SY puanının RHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçek puanını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu, TTM hastalarının semptom şiddeti arttıkça sosyal etkileşimlerden kendilerini daha fazla geri çektiklerini göstermektedir. Alanyazında, TTM hastalarının kendilerini izole ettiklerini, çeşitli aktivitelerden kaçındıklarını ve hastalıklarıyla ilgili durumları başkalarıyla paylaşmaktan çekindiklerini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Kişinin yolma sıklığının, şiddetinin ve yolmaya bağlı olarak hissettiği sıkıntının artması, fiziksel görünümünde yolmaya bağlı belirgin değişikliklerin oluşmasına ve sahip olduğu psikiyatrik hastalıkla ilgili daha kötü hissetmesine sebep olmaktadır. Dış görünüşte fark edilir bir saç/kıl kaybının olması, psikiyatrik hastalığı daha görünür kılan bir durumdur. Bu da TTM hastalarının sosyal ortamlardan uzaklaşmalarına ve hastalıklarıyla ilgili utanç, yetersizlik, suçluluk gibi duygular hissetmelerine yol açmaktadır (149,177)

Aynı zamanda analiz sonucunda, MGH-SY puanının RHİDÖ toplam puanını da anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Mevcut çalışmada, MGH-SY puanının hem RHİDÖ yabancılaşma ve sosyal geri çekilme alt ölçek puanlarını hem de toplam RHİDÖ puanını anlamlı düzeyde yordaması, semptom şiddetinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi üzerindeki etkisini göstermektedir. Alanyazında, mevcut çalışma bulgularıyla benzer şekilde, daha fazla semptom şiddetinin daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle ilişkili bulunduğu araştırmalar mevcuttur (110,133).

5.8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmada örneklem sayısının küçük olması sebebiyle bulguların TTM tanısı alan tüm yetişkinlere genelleştirilmesi mümkün değildir. Aynı zamanda örneklemde erkek katılımcı sayısının az olması, cinsiyet temelli farklılıkların incelenmesinde sınırlılıklara sebep olmaktadır. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise, çalışmaya dahil edilen hasta grubunda eşlik eden tüm psikiyatrik hastalıkların dışlanmamasıdır. Bir diğer sınırlılık da değişkenleri ölçmek için öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasıdır. Gelecekte yapılacak çalışmaların geniş örneklem içermesi, eşit cinsiyet dağılımına sahip olması ve çalışmalarda eşlik eden psikiyatrik hastalıkların kontrol edilmesi, TTM hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve başa çıkma tutumlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmanın bulgularına göre, TTM tanısı almış kişilerin sağlıklı kontrol grubuna göre uyumsuz (maladaptif) başa çıkma tutumlarını daha fazla tercih ettiği sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu bulgu, TTM grubunun başa çıkma tutumlarına yönelik hipotezimizi doğrulamaktadır.

Aynı zamanda çalışma sonucunda, uyumsuz başa çıkma tutumları arasında yer alan COPE-R sakınma-kaçınma alt ölçeğinden alınan puan ile RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra uyumsuz başa çıkma tutumlarından bir diğeri olan COPE-R kendine ceza alt ölçek puanı ile RHİDÖ yabancılaşma, sosyal geri çekilme alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bu bulgular, uyumsuz atfedilen başa çıkma stratejileri ile içselleştirilmiş damgalanma puanlarının pozitif yönde ilişkili bulunacağına yönelik hipotezimizi doğrulamaktadır.

MGH-SY puanı ile diğer değişkenlerin ilişkisine bakıldığında, MGH-SY puanı ile BDÖ ve COPE-R puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu bulgu, TTM hastalarında hastalık şiddeti ile uyumsuz başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunacağına yönelik hipotezimizi doğrulamamaktadır.

Bununla birlikte MGH-SY puanı ile RHİDÖ yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt ölçeklerinden alınan puan ve toplam RHİDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Buna ek olarak yapılan regresyon analizi sonucunda, MGH-SY puanının RHİDÖ yabancılaşma, sosyal geri çekilme alt ölçek puanları ile toplam RHİDÖ puanını anlamlı düzeyde pozitif yönlü olarak yordadığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu, hastalık şiddeti arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artacağına yönelik hipotezimizi doğrulamaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında, bulgular TTM hastalarıyla oluşturulacak tedavi planında içselleştirilmiş damgalanmanın da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Hastalar, aile üyeleri ve toplum bu konuda bilgilendirilmelidir. Buna ek olarak içselleştirilmiş damgalanma ve uyumsuz başa çıkma tutumları arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda, TTM hastalarının uyumlu başa çıkma stratejileri kullanması yönünde teşvik edilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

1. Association DAP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 2013.
2. Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, *173*(9), 868-874.
3. Grant, J. E., Dougherty, D. D., & Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania. *Psychiatry research*, *288*, 112948.
4. Pirdogan Aydin, E., Bilge, Y., Demirci, H., & Ozer, O. A. (2024). Hair pulling in a sample of Turkish university students: prevalence, clinical characteristics, predictors, and sex differences. *Current Psychology*, *43*(32), 26093-26104.
5. Ali, A., Ioannidis, K., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2024). Cognition in trichotillomania: a meta-analysis. *CNS spectrums*, *29*(3), 158-165.
6. Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual review of clinical psychology*, *11*(1), 165-186.
7. Penzel, F. (2003). *The hair-pulling problem: A complete guide to trichotillomania*. Oxford University Press.
8. França, K., Kumar, A., Castillo, D., Jafferany, M., Hyczy da Costa Neto, M., Damevska, K., ... & Lotti, T. (2019). Trichotillomania (hair pulling disorder): clinical characteristics, psychosocial aspects, treatment approaches, and ethical considerations. *Dermatologic Therapy*, *32*(4), e12622.
9. Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 181-193.
10. Woods, D. W., & Houghton, D. C. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. *Psychiatric Clinics*, *37*(3), 301-317.
11. Yılmaz, E., & Okanlı, A. (2015). The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, *29*(5), 297-301.
12. Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., ... & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, *246*, 500-506.
13. Cash. (1999). The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature. *British Journal of Dermatology*, *141*(3), 398-405.
14. Schielein, M. C., Tizek, L., Ziehfreund, S., Sommer, R., Biedermann, T., & Zink, A. (2020). Stigmatization caused by hair loss–a systematic literature review. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *18*(12), 1357-1368.
15. Ricketts, E. J., Brandt, B. C., & Woods, D. W. (2012). The effects of severity and causal explanation on social perceptions of hair loss. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*(4), 336-343.
16. Bradley, B., & Ecks, S. (2018). Disentangling family life and hair pulling: Trichotillomania and relatedness. *Medical Anthropology*, *37*(7), 568-581.
17. Kelley, A. D. (2015). *" They would think that I was a freak or something": impression management in trichotillomania, a hair-pulling disorder*. University of Delaware.
18. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
19. Wood, S. K., & Bhatnagar, S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of Stress*, *1*, 164-173.
20. İlter, Z. Ç., Çetin, S. B., Özkorumak, E., & Tiryaki, A. (2023). The relationship between internalized stigma and coping strategies in bipolar disorder. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *26*(1).
21. Hatfield, A. B., & Lefley, H. P. (1993). *Surviving mental illness: Stress, coping, and adaptation*. Guilford Press.
22. Jenkins, D. (2024). Exploring coping strategies used by individuals exhibiting symptoms of trichotillomania: A qualitative study.
23. Budimir, S., Probst, T., & Pieh, C. (2021). Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Mental Health*, *30*(2), 156-163.
24. Stein, D. J., Christenson, G. A., & Hollander, E. (Eds.). (1999). *Trichotillomania*. American Psychiatric Pub.
25. Kim, W. B. (2014). On trichotillomania and its hairy history. *JAMA dermatology*, *150*(11), 1179-1179.
26. Chamberlain, S. R., Odlaug, B. L., Boulougouris, V., Fineberg, N. A., & Grant, J. E. (2009). Trichotillomania: neurobiology and treatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *33*(6), 831-842.

27. Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: Toward DSM-V. *Depression and Anxiety*, *27*(6), 611-626.
28. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Text revision*.
29. Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and anxiety*, *31*(6), 487-493.
30. Adams, K., & Jones Jr, J. V. (1998). Trichotillomania: Its classification and treatment. *TCA Journal*, *26*(1), 10-27.
31. Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *29*(3), 399-419.
32. Ferrão, Y. A., Miguel, E., & Stein, D. J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive–compulsive disorder: How closely are they related?. *Psychiatry Research*, *170*(1), 32-42.
33. Thomson, H. A., Farhat, L. C., Olfson, E., Levine, J. L., & Bloch, M. H. (2022). Prevalence and gender distribution of trichotillomania: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *153*, 73-81.
34. Christenson, G. A., Pyle, R. L., & Mitchell, J. E. (1991). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(10), 415-417.
35. Walther, M. R., Snorrason, I., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Burkel, R., & Woods, D. W. (2014). The trichotillomania impact project in young children (TIP-YC): clinical characteristics, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*, 24-31.
36. Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J. E. (1991). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(3), 365-370.
37. Cohen, L. J., Stein, D. J., Simeon, D., Spadaccini, E., Rosen, J., Aronowitz, B., & Hollander, E. (1995). Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *56*(7), 319-326.
38. Bruce, T. O., Barwick, L. W., & Wright, H. H. (2005). Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Pediatric Drugs*, *7*, 365-376.
39. Sah, D. E., Koo, J., & Price, V. H. (2008). Trichotillomania. *Dermatologic Therapy*, *21*(1), 13-21..
40. Flessner, C. A., Lochner, C., Stein, D. J., Woods, D. W., Franklin, M. E., & Keuthen, N. J. (2010). Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(12), 896-900.
41. Wright, H. H., & Holmes, G. R. (2003). Trichotillomania (hair pulling) in toddlers. *Psychological Reports*, *92*(1), 228-230.
42. Keuthen, N. J., Fraim, C., Deckersbach, T., Dougherty, D. D., Baer, L., & Jenike, M. A. (2001). Longitudinal follow-up of naturalistic treatment outcome in patients with trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(2), 101-107.
43. Coyne, A. F., Carlson, E. J., Malloy, E. J., & Haaga, D. A. (2024). Predicting response to and relapse after treatment of trichotillomania with the Comprehensive Behavioral model (ComB). *Bulletin of the Menninger Clinic*, *88*(1), 81-99.
44. Falkenstein, M. J., Rogers, K., Malloy, E. J., & Haaga, D. A. (2014). Predictors of relapse following treatment of trichotillomania. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(4), 345-353.
45. Keuthen, N. J., Altenburger, E. M., & Pauls, D. (2014). A family study of trichotillomania and chronic hair pulling. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *165*(2), 167-174.
46. Zhang, J., & Grant, J. E. (2022). Significance of family history in understanding and subtyping trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, *119*, 152349.
47. Novak, C. E., Keuthen, N. J., Stewart, S. E., & Pauls, D. L. (2009). A twin concordance study of trichotillomania. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *150*(7), 944-949.
48. Isobe, M., Redden, S. A., Keuthen, N. J., Stein, D. J., Lochner, C., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2018). Striatal abnormalities in trichotillomania: A multi-site MRI analysis. *NeuroImage: Clinical*, *17*, 893-898.
49. Chamberlain, S. R., Menzies, L. A., Fineberg, N. A., Del Campo, N., Suckling, J., Craig, K., Ulrich, M., Robbins, T.W., Bullmore, E.T. & Sahakian, B. J. (2008). Grey matter abnormalities in trichotillomania: Morphometric magnetic resonance imaging study. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(3), 216-221.
50. Keuthen, N. J., Makris, N., Schlerf, J. E., Martis, B., Savage, C. R., McMullin, K., Seidman, L.J., Schmahmann, J.D., Kennedy, D.N., Hodge, S.M. & Rauch, S. L. (2007). Evidence for reduced cerebellar volumes in trichotillomania. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 374-381.

51. Slikboer, R., Nedeljkovic, M., Bowe, S. J., & Moulding, R. (2017). A systematic review and meta-analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical Psychologist*, *21*(1), 20-32.
52. Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, *163*(7), 1282-1284.
53. Bohne, A., Savage, C. R., Deckersbach, T., Keuthen, N. J., & Wilhelm, S. (2008). Motor inhibition in trichotillomania and obsessive–compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *42*(2), 141-150.
54. Bohne, A., Keuthen, N., & Wilhelm, S. (2005). Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Annals of Clinical Psychiatry*, *17*(4), 227-232.
55. Stanley, M. A., Hannay, H. J., & Breckenridge, J. K. (1997). The neuropsychology of trichotillomania. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(5), 473-488.
56. Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Clark, L., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2007). A neuropsychological comparison of obsessive–compulsive disorder and trichotillomania. *Neuropsychologia*, *45*(4), 654-662.
57. Demirci, H., Aydın, E. P., Kenar, J. G., Özer, Ö. A., & Karamustafalıoğlu, K. O. (2021). Decision-making performance in Trichotillomania and skin picking disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *31*, 100688.
58. França, K., & Jafferany, M. (2017). *Trichotillomania (hair pulling disorder): clinical characteristics, psychological interventions and emotional effects*. Nova biomedical.
59. Krishnan, K. R. R., Davidson, J. R. T., & Guajardo, C. (1985). Trichotillomania—a review. *Comprehensive Psychiatry*, *26*(2), 123-128.
60. Singh, A. N., & Maguire, J. (1989). Trichotillomania and incest. *The British Journal of Psychiatry*, *155*(1), 108-110.
61. Özten, E., Sayar, G. H., Eryılmaz, G., Kağan, G., Işık, S., & Karamustafalıoğlu, O. (2015). The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1203-1210.
62. Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., ... & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, *15*(2), 66-68.
63. Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., & John, U. (2004). Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 435-441.
64. Lochner, C., Keuthen, N. J., Curley, E. E., Tung, E. S., Redden, S. A., Ricketts, E. J., ... & Stein, D. J. (2019). Comorbidity in trichotillomania (hair-pulling disorder): A cluster analytical approach. *Brain and Behavior*, *9*(12), e01456.
65. Mansueto, C. S., Thomas, A. M., & Brice, A. L. (2007). Hair pulling and its affective correlates in an African-American university sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(4), 590-599.
66. Gerstenblith, T. A., Jaramillo-Huff, A., Ruutiainen, T., Nestadt, P. S., Samuels, J. F., Grados, M. A., ... & Bienvenu, O. J. (2019). Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *94*, 152123.
67. Stein, D. J., Chamberlain, S. R., & Fineberg, N. (2006). An ABC model of habit disorders: Hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectrums*, *11*(11), 824-827.
68. Stein, D. J., Flessner, C. A., Franklin, M., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Woods, D. W. (2008). Is trichotillomania a stereotypic movement disorder? An analysis of body-focused repetitive behaviors in people with hair-pulling. *Annals of Clinical Psychiatry*, *20*(4), 194-198.
69. Konkan, R., Şenormancı, Ö., & Sungur, M. Z. (2011). Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *21*(3), 265-274.
70. Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2008). Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(6), 579-584.
71. Diefenbach, G. J., Mouton-Odum, S., & Stanley, M. A. (2002). Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(11), 1305-1315.
72. Snorrason, I., Ricketts, E. J., Stein, A. T., & Björgvinsson, T. (2021). Trichophagia and trichobezoar in trichotillomania: a narrative mini-review with clinical recommendations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *31*, 100680.
73. Christenson, G. A. H., & Mackenzie, T. B. (1994). Trichotillomania. In *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 217-235). Boston, MA: Springer US.

74. Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., & Cashin, S. E. (2008). Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 345-357.
75. Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Dombrowski, P., Kelmendi, B., Wegner, R., Nudel, J., ... & Coric, V. (2007). Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological Psychiatry*, *62*(8), 839-846.
76. Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Marsteller, F. A., Knight, B. T., & Eccard, M. B. (2000). A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(1), 47-50.
77. Baczynski, C., & Sharma, V. (2020). Pharmacotherapy for trichotillomania in adults. *Expert opinion on pharmacotherapy*, *21*(12), 1455-1466.
78. Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2009). N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *66*(7), 756-763.
79. Özcan, D., & Seçkin, D. (2016). N-Acetylcysteine in the treatment of trichotillomania: remarkable results in two patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *30*(9), 1606-1608.
80. Bloch, M. H., Panza, K. E., Grant, J. E., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2013). N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(3), 231-240.
81. Swedo, S. E., Leonard, H. L., Rapoport, J. L., Lenane, M. C., Goldberger, E. L., & Cheslow, D. L. (1989). A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine*, *321*(8), 497-501.
82. Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., Mitchell, J. E., & Callies, A. L. (1991). A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(11), 1566-1571.
83. van Minnen, A., Hoogduin, K. A., Keijsers, G. P., Hellenbrand, I., & Hendriks, G. J. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *60*(5), 517-522.
84. Jones, G., Keuthen, N., & Greenberg, E. (2018). Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in Dermatology*, *36*(6), 728-736.
85. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., Bennett, M., & Oakman, J. (2010). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(10), 16788.
86. Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J. M., & Farvolden, P. (1999). The potential role of haloperidol in the treatment of trichotillomania. *Journal of Affective Disorders*, *56*(2-3), 219-226.
87. White, M. P., & Koran, L. M. (2011). Open-label trial of aripiprazole in the treatment of trichotillomania. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *31*(4), 503-506.
88. Manee, F. M. (2013). The effect of Habit Reversal Training (HRT) on Trichotillomania (TTM). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, *17*(6).
89. Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior Modification*, *44*(1), 70-91.
90. Bate, K. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. T., & Bhullar, N. (2011). The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *31*(5), 865-871.
91. Sarah H, M., Hana F, Z., Hilary E, D., & Martin E, F. (2013). Habit reversal training in trichotillomania: guide for the clinician. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(9), 1069-1077.
92. Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, *11*(4), 619-628.
93. Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Welch, S. S., Taylor, C., Falkenstein, M., Heekin, M., ... & Jenike, M. A. (2010). Pilot trial of dialectical behavior therapy-enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depression and Anxiety*, *27*(10), 953-959.
94. Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Fama, J., Altenburger, E., Falkenstein, M. J., Sprich, S. E., ... & Welch, S. S. (2012). DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, *1*(3), 106-114.
95. Demirci, H., Aydin, E. P., Kenar, J. G., Ozer, O. A., & Karamustafalioglu, K. O. (2022). Metacognitive functions of patients with trichotillomania and skin picking disorder. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, *35*(3).

96. Shareh, H. (2018). A preliminary investigation of metacognitive therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavioural and Cognitive Pychotherapy*, *46*(1), 1-20.
97. Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
98. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363-385.
99. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150-2161.
100. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614.
101. Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, *56*(5), 551-556.
102. Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*(1), 1-9.
103. LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, *2*(2), 409-432.
104. Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, *10*, 1-11.
105. Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Reports*, *17*(9), 1250-1253.
106. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, *122*(1-3), 232-238.
107. Maharjan, S., & Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *19*, 1-8.
108. Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, *59*(12), 1437-1442.
109. Park, K., MinHwa, L., & Seo, M. (2019). The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, *65*(7-8), 558-565.
110. Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, *64*(3), 264-269.
111. Firmin, R. L., Lysaker, P. H., Luther, L., Yanos, P. T., Leonhardt, B., Breier, A., & Vohs, J. L. (2019). Internalized stigma in adults with early phase versus prolonged psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(4), 745-751.
112. Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., ... & Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 665-672.
113. Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 202-215.
114. Abiri, S., Oakley, L. D., Hitchcock, M. E., & Hall, A. (2016). Stigma related avoidance in people living with severe mental illness (SMI): Findings of an integrative review. *Community Mental Health Journal*, *52*, 251-261.
115. Glazier, K., Wetterneck, C., Singh, S., & Williams, M. (2015). Stigma and shame as barriers to treatment for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Depression and Anxiety*, *4*(3), 191.
116. Boysen, G. A., & Vogel, D. L. (2008). Education and mental health stigma: The effects of attribution, biased assimilation, and attitude polarization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *27*(5), 447-470.
117. Stemberger, R. M. T., Thomas, A. M., Mansueto, C. S., & Carter, J. G. (2000). Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(1), 97-104.
118. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267.
119. Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 464). Springer.
120. Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(5), 946.
121. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirligi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, *7*, 3-13.

122. Aydın, E. P., Kenar, J. G., Altunay, İ. K., Deniz, F., Özer, Ö. A., & Karamustafalıoğlu, K. O. (2023). Massachusetts General Hospital hairpulling scale: validity and reliability study of the Turkish Form. *Turkish Journal of Psychiatry*, *34*(1), 2.
123. Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *18*(2), 163-171.
124. Zuckerman, M., & Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, *37*(3), 169-204.
125. Dicle, A. N., & Ersanlı, K. (2019). Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science*, *16*(16), 111-126.
126. Ricketts, E. J., Snorrason, I., Kircanski, K., Alexander, J. R., Stiede, J. T., Thamrin, H., ... & Woods, D. W. (2019). A latent profile analysis of age of onset in trichotillomania. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *31*(3), 169.
127. Franklin, M. E., Flessner, C. A., Woods, D. W., Keuthen, N. J., Piacentini, J. C., Moore, P., ... & Board, T. L. C. S. A. (2008). The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *29*(6), 493-500.
128. Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008). Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, *20*(2), 57-63.
129. du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2001). Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(3), 247-256.
130. Lochner, C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2010). Chronic hair-pulling: phenomenology-based subtypes. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(2), 196-202.
131. Oranje, A. P., Peereboom-Wynia, J. D., & De Raeymaecker, D. M. (1986). Trichotillomania in childhood. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *15*(4), 614-619.
132. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and Practice*, *9*(1), 35.
133. Pearl, R. L., Forgeard, M. J., Rifkin, L., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2017). Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*, *2*(1), 2.
134. de Filippis, R., Menculini, G., D'Angelo, M., Carbone, E. A., Tortorella, A., De Fazio, P., & Steardo Jr, L. (2022). Internalized-stigma and dissociative experiences in bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 953621.
135. Türk, A., & Uğurlu, N. B. (2023). Internalized stigma and the quality of life and self-esteem of individuals with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, *14*(1), 49.
136. Ansari, E., Mishra, S., Tripathi, A., Kar, S. K., & Dalal, P. K. (2020). Cross-sectional study of internalised stigma and medication adherence in patients with obsessive compulsive disorder. *General Psychiatry*, *33*(2).
137. Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(2), 316-323.
138. Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49.
139. Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Grambal, A., & Sigmundova, Z. (2015). Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1767-1779.
140. Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., ... & Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder–cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2439-2448.
141. Soulsby, L. K., & Bennett, K. M. (2015). Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology*, *6*(11), 1349-1359.
142. Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 275-297.
143. Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International Journal of Mental Health Systems*, *7*, 1-8.
144. Çapar, M., & Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, *55*(1), 103-111.
145. Brantley, P. J., O'hea, E. L., Jones, G., & Mehan, D. J. (2002). The influence of income level and ethnicity on coping strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*, 39-45.

146. Korkmaz, G., & Küçük, L. (2016). Internalized stigma and perceived family support in acute psychiatric in-patient units. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(1), 55-61.
147. Yildirim, T., & Kavak Budak, F. (2020). The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(1), 168-174.
148. Grant, J. E., Redden, S. A., Medeiros, G. C., Odlaug, B. L., Curley, E. E., Tavares, H., & Keuthen, N. J. (2017). Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *21*(4), 302-306.
149. Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Crocetto, J., & Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(7), 869-884.
150. Houghton, D. C., Maas, J., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Compton, S. N., Neal-Barnett, A. M., ... & Woods, D. W. (2016). Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Research*, *239*, 12-19.
151. Angelakis, I., & Pseftogianni, F. (2021). Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *138*, 228-239.
152. Wetterneck, C. T., Woods, D. W., Norberg, M. M., & Begotka, A. M. (2006). The social and economic impact of trichotillomania: results from two nonreferred samples. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*, *21*(2), 97-109.
153. Falkenstein, M. J. (2016). *Expanding the scope of treatment for trichotillomania: Treatment modalities and interpersonal context*. American University.
154. Slikboer, R., Castle, D. J., Nedeljkovic, M., & Rossell, S. L. (2018). Types of avoidance in hair-pulling disorder (trichotillomania): An exploratory and confirmatory analysis. *Psychiatry Research*, *261*, 154-160.
155. Vardikhan, S. K. I., Hassanzadeh, R., & Emadian, S. O. (2024). Examining the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity, Emotion Regulation, Rumination, and Self-Criticism in Individuals with Trichotillomania. *Health Nexus*, *2*(1), 57-65.
156. Aydın, E. P., Demirci, H., Kenar, J. G., Özer, Ö. A., & Karamustafalioglu, O. (2022). Trikotillomani ve deri yolma bozukluğunda psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *25*(4).
157. Satija, Y. K., Advani, G. B., & Nathawat, S. S. (1998). Influence of stressful life events and coping strategies in depression. *Indian Journal of Psychiatry*, *40*(2), 165-171.
158. Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., ... & Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*, *168*(1), 57-66.
159. Özarslan, Z., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z. I., & Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal*, *26*(3), 130-135.
160. Drapeau, M., Blake, E., Dobson, K. S., & Körner, A. (2017). Coping strategies in major depression and over the course of cognitive therapy for depression. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *51*(1).
161. Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(1), 221-231.
162. Sanders Thompson, V. L. (2006). Coping responses and the experience of discrimination 1. *Journal of Applied Social Psychology*, *36*(5), 1198-1214.
163. Truszczynski, N., Singh, A. A., & Hansen, N. (2022). The discrimination experiences and coping responses of non-binary and trans people. *Journal of Homosexuality*, *69*(4), 741-755.
164. Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Kantor, K., Vanek, J., Slepecky, M., & Vrbova, K. (2019). Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 81-95.
165. Newheiser, A. K., & Barreto, M. (2014). Hidden costs of hiding stigma: Ironic interpersonal consequences of concealing a stigmatized identity in social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, *52*, 58-70.
166. Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*, *46*(4), 174-180.
167. Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: Age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging & Mental Health*, *7*(2), 123-132.
168. Trouillet, R., Doan-Van-Hay, L. M., Launay, M., & Martin, S. (2011). Impact of age, and cognitive and coping resources on coping. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, *30*(4), 541-550.

169. Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age differences in stress and coping: Problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, *86*(4), 347-363.
170. Çam, O., & Çuhadar, D. (2013). Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(2), 230-246.
171. Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Crocetto, J., Maltby, N., & Hannan, S. (2005). Assessment of trichotillomania: a psychometric evaluation of hair-pulling scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*, 169-178.
172. Odlaug, B. L., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2010). Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(8), 823-829.
173. Herman-Stabl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, *24*(6), 649-665.
174. Frydenberg, E., & Lewis, R. (2009). Relations among well-being, avoidant coping, and active coping in a large sample of Australian adolescents. *Psychological Reports*, *104*(3), 745-758.
175. Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*(4), 324-333.
176. Marton, P., Churchard, M., & Kutcher, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *18*(3), 103.
177. Casati, J., Toner, B. B., & Yu, B. (2000). Psychosocial issues for women with trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(5), 344-351.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.06.2023-18393

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 26.05.2023
Toplantı Sayısı : 2023/11
Karar Sayısı : 11/30

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Dr. Öğr. Üyesi Hasan Demirci'nin sorumlu, Psk.Dilan ALTINMAKAS ve Doç.Dr.Efruz Pirdoğan AYDIN'ın yardımcı araştırmacı olduğu 23/339 kayıt numaralı ***"Trikotillomani hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 26.05.2023 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER
Öğretim Üyesi

30.05.2023 Memur

Feyzanur SEZGİN

EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Dilan Altınmakas'ın yüksek lisans tezi kapsamında ve Dr. Öğretim Üyesi Hasan Demirci danışmanlığında yürütülmektedir.

Araştırmanın birincil amacı trikotillomani tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve başa çıkma tutumlarını incelemektir. Toplanan veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, kimliğinizi ortaya çıkarabilecek kayıtlar gizli kalacak, elde edilen kişisel bilgiler ve uygulanacak testlere verdiğiniz cevaplar araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi saklı tutulacaktır.

Araştırmaya trikotillomani tanısı almış 40 ve sağlıklı kontrol grubu için 40 olmak üzere toplam 80 kişinin katılması beklenmektedir. Çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Araştırma süreci boyunca sizden beklenen, yönergelere dikkatli bir şekilde uymak ve ölçekler üzerinde yer alan soruları dürüst şekilde cevaplamaktır. Hiçbir sorumluluk altından kalmadan soruların bir kısmına cevap vermeme, araştırmaya katılmayı reddetme veya araştırmadan çekilme hakkına sahip olacaksınız.

'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.'

Gönüllü Katılımcı	**Araştırmacı**
İmza	**İmza**

EK-3.Demografik Bilgi Formu

1. **Cinsiyet:**
2. **Yaş:**
3. **Telefon:**
4. **Medeni Durum:** a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul
5. **Gelir düzeyi:**
6. **Eğitim Süresi:** a) okuma-yazma biliyor b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
7. **Çalışabilirlik:** a) Çalışıyor b) Çalışmıyor c) Emekli d) Ev hanımı e) Öğrenci
8. **Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü:**
9. **Psikiyatri Dışı İlaç Kullanımı:** a) Yok b) Var (.....)
10. **Bedensel hastalık var mı?** 1) Var 2)Yok

11. **Saçınızı ilk defa kaç yaşında yoldunuz?**
12. **Hastalığın süresi:**
13. **Yolduğunuzda, neden yoluyorsunuz?**

□ Gözenekleri açmak □ enfeksiyondan kurtulmak □ parazitleri uzaklaştırmak □ alışkanlık
□ Kişisel hijyen □ hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek □ rahatsızlığıhafifletmek
□ Kaşıntıyı hafifletmek □ gerginliği azaltmak □ cinsel uyarım □ zevk
□ Diğer nedenler? Lütfen açıklayın_____

14. **Hangi kliniğin yönlendirdiği/Geçmişteki tedavileri:**

15. **Halen Almakta Olduğu Tedavi:**
16. **Hastalığın başlamasına neden olan stresör varlığı/Atakları tetikleyen ve artıranstresör varlığı?**

17. **Saçınızı yolduğunuz bütün vücut bölgelereni söyleyin:**

18. **Günde yaklaşık kaç defa yoldunuz?**

0____1-3____4-6_____7-10____1-20___>20___

19. **Ortalama bir günde toplamda epizodlar ne kadar sürüyor?**

<1 dakika_____1-5 dak._____6-15dak._____16-30 dak.___31-60dak___
1-3 saat_____4-6saat_____>6 saat___

20. **Lütfen yolma isteğinin ya da dürtüsünün en yoğun olduğu zamanı belirtin**

Sabah 8- öğlen 12 : öğlen 12 – öğleden sonra 4 : öğleden sonra 4–akşam 8:
akşam 8 - geceyarısı : geceyarısı-sabah8:

EK-4.Massachusetts Genel Hastane (MGH-SY) Saç/Kıl Yolma Ölçeği

İsim:_____ Tarih:_____

Massachusetts Genel Hastane (MGH) Saç/Kıl Yolma Ölçeği

TALİMATLAR: Her soru için, geçen hafta boyunca davranışlarınızı ve/veya duygularınızı en iyi tanımlayan açıklamayı işaretleyininiz. Davranış ve duygularınız değişkense, geçen haftanın ortalamasını değerlendirmeye çalışın. İşaretlemeden önce sorudaki tüm ifadeleri okuduğunuzdan emin olun.

Sıradaki 3 soruda, sadece saçınızı/kılınızı yolma isteğini puanlayın.

1. **İsteklerin sıklığı.** Ortalama bir günde saçınızı/kılınızı yolma isteği ne sıklıkta oldu?
   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.
   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **nadiren** oldu.
   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **sık** oldu.
   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolmak isteği **çok sık** oldu.
   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **neredeyse her zaman** oldu.

2. **İsteklerin yoğunluğu**.Ortalama bir günde saçınızı/kılınızı yolma isteğine yoğunluktaydı veya ne şiddetteydi?
   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.
   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **hafif** oldu.
   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **orta düzeyde** oldu.
   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **şiddetli** oldu.
   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği **çok şiddetli** oldu.

3. **İstekleri kontrol edebilme**.Ortalama bir günde saçınızı/kılınızı yolma isteğinizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?
   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğini **her zaman** kontrol edebildim veya saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.
   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi **çoğu zaman** uzaklaştırabildim.
   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi **bazen** uzaklaştırabildim.
   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi **nadiren** uzaklaştırabildim.
   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi **hiç** uzaklaştıramadım.

Sıradaki 3 soruda, sadece şimdiki saç/kıl yolmayı puanlayın.

4. **Saç/kıl yolmanın sıklığı.**Ortalama bir günde,ne sıklıkta saçınızı/kılınızı yoldunuz?
   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolmadım.
   1 Bu hafta saçımı/kılımı **ara sıra** yoldum.
   2 Bu hafta saçımı/kılımı **sık** yoldum.
   3 Bu hafta saçımı/kılımı **çok sık** yoldum.
   4 Bu hafta saçımı/kılımı o kadar sık yoldum ki, sanki her zaman yolmuşum gibi hissetim.

5. **Saç/kıl yolmaya direnme girişimleri.** Ortalama bir günde, saçını/kılını yolmayı durdurmak için ne sıklıkta girişimde bulundun?
   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.
   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğine karşı neredeyse **her zaman** direnmeye çalıştım.
   2 Bu hafta saçımı/ kılımı yolma isteğine karşı **bazen** direnmeye çalıştım.
   3 Bu hafta saçımı/ kılımı yolma isteğine karşı **nadiren** direnmeye çalıştım.
   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğine karşı **hiçbir zaman** direnmeye çalışmadım.

6. **Saç/kıl yolma üzerindeki kontrol.** Ortalama bir günde saçınızı yolmayı durdurma konusunda ne kadar başarılı oldunuz?
   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolmadım.
   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için **neredeyse her zaman** direnebildim.
   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için **çoğu zaman** direnebildim.
   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için **bazen** direnebildim.
   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için **nadiren** direnebildim.

Son soruda, saç /kıl yolmanızın sonuçlarını puanlayın..

7. **İlişkili sıkıntı.** Saç/kıl yolma bazı insanları huzursuz veya "sinirli" veya üzgün yapabilir. Geçen hafta boyunca saç/kıl yolmamla ilgili ne kadar rahatsızlık duydun?
   0 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili rahatsızlık duymadım.
   1 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili belli belirsiz rahatsızlık duydum.
   2 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili belirgin rahatsızlık duydum.
   3 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili önemli ölçüde rahatsızlık duydum.
   4 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili yoğun rahatsızlık duydum.

EK-5.Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8
(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9
(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10
(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15
(0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20
(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21
(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-6.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

"Kesinlikle aynı fikirde değilim" diyorsanız (1) rakamını ;
"Aynı fikirde değilim" diyorsanız (2) rakamını ;
"Aynı fikirdeyim" diyorsanız (3) rakamını ;
"Kesinlikle aynı fikirdeyim" diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkım olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK-7.Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

COPE-R

Sevgili Katılımcı

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği ("**Asla Böyle Yapmam**" için **1**'i, **"Çok Az Böyle Yaparım"** için **2**'yi, **"Böyle Yaparım"** için **3**'ü, **"Çoğunlukla Böyle Yaparım"** için **4**'ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanılan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşırım.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşırım.	1	2	3	4
8	Problemi çözümlemek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4

16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4
		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime "bu durumun gerçek olmadığını" söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4