T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TRİKOTİLLOMANİ HASTALARININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ASLI GÖNÜL KAÇAR

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ HASAN DEMİRCİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
KASIM/2024

İTHAF

Çalışmamı, desteklerini esirgemeyen canım aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez danışmanlığımı kabul ederek, çalışmamın tüm aşamalarında akademik bilgisiyle bana yol gösteren ve sürecin sonuna kadar beni motive eden değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Demirci'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen ana bilim dalı başkanımız Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na ve birlikte çalışma fırsatı yakalayabildiğim için kendimi şanslı hissettiğim, sürecimin başından beri desteklerini gördüğüm Prof. Dr. Ömer Akil Özer ve Doç. Dr. Efruz Pirdoğan Aydın'a,

Yüksek lisans sürecimin başından sonuna kadar bana her türlü desteği ve sabrı gösteren, varlığını her daim yanımda hissettiğim eşim Atakan Kaçar'a,

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen canım aileme, yalnızca bu süreçte değil hayatımın pek çok aşamasında varlıklarını hissettiğim değerli dostlarım Ebru Kuruldak, Hacer Acar Çakan, Gülsüm Kıraç ve Tuğçe Getir Muslu'ya,

Çalışma sürecinde desteklerini esirgemeyen ismini sayamadığım tüm çalışma arkadaşlarıma ve değerli zamanlarını ayıran trikotillomani ve kontrol grubu katılımcılarına içtenlikle teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ ix
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ÖZET xii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. TRİKOTİLLOMANİ 3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe 3
2.1.2.Tanısal Sınıflandırma 4
2.1.3. Epidemiyoloji 5
2.1.4. Başlangıç Yaşı 5
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım 6
2.1.6. Klinik Görünüm 6
2.1.7. Alttipler 7
2.1.8. Etiyoloji 8
2.1.9. Trikotillomani ve Bilişsel İşlevler 9
2.1.10. Komorbidite 10
2.1.11. Tedavi 12
2.1.11.1. Psikofarmakolojik müdahaleler: 12
2.1.11.2. Psikoterapötik müdahaleler: 13
2.2. ZİHİN KURAMI 14
2.2.1. Tanım ve Tarihçe 14
2.2.3. Zihin Kuramı Gelişimi 15
2.2.4. Zihin Kuramı Becerileri 16
2.2.5. Zihin Kuramı Teorileri 17
2.2.5.1. Simülasyon kuramı 17
2.2.5.2. Modül kuramı 18
2.2.5.3. Kuram kuramı 18
2.2.4. Zihin Kuramı Alttipleri 19
2.2.6. Zihin Kuramı Nörobiyolojisi 19
2.2.7. Zihin Kuramı ve Psikopatoloji 20

3. GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ 23
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM 23
3.3. UYGULAMALAR 23
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 24
3.4.1. Sosyodemografik Veri ve Klinik Değerlendirme Formu 24
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 24
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 24
3.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) 25
3.2.5. Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY) 25
3.2.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) 25
3.2.7. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) 25
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 26
4. BULGULAR 27
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMECİ 27
4.2. ÖLÇEKLERE AİT BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER 28
4.3. ARAŞTIRMA VE KONTROL GRUPLARINDA TEST VE ÖLÇEKLERE AİT BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI 28
4.4. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA DİĞER DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRMALAR 29
4.5. TTM GRUBUNDA DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 31
4.5.1. TTM Grubunda Ölçekler, Yaş, Eğitim Süresi ve Hastalık Süresi Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları 31
4.5.2. TTM Grubunda Hastalık Şiddeti, Süresi ve Yolma Davranışına Dair Değişkenlerin Korelasyon Analizi 32
4.5.3. Trikotillomaniyi Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri 33
4.5.4. Zihin Kuramı Becerilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri 34
5. TARTIŞMA 36
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLEİRN İNCELENMESİ 36
5.2. TRİKOTİLLOMANİ HASTARLARININ KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 37
5.3. TRİKOTİLLOMANİ HASTALARINDA ZİHİN KURAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ 39
5.4. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA YAŞ, EĞİTİM SÜRESİ VE HASTALIK SÜRESİ İLE ARASINDAKİ İLİŞKİLER 42
5.5. KISITLILIKLAR 44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 45

KAYNAKLAR 47
EKLER 53

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 27

Tablo 4.2: Ölçeklere ait betimleyici istatistikler 28

Tablo 4.3: Katılımcıların ölçek ve test puanlarının karşılaştırılması 29

Tablo 4.4: TTM tanısı alan katılımcılarda medeni durum farklarına ilişkin t – test sonuçları 30

Tablo 4.5: Yolma sayısının ve yolma süresinin medeni duruma göre karşılaştırılması 30

Tablo 4.6: TTM grubunda ölçekler, yaş, eğitim süresi ve hastalık süresi arasındaki ilişkiler 32

Tablo 4.7: TTM şiddeti ile hastalık süresi, yolma sayısı ve yolunan bölge sayısı arasındaki ilişkiler 33

Tablo 4.8: TTM şiddeti yordayıcıları regresyon modeli 34

Tablo 4.9: Yaş, eğitim süresi ve zihin kuramı ölçekleri arasındaki ilişkiler 35

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAÖ: Beck Anskiyete Ölçeği

BDB: Beden Dismorfik Bozukluğu

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEZTÖ: Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

DLPFC: Dorsolateral Prefrontal Korteks

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DYB: Deri Yolma Bozukluğu

FMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

HRT (AÇTE): Habit Reversal Training (Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi)

IKT: Iowa Kumar Testi

MDB: Majör Depresif Bozukluk

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

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKİB: Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozukluğu

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TTM: Trikotillomani

ZK: Zihin Kuramı

TRİKOTİLLOMANİ HASTALARININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Trikotillomani (TTM) kişinin saçını/kılını tekrarlayıcı biçimde yolması ile karakterize, zamanla saç/kıl kaybına yol açan ve günlük işlevsellikte bozulmalara neden olan psikiyatrik bir bozukluktur. Literatürde, TTM hastalarının kognitif işlevlerini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte zihin kuramı becerilerini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada TTM hastalar ile sağlıklı kontroller arasında zihin kuramı becerileri açısından bir farklılık olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:Çalışmaya Sağlık Bilimler Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilip DSM-5 tanı kriterlerine göre TTM tanısı almış 40 hasta ve hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl YolmaÖlçeği'ni (MGH-SY), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) ve Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: TTM hastaların GZOT ve DEZTÖ'den aldıkları puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu, BDÖ, BAÖ ve TAÖ-20'den aldıkları puanlar ise anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Korelasyon analizi sonuçlarına göre TTM hastalarının GZOT ve DEZTÖ'den aldıkları puanlar ile BDÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. TAÖ-20'den alınan puanlar ile GZOT arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken, TAÖ-20 ile DEZTÖ'den alınan puanlar arasında herhangi bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Sonuç: TTM hastaların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla zihin kuramı becerilerinin zayıf olduğu görülmektedir. Hastalık şiddetinin zihin kuramı becerileri üzerine bir etkisi bulunmamıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilere dair sonuçların hastalar ve ruh sağlığı uzmanları için önlem veya müdahalelerde bulunma açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Biliş, Trikotillomani, Zihin Kuramı

EVALUATION OF THEORY OF MIND SKILLS IN TRICHOTILLOMANIA PATIENTS

ABSTRACT

Aim: Trichotillomania (TTM) is a psychiatric disorder characterized by repetitive hair pulling, causing hair loss over time, and causing impairments in daily functionality. Although there are studies in the literature examining the cognitive functions of TTM patients, no study has been found evaluating theory of mind skills. This study aimed to investigate whether there is a difference in theory of mind skills between TTM patients and healthy controls.

Materials and Methods: The study included 40 patients between the ages of 18-58 who applied to the Psychiatry outpatient clinic of Sağlık Bilimler University Seyrantepe Hamidiye Etfal Teaching and Research Hospital, were evaluated by a psychiatrist and diagnosed with TTM according to the DSM-5 diagnostic criteria. In addition patients, 40 healthy control participants matched with the patients in terms of age, gender and education level were included in the study. Participants were asked to use the Sociodemographic and Clinical Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale (MGH-SY), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Reading Mind in the Eyes Test (RMET) and Dokuz Eylül Theory of Mind Scale (DEZTÖ) were applied.

Results: It was found that TTM patients scores on RMET and DEZTÖ were significantly lower, and their scores on BDI, BAI and TAS-20 were significantly higher compared to the healthy control group. According to the results of the correlation analysis, a negative significant relationship was found between the scores received by TTM patients from the RMET and DEZTÖ with the BDI. While there was a negative significant relationship between the scores obtained from TAS-20 and GZOT, it was observed that there was no relationship between the scores obtained from TAS-20 and DEZTÖ.

Conclusion: It appears that patients diagnosed with TTM have poor theory of mind skills compared to the healthy control group. It was found that disease severity had no effect on theory of mind skills. It is thought that the results regarding the relationships

between variables will be important for patients and mental health professionals in terms of taking precautions or interventions.

Key Words: Social Cognition, Theory of Mind, Trichotillomania

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Trikotillomani (TTM) kişinin saçını/kılını tekrarlayıcı biçimde yolması ile karakterize, zamanla saç kaybına neden olan, beden odaklı tekrarlayıcı davranış bozukluğu olarak da kavramsallaştırılan psikiyatrik bir hastalıktır (1). Günlük işlevsellik, iş/akademik başarı ve sosyal ilişkiler gibi birçok alanda belirgin bozulmalara neden olmaktadır (2,3). Trikotillomaninin erken ergenlik döneminde başladığı ve kronik bir seyir izlediği bilinmektedir (4). Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz çalışmasında saç yolma prevalansının %12.3, DSM-5 tanı kriterlerine göre ise %1.3 olduğu bildirilmiştir (5).Çocuk ve ergenlerde cinsiyet prevelansları birbirine yakın olduğu yetişkinlerde ise kadınlarda görülme sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (6,7). Genetik yatkınlık, nöroanatomik, psikololojik ve psikososyal gibi birçok faktör hastalığın etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (8).

Trikotillomanide vücudun herhangi bir bölgesindeki kıllar yolmak için potansiyel hedef olmakla birlikte en sık saçlar yolunmaktadır. Kaş, kirpik, pubik bölge, bacak gibi farklı bölgelerde de kılların yolunduğu bildirilmektedir (9,10). Tek bölgede başlayan yolma davranışı zamanla diğer saçlı bölgelerde de görülebilmektedir (8). Hastalar yolmaya başlamadan önce genellikle hedeflenen alanı görsel olarak tararlar. Kısa, bükülmüş, kırılmış, kırlaşmış saç veya kıllar yolmanın bir gerekçesi olabilir. Çoğunlukla başparmak ve işaret parmaları, bazen de cımbız kullanılarak yolma davranışı gerçekleştirir (3). Yolmadan önce veya yolmaya direnirken gerginlik hissinin arttığı yolma davranışı gerçekleştikten sonra da rahatlama yaşandığı bildirilmektedir (11). Yolma sonucunda oluşan rahatlama ve gerginliğin azalması saç yolma davranışının sürdürülmesinde pekiştireç görevi görmektedir (12).

Zihin kuramı, düşünce, inanç, arzu ve niyet gibi diğer insanların zihinsel durumlarından doğru çıkarım yapabilme yeteneğidir (13). Sosyal bilişin beş alt grubundan biri olan zihin kuramı, sosyal biliş becerilerini en iyi yordayan alt gruptur (14). Zihin kuramı duygusal ve bilişsel olmak üzere iki ana bileşenden oluşup, duygusal bileşen diğer insanların duygusal durumunu anlamayı, bilişsel bileşen ise diğerlerinin zihinsel durumunu anlamayı kapsar (13). Zihin kuramı becerileri kişilerarası ilişki kurabilme ve kurulan ilişkileri sürdürebilme açısından önemli bir rol oynamaktadır (15). Psikiyatrik hastalıklarda zihinsel atıf becerisinin bozulduğu ve bu bozulmanın empati kurmada

güçlük, sosyal uyaranların eksik veya yanlış işlenmesi gibi problemlere sebep olduğu ve bireyin ilişkilerini olumsuz etkilediği bilinmektedir (16).

Trikotillomani, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci basımında (DSM-5) "Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar" kategorisinde yer almaktadır. Obsesif ve kompulsif ve ilişkili bozukluklar (OKİB), tekrarlayan düşünce ve davranışlarla karakterize olmaları ve davranışları engellemekte zorlanmaları dolayısıyla semptomatik olarak birbirleriyle ilişkilidirler (2). Literatüre obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) zihin kuramını inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde 11-16 yaş grubu OKB tanısı alan ergenlerde zihin kuramı becerilerinde azalma olduğu görülmüştür (17). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların Gözler Testi'nde sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları tespit edilmiş ve sosyal-algısal zihin kuramı becerilerindeki bozulmanın OKB'ye özgü olabileceği ileri sürülmüştür (18). Bir başka çalışmada ise, OKB hastalarının temel düzey zihin kuramı becerilerinin korunduğu ancak ileri düzey zihin kuramı becerilerinde bozulmalar olduğu saptanmıştır (19). Zihin kuramı becerilerinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma olmasına rağmen literatürde TTM'de zihin kuramı becerilerini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı literatürdeki bu boşluğu gidermeye katkı sağlamak ve TTM üzerine yapılacak çalışmalara katkı sağlamaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda araştırmanın ana hipotezleri şunlardır:

1. Trikotillomani tanısı alan hastaların sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara göre zihin kuramı testlerinden alacakları puanlar düşük olacaktır.
2. Trikotillomani tanısı alan hastaların sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara göre depresyon, anksiyete ve aleksitimi ölçeklerinden alacakları puanlar yüksek olacaktır.
3. Trikotillomani şiddeti arttıkça zihin kuramı ölçeklerinden alınan puanlar azalacaktır.
4. Trikotillomani şiddeti ölçeğinden alınan puanlar arttıkça depresyon, anksiyete ve aleksitimi ölçeklerinden alacakları puanlar artacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TRİKOTİLLOMANİ

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Trikotillomani (saç yolma bozukluğu/TTM) kişinin saçını/kılını tekrarlayıcı biçimde yolması ile karakterize, belirgin derecede saç kaybına neden olan, beden odaklı tekrarlayıcı davranış bozukluğu olarak da kavramsallaştırılan psikiyatrik bir tablodur (1,2). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci basımında (DSM-5), TTM tıbbi bir durum (örn. dermatolojik sorunlar) veya başka bir psikiyatrik bozukluk (örn. psikotik bozukluk) ile daha iyi açıklanamayan ve saç dökülmesine neden olan tekrarlayan saç yolma olarak tanımlanmaktadır (2).

Trikotillomani, isim kökeni Yunanca'dan gelmekte olup "thrix" saç, "tillein" çekmek ve "mania" delilik anlamına gelen kelimelerin birleşmesiyle oluşmuştur (20). Fransız Dermatolog, François Henri Hallopeau tarafından ilk kez 1889 yılında kullanılmıştır. François Henri Hallopeau 1889 yılında yayımladığı raporunu genişleterek 1894 yılında ek vaka raporunu yayınlamıştır. Trikotillomaninin; 1) vücuttaki saçlı bölgelerde kaşıntı, 2) rahatlama amaçlı saç yolmaya neden olan 'delilik tipi', 3) uzun sürmesi, 4) tedavinin yeterli olmaması gibi temel kriterlerini belirlemiştir (20,21).

Trikotillomani kelimesinin literatüre kazandırılması 19. yy olsa da tarihçesi Hippokrat'a dayanmaktadır (22). Hipokrat, Epidemic III kitabında Deearces'in karısının kederinin ve depresyonunun zirvesindeyken "el yordamıyla, saçlarını kaşıyan ve koparan" olarak tanımladığı vaka tıp literatüründe bildirilen ilk TTM vakası olarak geçmektedir (22). Bu vakadan oldukça etkilenen Hipokrat hastaların rutin değerlendirmesinin bir parçası olarak saç çekmeyi de dahil etmiştir (22). Tarihi bu denli eskiye dayanıyor olsa da son dönemlere kadar çalışmalarda TTM'ye pek yer verilmemiştir (23). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 3 (DSM-3)'te 1987 yılında yer almıştır (22,23).

2.1.2.Tanısal Sınıflandırma

Trikotillomani ilk kez 1987 yılında 'Başka Yerde Sınıflandırılamayan Dürtü Kontrol Bozukluğu' başlığı altında DSM-III-R'e girmiştir (22). DSM-IV'te de 'Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları' başlığı altında tanımlansa da DSM-III'ten farklı olarak 'tekrarlayan dürtülere karşı direnememe' ifadesi çıkarılmıştır (24).

DSM-IV tanı kriterleri (25);

1. Belirgin düzeyde saç/kıl kaybıyla sonuçlanacak şekilde tekrarlı saç/kıl çekme davranışı
2. Saç çekmeden hemen önce ya da çekmekten kaçınma girişimleri sırasında artan bir gerilim
3. Saç çekme sırasında bir rahatlama, zevk ya da doyum hissi
4. Rahatsızlık, başka bir zihinsel bozukluk ya da tıbbi durumla daha iyi açıklanamaz.
5. Rahatsızlık mesleki, sosyal ya da diğer işlevsellik alanlarında önemli bir sıkıntı ya da bozulma sebep olur.

Trikotillomanin mevcut tanısal kriterleri, çekme davranışından önce yaşanılan gerginlik, davranışla birlikte tatmin olma ve rahatlama hissi, klomipramine tedavisiyle uyumlu olması gibi benzerliklerden dolayı Obsesif Kompulsif Bozukluklar (OKB) sınıflandırılmasında olması gerektiğini savunulmuştur (26,27). Trikotillomani, DSM-V'in 2013 yılında yayınlanması ile günümüzdeki haline kavuşmuştur. DSM-IV'ten farklı olarak DSM-V'te Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (OKİB) başlığı altında, OKB, Deri Yolma Bozukluğu (DYB), Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) ve Biriktirme Bozukluğu ile birlikte yer almıştır (2).

DSM-V kriterleri (2);

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

B. Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri

C. Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte belirgin bozulma olması

D. Saç yolma ya da saç yitimi başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.
E. Saç yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

2.1.3. Epidemiyoloji

Trikotillomani tanısı konusundaki güçlükler ve hastaların tedavi başvurularına direnç göstermeleri nedeniyle prevalansı net olarak belirlenememektedir (28). Aynı zamanda prevelansı belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların metodolojisindeki heterojenlik dolayısıyla farklı sonuçlar olması, kişilerin dış görünüşü ile ilgili kaygılarından dolayı yoldukları alanları kamufle etmeleri nedenleriyle TTM'nin gerçek yaygınlığının daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (29). Bu bilgilerle birlikte yapılan yaygınlık çalışmalarına bakıldığında üniversite öğrencileri arasında TTM'nin prevalansı %1-13 arasında değişkenlik gösterdiği bulgulanmıştır (8,30). Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz çalışmasında saç yolma prevalansının %12.3, DSM-5 tanı kriterlerine göre ise TTM'inin ise %1.3 olduğu bildirilmiştir (5). Toplum örnekleminin yaklaşık %11'inde subklinik saç çekmenin mevcut olabileceği tahmin edilmektedir (31).

Çocuk ve ergen popülasyonunda prevalansın yetişkinliğe kıyasla daha yüksek olduğu ve saç yolma davranışı çoğunlukla bu dönemde başladığı bilinmektedir. King ve ark. ergenlerle yaptıkları prevelans çalışmasında ergenlerde TTM'nin yaşam boyu görülme sıklığının %1 olduğu sonucuna ulaşmışlardır (32). Çocuk ve ergen grubunda kız-erkek oranları birbirine yakınken, yetişkinlerde kadınlarda görülme oranı erkeklerden 10 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (6,7). Kadınlarda bu oranın yüksekliği tedaviye başvurunun daha fazla olması ve erkeklerin saç ve sakal bölgelerini kazıtarak baş etmeye çalışmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (7). Trikotillomani hastalarının yaşadığı utanç ve sıkıntı sebebiyle, klinik uygulamada yeterince tanınmamakta ve prevelansın şu an öngörülenden daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (33).

2.1.4. Başlangıç Yaşı

Trikotillomani tipik olarak erken ergenlik döneminde (10-13 yaş) başlayıp kronik bir seyir izlemektedir (4,34). Yapılan bazı çalışmalara göre ise geç ergenlik döneminde başlamaktadır (35). Bununla birlikte her yaşta başlayabildiğini gösteren literatür bulguları da mevcuttur (36). Okul öncesi çağda, başlayan TTM'nin nispeten iyi huylu ve kendi kendini sınırlayıcı olduğunu ve tırnak ısırma veya parmak emmeye benzer olarak görülebileceği ileri sürülmektedir (37).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanım

Trikotillomaninin klinik seyrinin anlaşılması için yapılan boylamsal çalışmalar önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte literatürde TTM tanısı alan yetişkinlerle sınırlı sayıda boylamsal çalışma bulunmaktadır. Trikotillomani tanısı alan hastalarda farmakolojik veya davranışsal tedaviyle şikayetlerinin azaldığı, ancak hastalığın nüksetme oranlarının yüksek olduğu ve eştanı varlığının nüksetme oranını arttırdığı bildirilmiştir (38). Bilişsel davranışçı müdahalelerin 2 yıllık takip sonrası %70 oranında nüksetmeyi azaltmaktadır (39). Hastalık şiddetinin düşük olması ve psikoterapi sonunda saç/kıl yolma davranışını sonlanmasının nüksetmeyi yordadığı bildirilmiştir (40,41). İlaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin (BDT) birlikte uygulanması TTM'nin klinik seyrini olumlu yönde etkilemektedir (38).

2.1.6. Klinik Görünüm

Trikotillomanide yolunan bölge, yolmayı tetikleyen içsel ve dışsal uyaranlar, yolma biçimi ve sonraki davranışlar kişiye özgüdür (42). Saç yolma davranışı genellikle bir günde, birden fazla epizod şeklinde olmakta ve genellikle birden fazla bölge yolunmaktadır (42). Vücudun herhangi bir bölgesindeki kıllar yolmak için potansiyel hedef olmakla birlikte en sık saçlı bölge yolunmaktadır (42). Sonrasında sırasıyla kaş, kirpikler pubik bölge, bacak gibi farklı bölgelerde yolma bildirilmiştir (42). Hastalar yolmaya başlamadan önce genellikle yolacak saçı/kılı incelerler veya hedeflenen alanı görsel olarak tararlar (43). Yolmak için saçta belirli özellikler ararlar. Saçın kırılmış, bükülmüş, kısa, kırlaşmış ve yeni uzamış olması yolmanın bir gerekçesi olabilir (43).

Trikotillomani hastaları genellikle sosyal ortamlarda saç yolmaktan kaçınır, yalnızken örneğin: hareketsiz durumlarda (ders çalışma, televizyon seyretme, yatakta uzanma, kitap okuma vs.) veya belli ortamlarda (yatak odası, banyo gibi) veya belli duygusal durumlarda (can sıkıntısı, öfke, kaygı vb.) saç yolarlar (10,44). Yolma davranışını etkileyecek faktörler kişiden kişiye göre değişmekle birlikte özellikle bazı değişkenler yolma davranışını arttırmaktadır. Örneğin yalnız kaldığında yolma davranışını sergileyen biri için evdeki kişilerin uyuması yolmayı tetikleyebilir. Hastaların büyük çoğunluğu yolma davranışı için parmaklarını kullanmaktadır, bir kısmı ise cımbız gibi aletler kullanarak yolmayı gerçekleştirmektedir. Yolma davranışı sonrası yolunan kıllar genellikle atılırken, hastaların bir kısmı çekilen kıllarla oynama, kılları biriktirme, ısırma veya yutma gibi ritüelistik davranışlar sergiler (45). Bu bakımdan yolma öncesi,

yolma anı ve yolması sonrası gibi davranış analizi yapmak, tedavi etkinliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir (27).

Geçmişte yolma davranışı basit bir motor eylem olarak tanımlanırken günümüzde fenomenolojik açıdan karmaşık bir eylem olarak bilinmektedir. Hastaların bir kısmı saç yolma öncesinde veya yolmaya karşı koyarken gittikçe artan bir gerginlik hissederler (46). Hastalar saçı yolduktan sonra bu gerginlikte bir azalma ve hatta bundan keyif alırlar. Yolma sonrası oluşan rahatlama ve gerginlikteki azalma, yolmayı sürdüren pekiştireç işlevi görmektedir (12). Saç yolma davranışı kısa dönemde bir rahatlama sağlasa da hastalığın tekrarlayıcı doğası olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Saç kaybının hastaların görünümlerinde neden olduğu bozulmalar hastalarda utanca ve benlik saygısında düşmeye yol açmaktadır. Ortaya çıkan stres ve olumsuz duygulanım sonuçta bir kısır döngü yaratarak yolma davranışının şiddetlenmesine sebebiyet vermektedir (10).

Yolma davranışının psikososyal etkiler dışında tıbbi sorunlara da yol açmaktadır. Yolmanın gerçekleştiği bölgelerde kanama, irritasyon veya enfeksiyon görülebilmektedir (47). Yolunan saçın yutulması (trikofaji) sonucu mide veya bağırsaklarda saç yumağı (trikobezoar) oluşabilmektedir (48). Yapılan çalışmalarda TTM tanısı alan hastalarda trikofaji görülme sıklığı %5-18 olarak bulunmuş, trikobezoar sıklığı ise belirlenememiştir (49).

Trikotillomani hastalarında yolma davranışı sonrası saçlı bölgede gözle görülür şekilde oluşan boşlukların sosyal ortamlarda fark edileceğine dair kaygı oluşmaktadır. Diğerleri tarafından yargılanacaklarına dair kaygılar sosyal izolasyona, günlük işlevselliğin bozulmasına ve tıbbi yardım arayışının gecikmesine neden olmaktadır. Hastalar peruk, eşarp, bandana, makyaj teknikleri kullanarak veya saç stillerini değiştirerek oluşan boşlukları gizlemeye çalışırlar (8).

2.1.7. Alttipler

Trikotillomaninin otomatik ve odaklanmış olmak üzere iki alt tipe ayrılabileceği öne sürülmektedir (50). Otomatik alt tipte saç yolma çoğunlukla hareketsiz durumlarda ortaya çıkar. Kişi yolmaktan zevk alır ve sonuçlarını görene kadar (örneğin yerde saç) saç yolduğunu fark etmez (11). Yolma davranışı bir süre devam edene kadar veya tamamlanana kadar farkında olunmaz (11). Otomatik tipte olan hastalar genellikle bir seferde birkaç saç koparır (11). Buna karşın odaklanmış tipte ise, yolma davranışı

genellikle kaygı, stres gibi duygularla başa çıkma amaçlı veya rahatsız edici düşüncelere yanıt olarak ortaya çıkar ve kişinin tam farkındalığıyla gerçekleşir (11). Bu yolma tarzına sahip kişiler genellikle hangi saçı yolacaklarını saçın belirli özelliklerine (uzunluk, renk, doku, konum) göre seçer ve bu özellikteki saçlar yolunduğunda kişi bir tatmin duygusu yaşar. Genellikle, saç yolma işleminden önce saçı fırçalama, tek tek saç kıllarına dokunarak saçı hissetme, kafa derisini ve saç çizgisini görsel olarak tarama gibi ritüeller veya rutinler olabilmektedir (49,51). Odaklanmış tip için yolma davranışı duygulanımların düzenlemesi ve/veya hoş olmayan düşüncelerden uzaklaşmanın bir yolu olduğu ileri sürülmektedir (52).

2.1.8. Etiyoloji

Trikotillomaninin etiyolojisine dair birçok faktör sayılmaktadır. Hastalığın oluşmasında genetik, psikolojik ve sosyal etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (8). Trikotillomaninin etiyolojisinde genetik faktörlerin anlaşılmasında aile ve ikiz çalışmaları önemli bir role sahiptir. Hastaların aile üyelerinde %5 ila %8 arasında değişen oranlarda saç/kıl yolma davranışı görüldüğü bildirilmiştir (53). Novak ve ark. tarafından 24 monozigot ikiz ve 10 dizigot ikiz ile yaptıkları çalışmalarında monozigot ikizlerin konkordans oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş ve TTM'nin genetik etkisine vurgu yapılmıştır (54). Trikotillomani genetik geçişliliğinde dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerinin önemli bir etkisi olabileceği belirtilmiştir (55). Ayrıca TTM tanısı alan hastalarla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada TTM hastalarının birinci derece akrabalarında TTM ve OKB'nin görülme sıklığının daha yüksek olduğu da tespit edilmiştir (53). Ancak TTM genetiğinin karmaşık ve iyi anlaşılmamış olmasından dolayı, daha büyük örneklem gruplarında genetik incelemeler yapılması önerilmiştir (55).

Nörogörüntüleme araştırmalarında TTM hastalarının sağ ve sol hemisferlerde inferior-posterior frontal, superior-anterior frontal alanlara ek olarak sağ anterior-temporal bölge ve sol putamen bölgelerinde aktivitede azalması görülmüştür (56). Başka bir çalışmada Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile TTM hastalarının kontrol grubu ile kıyaslandığında sol putamen ve bazal ganglion hacimlerinin azaldığı bulgulanmıştır (57).

Psikanalitik yaklaşıma göre, saç yolma bilinçdışı çatışmaların sembolik bir ifadesi, zayıf nesne ilişkilerinden kaynaklanan bir durum, bilinçdışı arzu ve çatışmaların sonucudur(8). Saç yolma, nesne kaybı tehdidiyle başa çıkmanın bir yolu olarak görülebilir

(58). Ayrıca, saç yolmanın güç kaybı, hadım edilme, sevgi kaybı ve suçluluk duyguları için kendini cezalandırma gibi agresif ve cinsel temaların olduğu düşünülmüştür (22,59). Bazı psikanalitik kuramcılar TTM gelişiminde çocukluk travmasının, özellikle de cinsel istismarın rol oynadığını öne sürmüştür (60).

Duygu düzenleme becerilerini inceleyen çok sayıda çalışma, TTM hastalarının kontrol gruplarına kıyasla çeşitli duygusal durumları düzenlemekte zorlandıklarını göstermiştir (61). Dolayısıyla TTM gelişimi, istenmeyen olumsuz duygularla başa çıkmak için potansiyel davranışsal bir yanıt olabilir. Yolma döngüsü boyunca can sıkıntısı, stres ve hayal kırıklığı duygularında azalmalar, zevk ve rahatlama duygularında ise geçici artışlar görülmektedir. Ancak, hastalar saçlarını yolduktan kısa bir süre sonra utanç, üzüntü ve hayal kırıklığının arttığını bildirmişlerdir (62).

Azrin ve ark. TTM'nin, alışkanlıkların oluşumuna benzer bir öğrenme süreciyle gerçekleştiğini öne sürmüşlerdir (63). Trikotillomani strese yanıt olarak bir başa çıkma davranışı olarak gelişebilir ve gerginliğin azaltılması yoluyla pekiştirilebilir böylelikle ilişkili fiziksel duyumlara duyulan ihtiyaç da koşullanmış hale gelir (23,64). Mansueto ve arkadaşları: a) klasik koşullanma mekanizmasıyla saç/kıl yolma dürtüsünü geliştiren uyaranlar (koşullu uyaranlar); b) edimsel koşullanma mekanizmasıyla saç/kıl yolmayı kolaylaştıran veya engelleyen uyaranlar (ayırt edici uyaran); c) saç/kıl yolmanın kendisiyle ilişkili karmaşık davranışlar serisi (davranışlar); d) saç/kıl yolmayla ilişkili pekiştirici ve caydırıcı davranışlar ve bunların yolma davranışını sürdürme veya sonlandırmadaki rolü (sonuçlar) olarak dört etmenli TTM davranış modelini geliştirmişlerdir (65). Saç/kıl yolma davranışı klasik ve edimsel koşullanma ile iç-dış ipucularla ilişkilenir ve böylece alışkanlık kazanılır (8,65).

Klinik gözlemler bir ebeveyn ve çocuğun aynı yolma davranışlarını paylaşabileceğini gösterdiği için TTM'nin model alma süreçleri yoluyla da ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür (23). Ancak, TTM ile sonuçlandığı düşünülen bu olası süreç sistematik olarak yeterince araştırılmamıştır.

2.1.9. Trikotillomani ve Bilişsel İşlevler

Nöropsikolojik çalışmalar, TTM hastalarında bazı bilişsel alanlarda bozulmanın olduğunu göstermektedir. Chamberlein ve arkadaşlarının OKB ve TTM hastalarında motor inhibisyon ve bilişsel esnekliği araştırdığı çalışmalarında hem OKB hem de TTM

hastalarında motor tepkilerin inhibisyonunda bozulma olduğunu ortaya koymuşlardır. Trikotollimani hastalarında motor inhibisyon OKB hastalarından daha kötü olarak bulunmuş ve bu alandaki bozulma semptom şiddetiyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Bilişsel esneklik ise TTM hastalarında korunduğu saptanmıştır (66). Trikotillomani ve OKB hastalarında motor inhibisyon yeteneğini araştıran bir başka çalışmada ise, OKB hastalarında motor inhibisyon yeteneği korunurken, TTM hastalarında ise bozulma olduğu saptanmıştır (66). Trikotillomani, OKB ve sağlıklı kontrollerin bilişsel işlevlerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise TTM ve OKB hastalarının uzamsal çalışma belleğinde bozulma görülürken, TTM hastalarında yürütücü planlama, görsel örüntü tanıma belleği, yap/yapma görevinde sağlıklı kontrollerle benzer performans sergiledikleri görülmüştür (67).

Trikotillomani hastalarında dikkat ve uyanıklık değerlendiren araştırmalar komorbiditesi olan TTM grupları üzerinde yürütülmüştür ve bu da çıkarılabilecek sonuçların gücünü sınırlamaktadır (68). Slikboer ve ark. yürüttükleri bir meta-analiz çalışmasında TTM hastaları odaklanmış dikkat görevlerinde bir bozulma görülmezken, bölünmüş dikkat görevlerinde anlamlı düzeyde bozulduğu bulunmuştur ve TTM'nin şiddeti arttıkça bölünmüş dikkatte bozulmanın arttığı tespit edilmiştir (68). Yakın dönemde yapılan bir başka meta-analizde TTM hastalarında motor inhibisyon ve set değiştirme görevlerinde bozulmalar olduğu ancak sözel öğrenme, görsel-mekânsal işlevler, görsel sayı uzamı, örüntü tanıma, sözel olmayan belleğin korunduğu bildirilmiştir (69).

Bilişsel süreçlerin bir diğer alanı olan karar verme performansı da TTM hastalarında çalışılmış bir işlevdir. Cambrige Kumar Görevi kullanılarak yapılan bir çalışmada TTM hastalarının karar verme performansları normal bulunmuştur (67). Belirsiz koşullar altında karar verme becerisinin Iowa Kumar Testi (IKT) ile değerlendirildiği bir çalışmada ise TTM hastalarının karar verme performansları sağlıklı kontrollere göre bozuk olarak değerlendirilmiştir (70). Söz konusu çalışmada TTM hastaları belirsizlik altında karar verme görevinde riskli destelerden ve anlık ödül içeren destelerden daha çok seçim yapmışlardır ve kararları net kayıpla sonuçlanmıştır.

2.1.10. Komorbidite

Trikotillomani hastalarının genel popülasyona göre daha yüksek oranda eşlik eden ruhsal bozukluklardan muzdarip olduğu bilinmektedir (8). Houghton ve ark. tarafından

2016’da yapılan bir çalışmada, 85 TTM hastasının %38,8'inin (33 hasta) en az bir başka mevcut psikiyatrik bozukluğa ve %78,8'inin (67 hasta) en az bir başka yaşam boyu süren bozukluğa sahip olduğunu ortaya koymuştur (71). Trikotillomani hastalarının komorbiditesi yüksek olanlarda, saç/kıl çekme semptomlarının daha şiddetli olması dikkat çekmiştir (71).

Trikotillomanide Majör Depresif Bozukluğunun (MDB) en sık konulan eştanıdır (7). Trikotillomani hastalarında depresyon semptomları sağlıklı kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür (72). Trikotillomani hastalarının %29’unda yaşam boyu süren, %52'sinde mevcut MDB olduğu görülmüştür (71). TTM ve depresyon arasındaki ilişkinin yönünün çift yönlü olduğunu; saç yolma ve sekellerinin depresif ruh haline yol açabileceği ve depresif ruh halini düzenlemenin bir yolu olarak patolojik saç yolmayı tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Trikotillomani tanısı olan genç yetişkinlerin %62,5'ine yaşam boyu anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur; bu oran genel popülasyondan %20 daha yüksektir (34). Anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği TTM hastalarında saç/kıl yolma semptomlarının daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (73). Ayrıca davranış sonrası meydana gelen saçtaki boşluklar, utanç duygusuna ve sosyal ortamlarda fark edilme kaygısına yol açabilir. TTM tanısı alan 530 yetişkinin mevcut komorbid MDB olan, mevcut bir anksiyete bozukluğu olan, hem MDB hem de anksiyete bozukluğu olan ve komorbiditesi olmayan TTM hastaları arasında karşılaştırılma yapılmış ve neredeyse tüm klinik ölçümler için, yalnızca MDB eştanısı olanlar yalnızca anksiyete bozukluğu eştanısı olanlardan daha kötü TTM semptomları bildirmiş ve MDB ile anksiyete bozukluğu eştanılı olanlar en kötü düzeyde TTM semptom şiddeti bildirmiştir (74).

Diğer yaygın komorbiditeler arasında DYB ve diğer beden odaklı tekrarlayan davranışlar (örneğin tırnak ve yanak ısırma) yer almaktadır. Deri yolma bozukluğu ve TTM birçok fenomenolojik özelliği paylaşır ve beklenenden daha yüksek komorbidite oranlarına sahiptirler (10). Stein ve ark.TTM'li hastaların %70'inin başka bir beden odaklı tekrarlayan davranış bozukluğuna, en sık olarak da deri yolma (%51) ve tırnak yeme (%30) davranışına sahip olduğunu bildirmiştir (10,75). Genel olarak her iki bozuklukta bedenin bazı bölümlerinde (örneğin, saç veya deri) yolmayı amaçlayan tekrarlayan davranışları içerir (76). Trikotillomanide genellikle diğer kıllardan farklı olan kılları (örneğin, kalın veya gri kıllar) çekmeye çalışırlar ve deri yolmada ise ciltteki belirli kusur

türlerini hedef alırlar (76). Her iki grupta da, tercih edilen bu özelliklerin görülmesi veya hissedilmesi genellikle yolma epizodlarını tetikler (76). Bazı benzerliklere sahip olsalar da genel popülasyonda TTM ve DYB'nun birlikte görülmesine ilişkin çalışmak bulunmamakta, birkaç çalışma DYB örneklerinde TTM yaygınlığını ve TTM örneklerinde deri yolma yaygınlığını değerlendirmiştir (76).

Locher ve ark. OKB hastaları, TTM hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında çocukluk çağı travma yaşantısını kıyasladığı çalışmalarında hasta gruplarında genel olarak çocukluk çağı travmasının ve özel olarak da duygusal ihmalin şiddetinin önemli ölçüde daha fazla olduğunu göstermiştir (77). Hem OKB hem de TTM etiyolojisinde çeşitli faktörler olsa da, çocukluk çağı travmasının bu bozuklukların gelişiminde önemli rol oynayabileceği düşünülmektedir (77). Gershuny ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada TSSB ve TTM semptomları arasındaki ilişkiler, TSSB eştanısı olan ve TSSB eştanısı olmayanlar arasında TTM semptomlarındaki farklılıklar incelenmiş, TTM hastalarının %76'sının en az bir travmatik olay öyküsüne sahip olduğu ve %19'unun TSSB kriterlerini karşıladığı bulgulanmıştır. Ayrıca, TSSB belirtileri ile TTM özellikleri arasında negatif korelasyon olduğu ve TSSB grubunun daha az şiddetli TTM özellikleri olduğu görülmüştür (78). Trikotillomanide TSSB prevalansının genel popülasyondan daha yüksek olduğu ve daha fazla travma öyküsünün daha uzun süreli saç/kıl çekme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (78).

2.1.11. Tedavi

Trikotillomani tedavisinde psikofarmakolojik müdahaleler, BDT ve psikodinamik terapi gibi çeşitli müdahaleler kullanılmaktadır (79). En etkin tedavi yönetiminin medikal ve terapötik müdahalelerin birlikte uygulanmasıyla oluşan çok yönlü bir yaklaşımla olacağı düşünülmektedir (79). Trikotillomani için etkili tedavileri belirleme çabaları, farklı başarı düzeyleriyle birlikte çeşitli yönlere doğru ilerlemiş, bazı tedavilerin hastaların yalnızca bir yüzdesi için yararlı olduğu görülürken, diğerlerinde başlangıçta yüksek başarı oranları görülmüş, ancak daha sonra önemli ölçüde nüks oranları ortaya çıkmıştır (65).

2.1.11.1. Psikofarmakolojik müdahaleler: Trikotilomani için farmakoterapi, kontrollü, uzun süreli çalışmaların azlığı nedeniyle tam olarak yerleşmemiş, OKB tedavisinde kullanılan klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi farklı farmakolojik ajanlar üzerinde çalışılmıştır (80,81). Trikotillomanide ilk

farmakoterapi tedavi çalışmalarından biri klomipramini desipraminle karşılaştırılmış ve klomipraminin tedavide daha etkin olduğu görülmüştür (82,83). Bununla birlikte, klomipramin, plasebo ve davranış terapisi arasında yapılan daha yeni bir karşılaştırma, klomipramin ve plasebo arasında ayrım gösterememiştir (82,84). Bloch ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizde, klomipramin, plasebo veya kontrol koşullarıyla karşılaştırıldığında TTM için etkinlik göstermiştir, SSRI'ın kontrol koşullarına kıyasla etkili olmadığı belirtilmiştir (85). Randomize kontrollü çalışmalar, glutamaterjik modülatörler, dopamin reseptör blokerleri (olanzapin) ve opioid antagonistleri (naltrekson) gibi TTM patofizyolojisinde rol oynayabilecek diğer ajanlar olarak değerlendirmiştir (80). Bazı umut verici bulgular bildirilmiş olsa da, bağımsız bir araştırma grubu tarafından tekrarlanması önerilmektedir (82).

2.1.11.2. Psikoterapötik müdahaleler: Alışkanlığı tersine çevirme eğitimi (ATÇE/Habit Reversal Training-HRT), TTM için en etkili müdahale olduğu ileri sürülmektedir (85). Azrin ve Nunn, TTM'de ATÇE'nin etkinliği üzerine yaptıkları çalışmada, 4 aylık takipte saç/kıl yolmanın %91 oranında azaldığı görülmüştür (63). Ayrıca TTM için en yaygın iki farmakolojik müdahale olan klomipramin ve SSRI ile AÇTE karşılaştırıldığında, AÇTE'nin her iki ilaç tedavisinden daha etkili olduğu görülmüştür (85). Alışkanlığı tersine çevirme terapisinin amacı hastalara saç/kıl yolma davranışlarını etkili bir şekilde izlemeyi ve farkındalıklarını artırmayı öğretip alternatif davranışlar geliştirerek, istenmeyen davranışları azaltmaktır (86). Alışkanlık tersine çevirme eğitimi danışanın yolma davranışına yönelik derin bir anlayış geliştirilmesiyle başlar (62,86,87). Temel bileşenleri farkındalık eğitimi ve kendini izleme, uyarıcı kontrolü ve karşıt tepki geliştirmedir. Danışan bu bileşenlerin her birinin kapsamı dahilinde, kendi yolma dürtülerini fark etmeyi, yolma davranışı ihtimalini arttıran durumlardan kaçınmayı ve yolma davranışı yerine kullanılabilecek davranışlara başvurmayı öğrenir.

Farkındalık eğitimi ve kendini izleme; ATÇE'nin uygulanan ilk unsurudur. Bu aşamada amaç hastaların yolma davranışları ile ilgili farkındalıklarını geliştirmek, örüntülere ve yolma davranışlarına, bunların öncüllerine ve sonuçlarına dair daha kapsamlı fikir sahibi olmalarını sağlamaktır. Kendini-izleme, ayrıca hastaya yolma nöbetine devam etmek yerine yapacak başka bir şey sunduğundan, yolma davranışını dolaylı olarak da azaltabilir. Müdahalenin ilk adımı olmasına karşın kendini izleme,

tedavi boyunca devam eder. Uyarıcı kontrolü, ATÇE bir başka önemli unsurdur. Kişi çoğunlukla belirli bir ortamda yolma davranışı sergiliyorken (örn., televizyon seyrederken), bu ortam zamanla yolma davranışı için bir tetikleyici görevi görmeye başlar. Uyarıcı kontrolünde bu ortamlardan kaçınıp yolmanın kontrolünü amaçlamaktadır. Üçüncü unsur ise karşıt tepkiler geliştirmeyi içermektedir. Karşıt tepkilere örnek olarak stres topu ya da esnek lastik oyuncaklar gibi nesnelerle oynamak, yumrukları sıkmak gibi örnekler verilebilir. Yolmanın meydana geldiği farklı durumlar için esnek bir şekilde uygulanabilecek bir strateji listesinin oluşturabilmesi için işbirliği içinde çalışmak önemlidir (87).

Bilişsel davranışçı terapide de ATÇE'de olduğu gibi tedavi planını oluştururken hastanın motivasyonu, öyküsü, yaşı, semptomların şiddeti, öncesinde denenmiş ve etkili/etkisiz olmuş müdahaleler, varsa eş tanıları gibi birçok faktörü göz önüne alınması gerekmektedir (88). Hastanın yaşı terapi için belirleyicidirÇocuk hastalar için daha basit ve kolay anlaşılır ödevler verilmesi gerekirken yetişkin hastalar ödevleri basit ve aynı bularak motivasyonda güçlük yaşayabilirler (88). Bilişsel davranışçı terapide, hasta ile birlikte saç yolma davranışının günlük işlevselliğe olan etkileri belirlenir (89). Davranışı başlatan tetikleyici unsurlar ve ortamlar belirlenmeye çalışılır. Sonraki aşama olarak rakip yanıtlar oluşturulur ve terapi esnasında öğrenilenleri ödev olarak verilerek pekiştirmesi sağlanılır (89). Son olarak TTM hastalarında kontrol edilemezlik ve tehlike içeren düşünceleri kontrol etme ihtiyacı gibi işlevsel olmayan üstbilişlerin olduğu, bu nedenle üstbilişsel inançlara yönelik BDT müdahalelerin yararlı olabileceği düşünülmektedir (90).

2.2. ZİHİN KURAMI

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Zihin kuramı veya teorisi; düşünce, inanç, arzu ve niyet gibi diğer insanların zihinsel durumlarından doğru çıkarım yapabilme yeteneğidir (13). Zihin teorisi terimi ilk olarak 1978 yılında, Premack ve Woodruff tarafından, şempazelerin kendi türdeşlerinin zihinsel durumları hakkında çıkarım yapabileceklerini öne sürdüğü makalesinde kullanılmıştır (13,91). Bu çalışmada yetişkin bir şempazeye, bir insanın basitten karmaşığa birkaç problemle karşılaştığı videolar izletilmiş ve videodaki problemin

çözümüne yönelik resimler sunulmuştur. Şempazenin tutarlı bir şekilde doğru fotoğrafları seçtiği, videodaki kişinin yaşadığı sorunu ve amacını anlayıp bu amaca uyumlu alternatifleri seçtiği görülmüştür (91). Çocuklarda zihin kuramını ele alan ilk çalışma ise 1983 yılında Wimmer ve Perner tarafından yapılmıştır (92). Wimmer ve Perner'in yanlış inanç temsiline ilişkin bu çalışmasında çocuklara beklenmedik yer değiştirme testi uygulanmış ve 4 yaş itibariyle çocukların kendi inançlarını bir başkasının inancından ayırabilme yeteneğine sahip olduklarını tespit etmişlerdir (92). Zihin kuramı bozuklukları ise ilk kez Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 1985 yılında yaptıkları çalışmalarında ele alınmıştır (93). Araştırmacılar çalışmalarında otizm ve yaygın gelişimsel bozukluk tanısı olan çocukların, diğer bireylerin zihinsel durumlarını anlamada derin güçlükler yaşadıklarını ileri sürmüşlerdir (93).

2.2.3. Zihin Kuramı Gelişimi

Yaşamın ilk iki yılında yüz ifadelerini tanıma ve sesleri ayırt edebilme becerileri gelişmektedir (94). Bebeklerin 6. ayla birlikte hareket eden (canlı) ve etmeyen (cansız) nesneleri ayırt edebildiği, 12. ayla birlikte ortak dikkat becerilerinin gelişmeye başladığı bilinmektedir. On sekizci ayda gelişen istekleri anlama ve ortak dikkat becerisiyle zihin kuramı yeteneklerinin görülmeye başlandığı kabul edilmektedir (94). Çocuklarda 18-24 aylar arası -mış- gibi oyunları oynamayla birlikte üst temsiller oluşturma ve bilişsel beceriler kazanmaya başladığı, gerçek ve hayali olanı ayırt etme kapasitesilerinin geliştiği düşünülmektedir (14). Zihin kuramı gelişimi açısından büyük rol oynayan 'hayali oyun' yeteneği, çocuğun gerçek ve sahte olanı ayırt edebilmesiyle gelişir (94). Çocuk, hayali oyunla birlikte nesnenin sahip olduğu özelliklerinden ayrıştırır, başka bir nesneye dönüştürür ve böylece o nesneye geçici-temsili bir rol verir (14,94).

Çocukların birincil ve ikincil temsil sistemi ile dış dünyayı anladıkları ve yorumladıkları düşünülmektedir. Çocuk birincil temsil sisteminde, bir nesneyi doğrudan dış dünyada olduğu haliyle düşünmekte, ikincil temsil sisteminde ise birincil temsili yeniden ele alıp yeni bir temsil oluşturmaktır (94). Jarrold tarafından bu ikincil temsil "üst temsil" olarak kavramsallaştırılan ikincil temsiller diğer insanların zihinsel durumlarını anlayabilmekte büyük rol oynar (94). Üç yaş ve öncesinde çocukların kendi inançlarıyla başkasının inancı arasında ayrım yapamadığı, bu becerinin gelişiminin yaklaşık 4 yaş civarında geliştiği görülmüştür (14,93). Çocukların rol yapma becerileri daha erken yaşlarda başlamasına rağmen birincil düzey yanlış inanç anlayışını

kazanabilmeleri dört -beş yaşlarında zihinsel çıkarım yapabilme yetisini kazanmalarıyla gerçekleşmektedir (93). Beş yaşından itibaren çocuklar başkalarının zihinsel durumlarını anlamlandırmaya başlarlar (14). Böylelikle ikincil düzey zihin kuramı yeteneklerinin de oluştuğu söylenebilir (14). Yapılan çalışmalarda 5 yaş grubu çocukların %90'ı ikinci düzey yanlış inanç zihin kuramı becerilerine sahipken, 6 yaş grubu çocukların tümünün bu becerileri geliştirebilmiş olduğu görülmüştür (14). Çocukların 6 yaş itibariyle ikinci düzey yanlış inanç becerilerinin yanı sıra metafor ve ironiyi anlayabilme yetenekleri de gelişmektedir (14). En karmaşık zihin kuramı becerisi olan gaf kavrama yeteneğinin gelişmesi 9-11 yaşlarında gerçekleştiği düşünülmektedir (14). Kızlarda gaf kavrama yeteneğinin gelişmesi 9 yaşlarında gerçekleşirken erkeklerde 11 yaş civarında olduğu görülmüştür (93).

2.2.4. Zihin Kuramı Becerileri

Zihin kuramı kavramı birçok yeteneği içerisinde barındırdığı için farklı bileşenlerle ele alınmıştır (94). Bu bileşenler, birinci düzey yanlış inanç, ikinci düzey yanlış inanç, metafor ve ironi kavrama ve gaf (faux pas) kavrama becerileridir (94). Son otuz yılda zihin kuramı bileşenlerini değerlendirilmesi amacıyla çeşitli yöntemler geliştirilmiştir (95).

Birincil düzey yanlış inanç, bir kişinin diğerlerinin düşüncelerini, yanlış inançlarını anlama yeteneği olarak tanımlanmaktadır ve zihin kuramları içerisinde en basiti ve ilk geliştirilenidir Birincil düzey beceriler, yanlış inançlar görevleriyle değerlendirilmekte, bir karakterin yanlış inancına vurgu yapılarak kişinin o karakterin davranışına yönelik öngörü oluşturması hedeflenmektedir (94). Birincil düzey yanlış inanç testleri ilk olarak Dennett (1978) tarafından, bireyin kendi inancından ayrı olarak başkalarının yanlış inançlarını onlara atfettiğini belirleyebilmek amacıyla kullanılabileceği önerilmiştir (95). Yanlış inanç testleri, zihin kuramı yeteneği veya bozukluğunu tespit etmekte en geçerli yöntemidir Bu testte birey kendi bilgisini ketleyerek geçmişe bakıp karakterin yanlış inancına yönelik çıkarım yapabilmelidir Birinci düzey yanlış inancı değerlendiren bir başka test ise "beklenmedik yer değiştirme testi"'dir. İlk kez Wimmer ve Perner tarafından kullanılmış ve üç ila dört yaşlarındaki çocukların birincil düzey yanlış inanç zihinsel durum atıflarını doğru olarak yapabildiklerini tespit etmişlerdir (95).

Ikinci düzey yanlış inanç, “düşünce hakkındaki düşünce” veya “inanç hakkında inanç” olarak tanımlanmaktadır ve zihin kuramı yeteneklerinden ikinci sırada gelişenidir İkinci düzey zihin kuramı, bir kişinin başka bir bireyin bir duruma ya da üçüncü bir şahısa ait düşünceleriyle ilgili inançları hakkında çıkarsama yapma ve yanlış bir inanca/düşünceye sahip olup olmadığını anlayabilme yeteneğidir (94). Böylelikle birey X kişinin, Y kişinin yanlış düşüncesinin yanlışlığını bilip bilmediğini anlayabilir (94). İkinci derece yanlış inanç testleri, bir kişinin bir inanca ilişkin yanlış bir inancı doğru bir şekilde atfedip atfedemeyeceğini belirleyen daha komplike görevler içerir (74). Türkiye’de geliştirilen ve geçerlilik güvenilirliği yapılan Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZTO), birinci düzey yanlış inanç becerisi, ikinci düzey yanlış inanç becerisi ve empatik anlayış becerisini değerlendirmektedir (94).

Metafor ve ironi kavrama; soyut ya da gerçek olmayanın yorumlanmasını kapsayan, daha komplike ve incelikli olan zihin kuramı becerisidir (95). Konuşmacının neye inandığı, ne bildiği veya neyi amaçladığını anlamayı içererek, söylenen sözün mecazi ve tersi anlamlarını pragmatik bir anlayış ile anlamasını sağlar (94,95). Gaf (faux pas) kavrama; yersiz, zamansız söylenen söz veya davranışı (pot kırma, gaf yapma) anlamayı içeren, daha karmaşık olan bir zihin kuramı yeteneğidir Gaf yapma (pot kırma) kişinin bulunduğu ortamdaki kişiler tarafından yanlış anlaşılabileceğini, o kişileri rencide edebileceğini veya üzebileceğini farkına varmadan söylemlerde bulunmasıdır. Gaf kavrama görevleri, sohbet eden iki kişiden birinin farkında olmadan söylememesi gereken bir şeyi söylemesini içerirGafın oluştuğunu kavramanın hem bilişsel hem de duygusal bileşeni vardır; söylenmemesi gereken bir şeyi söylendiğini kavrama ve ortamdaki kişinin bu sözden dolayı alınması veya rencide olmasını içeren empatik anlayıştır (94). Metafor ve ironi kavrama ve gaf kavrama gibi karmaşık zihin teorisi görevleri, yüksek düzeydeki zihin teorisi bozukluklarını değerlendirmekte yanlış inanç testlerinden daha başarılıdır (96).

2.2.5. Zihin Kuramı Teorileri

Zihin kuramı üzerine pek çok kuram geliştirilmiş, ‘Simülasyon kuramı’, ‘Modül kuramı’ ve ‘Kuram kuramı’ en çok üzerinde durulan kuramlar olmuştur (97).

2.2.5.1. Simülasyon kuramı: Simülasyon kuramı, kendi zihnimizin kaynaklarını başkalarını simüle etmek için kullandığımızı, böylelikle kendimizi bir başkasının yerine koyarak onu taklit edebilme, tahminlerde ve açıklamalarda bulunma

becerilerini gösterebileceğimizi öne sürer Simülasyon kuramı, zihin kuramı içerisinde ilk olarak Gordon ve Heal tarafından önerilmiş, Harris ve Goldman tarafından da detaylandırmaları yapılmıştır (98). Simülasyon, tahmin edici ve açıklayıcı hipotezler üretmek için kullanılır ancak gerekçelendirme yapamaz Diğer iki kuramdan farklı olarak, zihinsel yaşamı tekrarlama veya taklit yoluyla insanların zihinsel durumlarını anlayabileceklerini öne sürer (97).

2.2.5.2. Modül kuramı: Modül kuramı, başkalarının davranış ve düşüncelerini anlamanın doğuştan gelen bir yetenek olduğunu, düşünme kapasitesinin bilişsel alanda bir kapsülle çevrili ve özel alanlı parçasını (modülü) oluşturduğunu ileri sürmektedir Bir taşıtın arkasından koşan birini gördüğümüzde, ilk olarak bu kişinin o taşıta binmek istediğini düşünmemizin nedeni modül kuramına göre kişinin zihinsel yaşantısını ve davranışlarını yorumlarken çoğunlukla önermesel davranışları kullanmamızdır (97). Modül kuramının zihin kuramına en önemli katkısı, genetik olarak doğuştan sahip olduğumuz yeteneklerimizle algıladığımızı, zihin kuramının genetik temeli olduğu ve zihin kuramına özgü bir veya birden fazla nöral yapının olduğunu öne sürmesidir Zihin kuramının gelişimi bu nöral yapıların olgunlaşmasıyla gerçekleşir ve deneyim bu mekanizmayı etkilemez sadece faaliyetlerini tetikleyebilir (14,97).

2.2.5.3. Kuram kuramı: Kuram kuramı, çocukların aynı yetişkinlerde olduğu gibi soyut, tutarlı ve nedensel kurallar, yani kuramlar geliştirebileceğini öne sürer (97,99). Bu kuram çocukların yeni veriler hakkında tahminlerde bulunmalarını, verileri yorumlamalarını ve açıklamalarını sağlar. Çocuklar kuramın öngörülerini test ederek doğru çıkmayan kuramları alternatifleriyle değiştirir ve ilgili verileri toplayarak dünyayı aktif olarak deneyip keşfederler (99). Kuram kuramı, çocukların fiziksel, biyolojik ve psikolojik dünyaya ilişkin gelişen anlayışlarını açıklamak için başarıyla uygulanmıştır Yetişkinlerle, okul çağındaki ve okul öncesi çocuklarla ve bebeklere çalışılmıştır (99). Kuram kuramı, zihindeki bilginin bilimsel kuramdan öte gündelik çerçeveyi oluşturduğunu ve zihin kuramının gelişmesinde deneyimin önemli bir rolü olduğunu savunur. Deneyim ile birlikte sahip olunan zihin kuramı gelişir ve dönüşür

Simulasyon kuramı diğerinin davranışlarını taklit ederek onun zihinsel süreçlerini anlayabileceğimizi savunurken kuram kuramda, zihinsel nedenselleştirme becerisini kullanarak kendi zihinsel temsillerimiz ile ötekini anlayabildiğimizi ileri sürer Modüler kuram, simülasyon kuramı ve kuram kuramı, zihin kuramının daha genel bilişsel

yeteneklere ne ölçüde bağlı olduğu konusunda hemfikir değildir; ancak bu kuramların tümü, diğer zihinlerin anlaşılmasına olanak tanıyan ve normal sosyal etkileşim ve iletişim için çok önemli olan özel bir zihin kuramı becerisini öne sürmektedir (95).

2.2.4. Zihin Kuramı Alttipleri

Zihin kuramı sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal olarak iki alttipe ayrılmaktadır (94,97,100). Sosyal-bilişsel zihin kuramı yeteneği; bir durum karşısında kişinin düşüncelerini yorumlayabilmek, temsili bir zihin sistemi oluşturabilmek gibi becerilerle ilişkilidir (94,100). Aynı zamanda teori oluşturma, zihinselleştirme, dil işlevlerinin hem genel hem de özel alanlarını özellikle de cümle tamamlayıcıların geliştirilmesi gibi bilişsel kapasitelerle yakından bağlantılıdır (100). Sosyal-algısal beceri, bir durum karşısında hissedilebilecek duyguyu anlayabilme, insanların jest ve mimiklerinden zihinsel durumunu yordayabilme kapasitesi olarak tanımlanır (100). Sosyal-algısal zihin kuramı yeteneği sosyal-bilişselin aksine bilişsel beceriler ve dil işlevlerinin yerine duygusal sistemle bağlantılıdır Sosyal-algısal becerileri değerlendiren görevler daha az araştırılmıştır, çoğunlukla çalışmalarda sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal görevler birlikte bakılmıştır Sosyal-algısal zihin kuramı becerileri değerlendirmek için en sık Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) kullanılmaktadır (94).

2.2.6. Zihin Kuramı Nörobiyolojisi

Son dönemlerde sinirbilim alanında yapılan görüntüleme çalışmaları zihin kuramı yeteneklerinden sorumlu beyin bölgelerinin olduğu ortaya koymuştur Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. Ayna nöronların keşfi ve fonksiyonel MR çalışmalarıyla primatların yanı sıra insanların da beyinde yer aldığının bulunması zihin kuramının temelini oluşturmaktadır Ayna nöronlar frontal lobun alt kısmında lokalize olup, kişinin hem bir davranışı sergilerken hem de aynı davranış bir başkası tarafından sergilenirken aktive olmaktadır (101). Primatlarda el ve ağız hareketleri sırasında beyninde aktive olan özel bölge diğer primatların el ve ağız hareketlerini gözlemlerken de aktive olmaktadır Bu özel bölgenin insanların el hareketlerinde aktive olan premotor alanın ventrolateral bölgesi ve inferior frontal korteks olduğu varsayılmaktadır (94,101). Ayna nöronlar, davranışlarda olduğu gibi yüz ifadelerinde de aktif olduğu, kişinin başkasının yüz ifadesinden duygusunu tanımada ve kendi duygusal ruh halini başkasının duygusuna göre düzenlemede rolü oynadığı bilinmektedir (101).

Genel olarak çalışmalar, zihin kuramı becerilerinde frontal, pariyetal ve temporal korteksin rol oynadığını göstermektedir (102). Fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında yüz ifadelerinin izlenmesi ve duygusal ifadeleri anlamlandırma yani empatide sağ hemisferin önemli bir rol oynadığını, yüz ifadelerinin taklit edilmesinde sol hemisferin de rol aldığı görülmüştür (102). Fletcher ve arkadaşlarının pozitron emisyon tomografisi (PET) kullanılarak yaptıkları çalışmalarında, sağlıklı katılımcılara niyet atfetmelerini gerektiren hikayeleri anlama görevi verilmiş ve bilateral temporal lob, sol superior temporal girus, medial prefrontal korteks ve arka singulat kortekste önemli ölçüde aktivite olduğu bulunmuştur (103). Bir başka çalışmada fMRI kullanılarak sağlıklı katılımcıların başka birinin zihnini modelleme yeteneği incelenmiş, anterior singulat korteks ve sol temporopolar kortekste aktivasyon görülmüştür (104). Bir konuşmacıyı dinlerken göz temasların nöral mekanizmasını araştıran başka bir çalışmada niyet okuma gibi zihin kuramı beceriliyle ilgili beyin bölgelerinin (temporoparietal bileşke, posterior superior temporal sulkus, medial prefrontal korteks) ve dorsolateral prefrontal korteksin önemli bir rolü olduğu görülmüştür (105).

Bilateral orbital frontal lezyonu olan hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların basit testlerde başarı gösterseler de gaf anlama (faux pas) görevlerinde aynı başarıyı gösterememişler, tek taraflı dorsolateral frontal korteks lezyonu olan hastalarda ise zihin kuramı becerinde performanslarının bozulmadığı bildirilmiştir (96). Prefrontal korteks lezyonu olan hastaların ironi anlama yeteneğinde bozulmaların olduğunu, özellikle sağ ventromedial prefrontal alandaki lezyonun bozucu etkiye kritik rol oynadığı gösterilmiştir (106). Zihin kuramı becerilerinde medial prefrontal korteks, bilateral temporal korteks ve superior temporal sulkus alanları önemli bir rol oynarken zihinselleştirme becerisi sadece bu alanlar değil daha geniş bir bölgede temsil edildiği vurgulanmaktadır (94).

2.2.7. Zihin Kuramı ve Psikopatoloji

Sosyal muhakeme çalışmaları, zihinsel atıf becerisinin psikiyatrik hastalıklarda bozulduğunu göstermektedirBu bozulmalar empati kurmada güçlük, sosyal uyaranların eksik veya yanlış işlenmesi gibi problemlere sebep olmakta ve bireyin ilişkilerini etkilemektedir (16). Zihin kuramı ilk olarak otizm spektrum bozukluğu (OSB) üzerinde çalışılmıştır (14,93).

Otizm spektrum bozukluğunda zihin kuramı araştırmaları çoğunlukla çocuk ve ergen gruplarıyla çalışılmış ve diğer bireylerin zihinsel durumlarını anlamada derin güçlükler yaşadıkları, zihin kuramı becerilerinin zayıf olduğu görülmüştür (107–110). Otistik çocukların zihinsel temsiller oluşturmada yetersiz kaldıkları gösterilmiştir (93). Otizmi olan çocuklarda dil ve sosyal alandaki bozulmalar, zihin kuramı becerilerinin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir (107). Birincil ve ikincil düzey yanlış inanç testlerini geçebilen Asperger sendromlu veya yüksek işlevli otizmli çocukların gaf anlama testlerinde başarısız olduğu bildirilmiştir (108). Otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 100 ergenle yapılan bir çalışmada zihin kuramı becerilerinin hem sosyal iletişim semptomları hem de kısıtlı ve tekrarlayan davranışlarla ilgisi olduğu görülmüştür (110).

Zihin kuramı becerilerinin incelendiği psikopatolojilere bakıldığında erişkin hasta gruplarında şizofreni, bipolar bozukluklar, yeme bozuklukları; çocuk hasta grubunda ise OSB en sık çalışılan patolojilerdir (94). Anoreksiya nevroza ve bulimia nevroza, duygudurum bozukluğu, MDB, şizofreni spektrum bozuklukları (ŞSB), borderline kişilik bozukluğu (BKB) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), OKB, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) zihin kuramı becerilerinin incelendiği diğer psikopatolojiler arasındadır (18,97,111–116). Zihin kuramı becerilerinin çeşitli psikopatolojilerle ilişkisini araştıran birçok çalışma yapılmış, bazı çalışmalarda hastalık ve semptomlarla anlamlı ilişkiler bulgulamışken bazılarında ise bulunamamıştır.

Bipolar Tip-1 hastalarının zihin kuramı becerilerinin incelenmesinde, DEZTÖ ve GZOT uygulanmış, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklar bulunmuş, psikotik özellikli nöbet geçirip geçirmemesi farklılık yaratmamıştır (116). Major depresif bozuklukta duygusal zihin kuramı becerileri ve bilişsel zihin kuramı becerileri çalışmalarında çelişkili sonuçlar elde edilmiş, bazı çalışmalar sadece bilişsel zihin kuramı becerilerinde bozulmalar tespit ederken bazı çalışmalar da hem duygusal hem bilişsel zihin kuramı becerilerinde bozulmalar olduğu sonucuna varmıştır (97).

Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin incelendiği 36 çalışmanın meta-analiz değerlendirmesinde hem remisyon döneminde olmayan şizofreni hastalarının hem de remisyon dönemindeki şizofreni hastalarda anlamlı düzeyde bozulmanın olduğu, remisyon dönemindeki hastalarında bozulmanın daha az olduğu tespit edilmiştir (111). Borderline kişilik bozukluğunun zihin kuramı becerilerinin incelendiği çalışmalar ise tutarsız sonuçlar vermiştir (112). Borderline kişilik bozukluğu olan yetişkinlerde zihin

kuramı becerileri, duygu tanıma ve yürütücü işlevlerin incelendiği bir çalışmada, sağlıklı kontrollere göre üç alanda da performanslarında anlamlı derecede düşük olduğu bulgulanmıştır (113).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu tanıma ve zihin kuramını becerilerini içeren sosyal bilişi sağlıklı kontrol grubu ve OSB grubuyla karşılaştırıldığı meta-analiz değerlendirmesinde, DEHB grubunda duygu tanıma ve zihin kuramı becerilerinde anlamlı düzeyde bozulduğu, OSB grubunun DEHB grubuna göre zihin kuramı becerilerinde bozulmanın daha belirgin olduğu, ayrıca DEHB'te sosyal bilişsel eksiklikler yaşla birlikte gelişim gösterebileceğinden OSB'da farkın artabileceği bildirilmiştir (115). Sosyal anksiyete bozukluğuna olan bireylerde Gözler Testi uygulanarak zihin kuramı becerileri sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmış, depresyon ve anksiyete düzeylerinden bağımsız olarak zihin kuramı becerilerinin anlamlı düzeyde bozulmaların olduğu bulgulanmıştır (112).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yürütücü işlevler, sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal zihin kuramı işlevlerinin incelendiği bir çalışmada, OKB hastalarının Gözler Testinde sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük puan elde ettiği, yürütücü işlevlerdeki bozulmadan bağımsız olarak sosyal-algısal zihin kuramı becerilerindeki bozulmanın OKB'ye özgü olabileceği düşünülmüştür (18). Bir başka çalışmada ise, OKB hastalarının temel düzey zihin kuramı becerilerinin korunduğu ancak ileri düzey zihin kuramı becerilerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu ve bu bozulmanın bellek kapasitesindeki azalmayla ilişkili olabileceği saptanmıştır (19). Ergen OKB hastalarıyla sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ise OKB hastalarında gözlerden zihin okuma ve duygu düzenleme becerilerinde anlamlı düzeyde düşük olduğu, içgörüsü düşük olan OKB grubunda içgörüsü iyi olan OKB grubuna göre bu becerilerdeki düşüklüğün daha belirgin olduğu görülmüştür (17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde takipli 18-58 yaş aralığında olan Trikotillomani (TTM) tanılı hastaların zihin kuramı becerilerinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmadır.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklem grubunu, Sağlık Bilimler 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 40 hasta oluşturmaktadır. Hasta gruplarıyla yaş, cinsiyet ve eğitim durumları açısından eşleştirilmiş geçmiş ve şimdiki öyküsünde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 40 kişi kontrol grubu olarak alındı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; TTM tanısı almış olmak, 18-60 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 şeklindeydi.

3.3. UYGULAMALAR

Bu araştırmada bilgilendirilmiş onam formu, Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) ve Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) ölçekleri kullanılmıştır. Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 23/189 kayıt numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Ardından Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğinden gerekli izin alınmıştır. Asıl çalışmaya başlamadan önce 10 kişilik bir örneklem grubu üzerinde pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma, test ve ölçek yönergelerinin anlaşılığı, uygulamanın tamamlanma süresinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Test ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 1 saat sürmüştür. Çalışmaya alınan tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve yöntemi

açıklandıktan sonra katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Bu formda çalışma hakkında bilgi, çalışmanın gizliliği, katılım için gönüllülük ve çalışmadan herhangi bir neden belirtmeden istedikleri zaman ayrılabilecekleri bilgisi yer almaktaydı.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri ve Klinik Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcının cinsiyet, yaş, eğitim süresi, medeni hali, çalışma durumu, sigara-alkol ve madde kullanımı şeklindeki genel bilgilerini içermektedir. Ayrıca psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatri dışında herhangi bir hastalık varlığı ve hasta grubu için hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, yolma davranışın gün içerisinde tekrarlama sıklığı, yolma davranışının hangi bölgelerde olduğu şeklinde klinik değerlendirmeye yönelik bilgileri içermektedir.

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Yetişkinlerde depresyon riskini belirlemek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta, ve 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0-63 arasında değişmekte, puan artması daha şiddetli depresyon belirtilerine işaret eder. Puanlama; 0-9 arası puan "depresyon yok", 10-16 arası puan "hafif düzeyde depresyon", 17- 29 arası puan "orta düzeyde depresyon", 30-63 arası puan "şiddetli depresyon" şeklindedir (117). Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışma Hisli tarafından gerçekleştirilmiş olup, Cronbach alfa değeri 0,80 bulunmuştur (118).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Yetişkinlerde anksiyete düzeyini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her madde 0-3 puan aralığında puanlanmaktadır. Alınan yüksek puan kaygının şiddetini belirlemektedir. Ölçekte 0-7 arası puan minimum düzey anksiyete, 8-15 puan hafif düzey anksiyete, 16-25 puan orta düzey anksiyete, 26-63 şiddetli düzeyde anksiyete olarak değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (119).

3.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Aleksitiminin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan TAÖ-20, 1994 yılında Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (120). Beşli likert tipinde toplamda 20 maddeden oluşan ölçekten alınabilecek puanlar 20-100 arasında değişmektedir. Ölçek 'Duyguları tanımada güçlük', 'Duyguları söze dökmede güçlük', 'Dışa dönük düşünme' olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (121). Yapılan çalışmalarda kesme puanı 59 olarak belirlenmiş, 59 ve üzeri puan alanların aleksitimik olduğu saptanmıştır (122).

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

Keuthen ve arkadaşları tarafından TTM şiddetini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçek geliştirirken Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ) maddelerinden yararlanmış ve ölçeğin geçerlik ve güvenirliğin yüksek olduğu bildirilmiştir (123). Beşli likert tipli, 7 maddeden oluşan MGH-SY ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2023 yılında Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya göre kesme puanı 9 ve üzeri olarak belirlenmiştir (124).

3.2.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

Katılımcıların sosyal bilişsel becerilerini değerlendirmek için GZOT uygulanmıştır. Ölçek Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından OSB tanılı çocukların emosyon tanıma, zihinsel durum çözümlemesi ve zihin kuramını becerileri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Test, 32 madde olarak oluşturulmuş ve her bir çift göz için 4 seçenek sunulmuştur. Testten alınabilecek toplam puan 0-32 aralığında olup alınan yüksek puan, daha iyi sosyal biliş becerilerine ve zihin kuramı yeteneklerine işaret etmektedir (125). Yıldırım ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (125).

3.2.7. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ)

Zihin kuramı yetilerinden; birinci-derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, ironi ve metafor kavrama becerileri değerlendirilir. Ölçek yedi hikaye ve beş resimden oluşmaktadır (126). Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-18 aralığındadır. Ölçek 18 görev maddesi ve 6 kontrol maddesinden oluşup, kontrol maddelerinden alınan puanlar

ölçek toplam puanına dahil edilmemektedir. Hikaye görevlerinde katılımcıya hikaye okunup hikaye arasında veya sonunda sorulacak sorulara yanıt vermesi beklenmektedir. Resim görevlerinde ise 1-2-3 şeklinde numaralandırılmış sırasıyla bir hikaye anlatan resimler gösterilir ve hikayeyi tamamlayacak olan 4. resmi seçmeleri için a ve b seçenekli iki resimden uygun olanı seçmesi beklenmektedir. 2008 yılında Değirmencioğlu tarafından ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (126).

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences for Windows version 25 (SPSS® 25.0; IBM Corporation, Armonk, New York, United States) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir (127). Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov değerleri) kullanılarak araştırılmış ve bu değerlerin normal dağılım varsayımını karşıladığı görülmüştür. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri ise ortalama ve standart sapma kullanılarak gösterilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi ve Fisher Exact testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında iki kategoriden oluşan bağımsız değişkenler için bağımsız örneklemler t-testi, iki veya daha fazla kategoriden oluşan bağımsız değişkenler için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi, kategorik değişkenler arasındaki ilişki ise Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük olması kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMECİ

Çalışmaya 40 TTM hastası ve 40 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 80 kişi dahil edilmiştir. Trikotillomani grubu 18 – 58 yaş aralığında (*Ort.* = 29.78, *ss*= 10.19) olup, eğitim süresi ortalaması ise 12.57 (ss=4.42)'dir. Trikotillomani hastaların %87.5'i kadın (n=35), % 12.5'i erkekten (n=5) oluşmaktadır. Bu gruptaki katılımcıların %72,5'i bekar (n=29), %27.5'i evlidir (n=11). Hastaların % 37.5'i çalışan (n=15), % 22.5'i öğrenci (n=9), %2.5'i emekli (n=1), %17.5'i ev hanımı (n=7), % 20'si ise (n=8) çalışmadığı görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubu katılımcıları ise 18 – 56 yaş aralığında (*Ort.* = 29.78, *ss*= 10.12) olup, eğitim süresi ortalaması ise 13.05 (*SS* = 3.75)'tir. Kontrol grubunun %85'i kadın (n=34), %15'i erkekten (n=6) oluşturmaktadır. Bu gruptaki katılımcıların %65'i bekar (n=25), %35'i evli (n=14)'dir. Kontrol grubunundaki katılımcıların %45'i çalışan (n=18), %40'ı öğrenci (n=16), %5'i emekli (n=2), %5'i ev hanımı, %5'i ise (n=2) çalışmamaktadır. Grupların sosyodemografik özelliklere ait veriler Tablo 4.1'de özetlenmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		TTM (n=40)	**Kontrol (n=40)**	**p**
Yaş (±SS)		29,78±10,19	29,77±10,12	$0{,}859^{t}$
Cinsiyet n (%)	Kadın	35(%87,5)	34(%85)	$0{,}522^{k}$
	Erkek	5(%12,5)	6(%15)	
Eğitim süresi (yıl)		14	15	$0{,}379^{k}$
Medeni Durum n(%)	Evli	11(%27,5)	14(%35)	$0{,}437^{k}$
	Bekar	29(%72,5)	26(%62,5)	
Çalışma Durumu n(%)	Çalışıyor	15(%37,5)	18(%45)	$0{,}063^{k}$
	Çalışmıyor	8(%20)	2(%5)	
	Öğrenci	9(%22,5)	16(%40)	
	Emekli	1(%2,5)	2(%5)	
	Ev hanımı	7(%17,5)	2(%5)	

n: Kişi sayısı, **±SS:** Standart sapma, **t:** Bağımsız gruplarda t testi, **k:** Ki-kare testi

4.2. ÖLÇEKLERE AİT BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Çalışmada kullanılan BDÖ, BAÖ, TAÖ-20, MGH-SY, GZOT ve DEZTÖ puanlarının normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığını görmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Hiçbir ölçeğin basıklık ve çarpıklık değerlerinin (-2, +2) aralığı dışında olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla, verilerin normal dağıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeklerin betimleyici istatistiklerine ait detaylı bilgi Tablo 4.2'de incelenebilir.

Tablo 4.2: Ölçeklere ait betimleyici istatistikler

	Minimum	Maximum	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
BDÖ	0	44	16.71	12.83	.41	-1.08
BAÖ	0	55	14.99	12.88	1.33	1.34
TAÖ-20	25	74	48.64	11.71	.26	-.61
MGH-SY	0	28	9.10	9.94	.46	-1.40
GZOT	10	30	21.99	4.18	-.55	1.005
DEZTÖ	8	21	13.51	2.65	-.004	.02

4.3. ARAŞTIRMA VE KONTROL GRUPLARINDA TEST VE ÖLÇEKLERE AİT BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Trikotillomani tanısı almış katılımcıların ve sağlıklı kontrol grubunun BDÖ, BAÖ, TAÖ-20, MGH-SY, GZOT ve DEZTÖ puanları arasında fark bulunup bulunmadığını görmek amacıyla bağımsız örneklemler t – testleri yürütülmüştür. Her bir ölçek puanına dair sonuçlar incelendiğinde TTM hastalarının kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete, aleksitimi ve hastalık şiddeti puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi (sırasıyla, [t (78) = 9.89, p < .001], t (62.37) = 5.47, p < .001, t (78) = 6.13, p < .001, t (39.53) = 19.79, p < .001). Zihin kuramını değerlendiren test sonuçlarına bakıldığında TTM hastalarının kontrol grubuna göre GZOT ve DEZTO puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görüldü (sırasıyla, [t (78) = -3.92, p < .001], [t (78) = -2.87, p < .001]). Çalışmada kullanılan klinik ölçek ve testlerin detayları Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların ölçek ve test puanlarının karşılaştırılması

	TTM (n=40)	Kontrol (n=40)	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**p**
BDÖ toplam	26,23±9,4	7,2±7,71	< 0,001
BAÖ toplam	21,73±13,51	8,25±7,79	< 0,001
TAÖ-20	55,28±10,2	42±9,09	< 0,001
MGH-SY	18,12±5,74	0,08±0,47	< 0,001
GZOT	20,3±4,22	23,68±3,43	< 0,001
DEZTÖ	12,7±2,9	14,33±2,1	< 0,001

4.4. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA DİĞER DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRMALAR

Trikotillomani tanısı alan katılımcılarda, medeni duruma göre hastalık süresi ve yolunan bölge sayısının değişip değişmediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklemler t – testi yürütülmüştür. Sonuçlar, bekar ve evli katılımcıların hastalık sürelerinin anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermiştir ($p < .05$). Buna göre, bekar katılımcıların hastalık süresi ortalamaları, evli katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür. Fakat yolunan bölge sayısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p = .98$). Detaylı bilgi Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4: TTM tanısı alan katılımcılarda medeni durum farklarına ilişkin t – test sonuçları

	Medeni Durum	N	Ort.	SS	sd	t	p
Hastalık Süresi	Bekar	29	10.45	5.65	38	-2.03	.049
	Evli	11	15.64	10.39			
Yolunan Bölge Sayısı	Bekar	29	2.10	1.34	38	.03	.98
	Evli	11	2.09	1.45			

TTM tanısı alan katılımcılarda medeni duruna göre yolma sayısı ve yolma süresinin değişip değişmediğini görmek amacıyla ki–kare analizi yürütülmüştür. Sonuçlar, yolma sayısı (p = .56) ve yolma süresi (p = .82) açısından bekar ve evli katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmadığını göstermiştir. Ayrıntılar Tablo 4.5'te özetlenmiştir.

Tablo 4.5: Yolma sayısının ve yolma süresinin medeni duruma göre karşılaştırılması

		Medeni Durum					
	Gruplar	**Bekar**	**Evli**	**Toplam**	**X^2**	**sd**	**p**
Yolma Sayısı	1 – 3	9	6	15	2.99	4	.559
	4 – 6	8	2	10			
	7 – 10	4	0	4			
	10 – 20	3	1	4			
	20'den fazla	5	2	7			
Yolma Süresi	1 dakikadan daha az	1	2	2	3.67	7	.817
	1 – 5 dakika	5	2	7			
	6 – 15 dakika	4	3	7			
	16 – 30 dakika	3	0	3			
	31 – 60 dakika	6	2	8			
	1 – 3 saat	8	2	10			

4.5. TTM GRUBUNDA DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

4.5.1. TTM Grubunda Ölçekler, Yaş, Eğitim Süresi ve Hastalık Süresi Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

TTM grubunda, BDÖ, BAÖ, TAÖ, MGH-SY, GZOT, DEZTO puanları, yaş, eğitim süresi ve hastalık süresi arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Sonuçlar; BDÖ ile BAÖ (r = .29, p > .05), yaş (r = .17, p > .05) ve hastalık süresi (r = .13, p > .05) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. BDÖ ve TAÖ-20 puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r = .41, p < .01), MGH-SY puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r = .42, p < .01), GZOT puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde (r = -.35, p < .05), DEZTÖ puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde (r = -.36, p < .05) ve eğitim süresi arasında negatif yönlü orta düzeyde (r = -.36, p < .05) ilişki tespit edilmiştir.

BAÖ ve TAÖ-20 puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r = .35, p < .05) ilişki bulunmaktadır. BAÖ ile MGH-SY (r = -.07, p > .05), GZOT (r = -.30, p > .05), DEZTÖ (r = -.17, p > .05), yaş (r = .17, p > .05), eğitim süresi (r = -.33, p > .05) ve hastalık süresi (r = -.12, p > .05) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. TAÖ-20 ve GZOT puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde (r = -.34, p < .05) ilişki bulunmuştur.TAÖ-20 ile MGH-SY (r = -.02, p > .05), DEZTÖ (r = -.22, p > .05), yaş (r = -.01, p > .05), eğitim süresi (r = -.26, p > .05) ve hastalık süresi (r = -.01, p > .05) arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. MGH-SY ile GZOT (r = .05, p > .05), DEZTÖ (r = -.20, p > .05), yaş (r = .20, p > .05), eğitim süresi (r = -.09, p > .05) ve hastalık süresi (r = -.04, p > .05) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

GZOT ve DEZTÖ puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r = .46, p < .01), yaş ile negatif yönlü orta düzeyde (r = -.57, p < .01), eğitim süresiyle pozitif yönlü orta düzeyde (r = .60, p < .01) anlamlı ilişki vardı. GZOT ile hastalık süresi (r = -.28, p > .05) arasında anlamlı ilişki yoktu. DEZTÖ ve yaş arasında negatif yönlü orta düzeyde (r = -.49, p < .01), eğitim süresiyle pozitif yönlü orta düzeyde (r = .65, p < .01) anlamlı ilişki bulunmuştur. DEZTÖ ile hastalık süresi (r = -.16, p > .05) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Eğitim süresi ve hastalık süresi (r = -.25, p > .05) arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Sonuçlara ait detaylı bilgiler Tablo 4.6'da incelenebilir.

Tablo 4.6: TTM grubunda ölçekler, yaş, eğitim süresi ve hastalık süresi arasındaki ilişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.BDÖ	1.00								
2.BAÖ	.29	1.00							
3.TAÖ-20	.41**	.35*	1.00						
4.MGH-SY	.42**	-.07	-.02	1.00					
5.GZOT	-.35*	-.30	-.34*	.05	1.00				
6.DEZTO	-.36*	-.17	-.22	-.20	.46**	1.00			
7.Yaş	.17	.17	-.01	-.20	-.57**	-.49**	1.00		
8.Eğitim Süresi	-.36*	-.33	-.26	-.09	.60**	.65**	-.73**	1.00	
9.Hastalık Süresi	.13	-.12	-.01	-.04	-.28	-.16	.40**	-.25	1.00

*$p < .05$, **$p < .01$. **1.BDÖ**: Beck Depresyon Ölçeği**, 2.BAÖ**: Beck Anksiyete Ölçeği, **3.TAÖ-20**: Toronto Aleksitimi Ölçeği, **4.MGH-SY**: Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği, **5.GZOT:** Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği, **6.DEZTÖ**: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, 7. Yaş, **8.**Eğitim Süresi**, 9.** Hastalık süresi

4.5.2. TTM Grubunda Hastalık Şiddeti, Süresi ve Yolma Davranışına Dair Değişkenlerin Korelasyon Analizi

TTM tanısı alan katılımcıların hastalık şiddetini değerlendiren MGH-SY'den aldıkları puanlarla hastalık süreleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Pearson's r katsayıları, iki değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını göstermiştir (r = -.04, p = .80). TTM tanısı alan katılımcıların MGH-SY'den aldıkları puanlarla yolma sayıları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Spearman's rho katsayıları, iki değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu göstermiştir (*rho* = .32, p = .043). Buna göre, yolma sayısı veya MGH-SY puanı değişkenlerinden biri arttıkça diğerinin de artacağı, biri azaldıkça diğerinin de azalacağı öngörülebilir. TTM tanısı alan katılımcıların MGH-SY'den aldıkları puanlarla yolunan bölge sayısı arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Pearson's r katsayıları, iki değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını göstermiştir (r = .06, p = .709). TTM tanısı alan katılımcıların eğitim süresi ile hastalık süresi ve yolunan bölge sayısı arasındaki ilişkiler incelenmiş, eğitim süresi ile sözü edilen değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları anlamlı değildi. TTM tanısı

almış katılımcıların eğitim süresinin, yolma sayısı ve yolma süresi ile ilişkilerini incelemek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Spearman's rho katsayıları, eğitim süresiyle yolma sayısı ve yolma süresi açısından anlamlı ilişkiler bulunmadığını göstermiştir. Ayrıntılar Tablo 4.7'de özetlenmiştir.

Tablo 4.7: TTM şiddeti ile hastalık süresi, yolma sayısı ve yolunan bölge sayısı arasındaki ilişkiler

	1	**2**	**3**	**4**
1.MGH-SY	1.00			
2.Hastalık Süresi	-.04	1.00		
3.Yolma Sayısı	.32*	.45	1.00	
4.Yolunan Bölge Sayısı	.06	.12	.11	1.00

*$p < .05$

4.5.3. Trikotillomaniyi Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri

BDÖ, BAÖ, TAÖ-20, GZOT ve DEZTÖ puanlarının MGH-SY puanları ile ilişkisini incelemek amacıyla bir çoklu regresyon modeli oluşturulmuştur. Modelin anlamlı olduğu ve MGH-SY'deki varyansın %18.5'ini açıkladığı görülmüştür [$F(3, 36) = 3.957$, $p < .05$, $R^2 = .185$]. Katsayılar incelendiğinde yalnızca BDÖ puanlarının MGH-SY puanlarını pozitif yönde yordadığı bulunmuştur ($ß = .548$, $p < .01$). Buna göre, BDÖ puanları arttıkça MGH-SY puanlarının da artacağı tahmin edilebilir. BAÖ, TAÖ-20, GZOT ve DEZTÖ puanların MGH-SY puanlarını yordamadığı görülmüştür. Sonuçlara ait detaylı bilgiler Tablo 4.8'de incelenebilir.

Tablo 4.8: TTM şiddeti yordayıcıları regresyon modeli

	B	**SH**	***ß***	***t***
BDÖ	.334	.104	.547	3.227*
BAÖ	-.057	.068	-.134	-.843
TAÖ-20	-.089	.094	-.159	-.945
GZOT	.300	.236	.220	1.272
DEZTÖ	-.317	.333	-.160	-.953

R = .498, R^2 = .248, F = 3.957, p < .05, *p < .01

4.5.4. Zihin Kuramı Becerilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Modelleri

Yaş ve eğitim süresinin GZOT puanları ile bir çoklu regresyon modeli oluşturulmuştur. Modelin anlamlı olduğu ve GZOT'taki varyansın %18.1'ini açıkladığı görülmüştür [F(2, 77) = 9.757, p < .001, R^2 = .181]. Katsayılar incelendiğinde yalnızca eğitim süresi GZOT puanlarını pozitif yönde yordamıştır ($ß$ = .401, p < .05). Buna göre, eğitim süresi arttıkça GZOT puanlarının da artacağı tahmin edilebilir. Yaş ve eğitim süresinin DEZTÖ puanları ile ilişkisini incelemek amacıyla oluşturulan regresyon modelinde, modelin anlamlı olduğu ve DEZTÖ'deki varyansın %32.6'sını açıkladığı görülmüştür [F(2, 77) = 20.101, p < .001, R^2 = .326]. Katsayılar incelendiğinde yalnızca eğitim süresinin DEZTÖ puanlarını pozitif yönde yordadığı görülmüştür ($ß$ = .658, p < .001). Buna göre, eğitim süresi arttıkça DEZTÖ puanlarının da artacağı tahmin edilebilir. Analiz sonuçlarına dair detaylı bilgi Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9: Yaş, eğitim süresi ve zihin kuramı ölçekleri arasındaki ilişkiler

Model	Değişken	*B*	SH	*ß*	*t*	*p*
1	Eğitim süresi	.411	.162	.401	2.545*	.013
	Yaş	-.026	.065	-.062	-.392	.696
2	Eğitim süresi	.427	.093	.658	4.606**	.000
	Yaş	.026	.037	.100	.698	.487

**p < .05, **p < .001*

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne psikiyatri polikliniğine başvuran, bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilen ve DSM-5 tanı kriterlerine göre Trikotillomani (TTM) tanısı alan 40 hasta ve hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim durumları açısında eşleştirilmiş 40 sağlıklı kontrol ile yapılmıştır. Trikotillomani ve kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anskiyete Ölçeği (BAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) ve Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) uygulanmıştır. Hasta grubuna ek olarak Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY) de uygulandı. İki grup arasındaki zihin kuramı becerileri, depresyon, anksiyete ve aleksitimik özellikler karşılaştırılmıştır. Literatürde TTM hastalarında zihin kuramı becerilerini değerlendiren ve bu kavramları bir arada inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN İNCELENMESİ

Mevcut çalışmada TTM tanısı alanlar ile sağlıklı kontroller arasında yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Sosyodemografik verilerin homojenliği, zihin kuramı becerilerini değerlendirirken bu değişkenlerin etkisini en aza indirgememize olanak sağlamıştır. Literatürde TTM tanısı alan yetişkinlerin cinsiyet karşılaştırılmasında, kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 10 kat fazla olduğu bildirilmiş, çeşitli kaynaklarda bu oran farklılık gösterse de kadınlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (6,7). Mevcut çalışmada, literatürle benzer şekilde TTM'nin kadın cinsiyette görülme sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak TTM çalışmalarının küçük örneklemli olması, cinsiyetle ilişkili epidemiyolojik çalışmaların az olması ve erkeklerin tedaviye başvuru oranının daha az olması gibi nedenlerle TTM'nin cinsiyet dağılımına ilişkin tutarsız verilere yol açtığı düşünülmektedir (7,33,128).

Yapılan çalışmada, TTM tanısı alan hastalarda evli olanların bekar olanlara oranla hastalık süresinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde TTM hastalarında bu değişkenleri ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmada TTM tanısını alan hastalarda evli olanların yaş ortalaması 40, bekar olanların yaş ortalaması ise 29'dur. Medeni duruma göre hastalık süresinde anlamlı fark çıkması, evli katılımcıların

bekar katılımcılara göre yaş ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca medeni duruma göre yolunan bölge sayısı, yolma süresi ve yolma sayısı karşılaştırılmış ancak evli ve bekar katılımcılar arasından anlamlı bir fark görülmemiştir. Literatüre bakıldığında TTM hastalarının yolma davranışını sıklıkla yalnızken sergiledikleri, sosyal ortamlarda yolma davranışını kontrol edebildikleri görülmektedir (27). Bu sebeple bekar katılımcıların evli katılımcılara oranla evde yalnız geçirdikleri sürenin fazla olduğu, bu sebeple yolma sayısı ve yolma süresinin artacağı düşünülmüştür. Ancak çalışmada anlamlı bir fark görülmemiştir. Trikotillomani grubundaki bekar katılımcıların büyük çoğunluğu ebeveyn veya kardeşleriyle birlikte yaşadığı görülmüştür. Hastalar için evdeki diğer bireylerin varlığı çoğu zaman bir uyarıcı kontrol görevi de görmektedir. Farklılık görülmemesi bu sebepten kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5.2. TRİKOTİLLOMANİ HASTALARININ KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevcut çalışmada TTM hastalarının BDÖ, BAÖ ve TAÖ-20'den aldıkları puanlar sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar TTM hastalarının depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha fazla olacağı hipotezini doğrulamaktadır. Literatüre bakıldığında TTM hastalarında yüksek oranda psikiyatrik komorbiditenin olduğu görülmektedir (8,129). Yaşam boyu en az bir psikiyatrik hastalık eş tanı oranı %78,8, mevcut psikiyatrik hastalık eş tanı oranı ise %38,8 olduğu bildirilmiştir (62). Majör Depresyon Bozukluğu (MBD) en sık konulan eş tanı olup, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Deri Yolma Bozukluğu (DYB) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) diğer sık konulan eş tanılardır (7). Houghton ve ekibinin yaptığı bir çalışmada TTM hastalarında depresyon görülme oranı %29, anksiyete oranı ise %13 olduğu tespit edilmiştir (71). Çalışmamızda literatüre paralel olarak TTM hastalarının %82,5'nin (33 hasta) BDÖ toplam puanı, kesme puanı olarak kabul edilen 17 puandan fazla olduğu, %65'inin (26 hasta) BAÖ toplam puanı kesme puanı olarak kabul edilen 17 puandan fazla olduğu bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında TTM hastalarında komorbidite varlığında saç yolmanın daha şiddetli olduğu görülmektedir (71,74,130). Trikotillomani ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğu; saç/kıl yolmanın depresif ruh haline yol açtığı ve depresyonun da saç yolmayı tetiklediği ileri sürülmektedir (71). Benzer bir ilişki TTM ile anksiyete

arasında da kurulmuştur. Anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği TTM hastalarında saç/kıl yolmanın daha şiddetli olması ve yolma davranışı sonrası saçlı bölgede oluşan boşlukların sosyal ortamlarda fark edileceğine yönelik anksiyeteyi arttırması, TTM ve anksiyete arasındaki çift yönlü ilişkiyi açıklamaktadır (73,131).

Mevcut çalışmada TTM hastalarının TAÖ-20 ile değerlendirilen aleksitimi puanları sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek çıkmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %37,5'inin TAÖ-20 kesme puanı olarak kabul edilen 59 puandan fazla olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar TTM hastalarının duygularını düzenlemede güçlük yaşadığı ve duygu düzenleme amacıyla saç/kıl yolma davranışı sergileyebildiğini göstermiştir (132). Trikotillomani hastalarının duygu düzenlemede güçlük yaşamaları, TTM'ye aleksitiminin eşlik etmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir (132,133). Trikotillomani hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre aleksitimi puanları daha yüksek olduğu bulunmuş ve aleksitiminin saç/kıl yolmada rol oynadığı belirtilmiştir (132,134). Yakın zamanda TTM semptom şiddeti ile duygu düzenleme güçlüklerini değerlendiren bir meta-analiz çalışmasında, TTM semptom şiddeti yüksek olan hastaların duygu düzenleme becerilerinin daha düşük olduğu görülmüştür (135). Aydın ve arkadaşlarının TTM, DYB ve sağlıklı kontrolleri yüzduygu tanıma ve aleksitimi şiddeti açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında, TTM ve DYB grubundaki hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre aleksitimi puanlarının daha yüksek, yüzdeki duyguyu tanıma becerilerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (136). Çalışmamızda TTM grubunun aleksitimi düzeylerinin yüksek olması literatürdeki bu bulguları destekler niteliktedir

Mevcut çalışmada hasta grubunda TTM şiddetini belirlemek için kullanılan MGH-SY puanı ile bir günde saç/kıl yolma sayısı arasında anlamlı derecede ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu TTM şiddeti arttıkça saç/kıl yolma sayısının da arttığını göstermektedir. Ancak MGH-SY puanları ile hastalık süresi ve saç/kıl yolunan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sebeple TTM şiddetinin hastalık süresini ve yolunan bölge sayısını etkilemediği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında TTM hastalarında yaş ilerledikçe yolunan bölge sayısının arttığı görülmektedir (4,8). Hastalar çoğunlukla birden fazla bölgede saç yolmakta ve genellikle ellerinin kolay erişebildiği noktaları yolma bölgesi olarak seçmektedirler (4,8,9). Yapılan çalışmalarda TTM hastalarında yolunan bölge sayısının ortalama 2 olduğu, en sık yolunan bölgenin

saç olup ardından kaş, kirpik ve pubik kıllar geldiği bildirilmiştir (9). Çalışmızda literatüre paralel olarak, 18-58 yaş aralığında olan TTM hastalarının başlangıçta tek bölgede saç/kıl yoldukları bulunmuştur. Mevcut durumda ise örneklemin %50'si birden fazla bölgede saç/kıl yolma davranışı sergilediği ve yolunun bölge sayısı ortalama 2,1 olduğu görülmüştür.

5.3. TRİKOTİLLOMANİ HASTALARINDA ZİHİN KURAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda TTM tanısı almış hastaların zihin kuramı becerilerini değerlendirmek amacıyla GZOT ve DEZTÖ kullanılmıştır. Trikotillomani hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre GZOT ve DEZTÖ puanları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar TTM hastalarının zihin kuramı becerilerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olacağı hipotezimizi doğrulamaktadır. Literatürde TTM hastalarının zihin kuramını becerilerini herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın özgün bir nitelik taşıdığı, literatürdeki bu boşluğun giderilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Trikotillomani, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci basımında (DSM-5)" Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar" kategorisinde yer almaktadır. Obsesif ve kompulsif ve ilişkili bozukluklar (OKİB), tekrarlayan düşünce ve davranışlarla karakterize olmaları ve davranışları engellemekte zorlanmaları dolayısıyla semptomatik olarak birbirleriyle ilişkilidirler (2). Bu fenomenolojik benzerlikleri nedeniyle OKB ve TTM arasında varsayılan bir bağlantı olduğu düşünülmektedir (137). Tekrarlayan biliş ve davranış kalıplarıyla karakterize edilen OKB ve tekrarlayan saç yolma davranışlarını içeren TTM, DSM-5'te OKİB olarak kategorize edilmiştir (138). Literatürde TTM ile zihin kuramını ilişkisini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Bu sebeple OKB ve zihin kuramı becerilerini değerlendiren çalışmalar ele alınmıştır.

Litratürde OKB ve zihin kuramı becerilerini değerlendiren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB hastalarının temel düzey zihin kuramı becerileri korunurken ileri düzey zihin kuramı becerilerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (19,139). Sosyal-bilişsel (muhakeme) ve sosyal-algısal (kod çözme) zihin kuramı işlevlerinin OKB hastalarında bozuk olduğu, OKB şiddeti arttıkça sosyal-bilişsel (muhakeme) zihin kuramı becerisinin düştüğü tespit edilmiştir (18,139). Sosyal-algısal

zihin kuramı becerilerinin GZOT ile değerlendirildiği çalışma sonuçları, bu bozulmanın OKB'ye özgü olduğu, bilişsel işlevlerden bağımsız olduğu ileri sürülmüştür (18,139). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içgörünün azalması, şizotipal özelliklerin görülmesi ve hastalık şiddeti sosyal-bilişsel zihin kuramı becerilerinde bozulmaya etki ettiği düşünülmektedir (18,139). Bununla birlikte OKB hastalarının empati, şefkat ve zihin kuramı becerilerinin incelendiği bir çalışmada ise OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek empati düzeyine sahip olduğu, başkalarının endişelerinden daha fazla etkilendikleri bulunmuş, zihin kuramı becerileri ise sağlıklı kontrol grubuyla benzer olduğu tespit edilmiştir (140).

Yakın zamanda ülkemizde yapılan OKB tanısı alan hastaların içgörüsü yüksek, içgörüsü düşük ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 3 ayrı grupta zihin kuramı becerilerinin incelendiği bir çalışmada, OKB gruplarının sağlıklı kontrollere göre zihin kuramı becerilerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu, içgörüsü düşük olan OKB hastalarının iç görüsü yüksek olan OKB hastalarına kıyasla zihin kuramı becerilerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Söz konusu çalışmada içgörüsü yüksek olan OKB grubuyla sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında birinci ve ikinci düzey zihin kuramı becerileri ve gözlerden zihin okuma becerilerinde anlamlı fark görülmezken, gaf anlama (faux pas) ve çifte blöf testi gibi ileri düzey zihin kuramı becerilerinde anlamlı düzeyde bozulma görülmüştür (141).

Çalışmamızda OKB tanısı alan hastalarla yapılan incelemelere paralel olarak, TTM tanısı alan hastaların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla gözlerden zihin okuma becerisi değerlendiren GZOT ile birinci-ikinci ve ileri düzey zihin kuramı becerilerini değerlendiren DEZTÖ'nün anlamlı derecede düşük olduğu bulgulanmıştır. Çalışmada sağlıklı kontrol grubu katılımcıları, hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim durumları eşleştirilerek seçilmiştir. Böylelikle iki grup arasında yaş, cinsiyet ve eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Trikotillomani grubunda zihin kuramı becerilerinin kontrol grubundan düşük olması yaş, cinsiyet ve eğitim durumu kriterlerinden etkilenmediği düşünülmektedir. Trikotillomani tanısı alan hastaların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla depresyon, anksiyete ve aleksitimi semptomları anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve alekstimi semptomlarının zihin kuramı üzerine yordayıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Hasta grubunda eşlik eden depresyon,

anksiyete ve aleksitimi semptomları zihin kuramı becerileri üzerine bozucu etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada GZOT ve DEZTÖ puanları ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Ancak ileri düzey regresyon analizinde yaş ile zihin kuramı ölçekleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Zihin kuramı becerilerinin eğitim süresiyle ilişkisini incelendiğinde ise, GZOT ve DEZTÖ ile eğitim süresiyle arasında pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında son 20 yılda sağlıklı yaşlanma ile zihin kuramı becerilerini araştıran birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Zihin kuramı becerilerinin sağlıklı bireylerde yaşa bağlı değişikliğini araştıran bir meta-analiz çalışmasında, 1462 (790 genç ve 672 yaşlı) katılımcıda zihin kuramı becerileri incelenmiş ve tüm görev türlerinde (duygusal, bilişsel ve karma) yaşlı yetişkinlerin, genç yetişkinlere göre performansının daha kötü olduğu bildirilmiştir (142).

Bir başka çalışmada ise zihin kuramı becerilerine yaş ve eğitim düzeyi yordayıcılarının etkisini anlamak üzere ‘eğitim düzeyi yüksek genç’, ‘eğitim düzeyi yüksek yaşlı’ ve ‘eğitim düzeyi düşük yaşlı’ grupları örneklem seçilerek araştırma yürütülmüş; zihin kuramı becerilerinden ‘ikinci düzey yanlış inanç’, ‘gaf anlama-faux pas’, ‘gözler testi’ incelenmiştir (143). Eğitim düzeyi yüksek olan genç ve yaşlı grubun yanlış inanç ve gaf anlama görevlerinde eğitim düzeyi düşük olan gruba göre anlamlı derecede yüksek performans gösterdiği, gözler testinin üç grup için de benzer olduğu görülmüştür(143). Çalışmamızdaki TTM grubu katılımcılarının eğitim süresi ortalaması ise 12.57 idi. Literatüre paralel olarak örneklemimizde eğitim süresi arttıkça zihin kuramı testlerinden alınan puanlar artmıştır. Ancak literatürden farklı olarak yaş ve zihin kuramı becerileri arasında anlamlı bir ilişkinin olmamaması TTM’deki bozulmanın yaş faktöründen bağımsız olabileceğini göstermektedir.

Zihin kuramı becerilerinin cinsiyet ile ilişkisini incelediğimizde, çalışmamızda GZOT ve DEZTÖ ile cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Gözlerden zihin okuma testinin yaş ve cinsiyet ile ilişkisini değerlendirmek için 966 katılımcıya (497 kadın, 469 erkek) GZOT uygulanmış ve yaşla test performansı arasında ters orantı olduğu, kadın ve erkek katılımcıların puanları aynı aralıkta olsa da kadın katılımcıların daha yüksek performansa sahip olduğu bildirilmiştir (144). Örneklemimizde TTM grubunda 35 kadın, 5 erkek katılımcı sağlıklı kontrol grubunda ise 34 kadın, 6 erkek

katılımcı yer almaktadır. Erkek katılımcıların (%13,7) oranı, kadın katılımcıların (%86,3) oranından oldukça az olduğundan kaynaklı literatürde görülen anlamlı farkın çalışmamızda görülmediği düşünülmektedir.

5.4. TRİKOTİLLOMANİ GRUBUNDA ÖLÇEK PUANLARI, YAŞ, EĞİTİM SÜRESİ VE HASTALIK SÜRESİ İLE ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Çalışmada TTM grubunda ölçek toplam puanları, yaş, eğitim süresi ve hastalık süresi arasında korelasyonlar incelenmiştir. Hasta grubunda BDÖ puanları ile TAÖ-20, MGH-SY puanları ile pozitif yönlü ilişkisi görülmektedir. Depresyon puanları arttıkça aleksitimi semptomları ve TTM şiddeti artmaktadır. Literatüre bakıldığında hem TTM hastalarında hem de OKB hastalarında depresyon düzeyinin hastalık şiddetiyle ve eşlik eden aleksitimik semptomlarla arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir (132,145).

Çalışmada GZOT ve DEZTÖ zihin kuramı ölçekleriyle, BDÖ depresyon ölçeği arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Literatürle paralel olarak, depresyon düzeyi arttıkça zihin kuramı performansının azaldığı görülmüştür. Majör depresif bozuklukta zihin kuramı becerilerini sağlıklı kontrollerle karşılaştıran 18 çalışmanın meta-analiz sonuçları MDB hastalarında zihin kuramı becerilerinin anlamlı derecede düşük olduğunu görülmüştür (146). Zihin kuramı görevlerinden sözlü/görsel, bilişsel/duygusal ve akıl yürütme/kod çözme kategorilerinin tümünde bozulma olduğu ve depresif semptomların şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur (146). Yakın zamanda yapılmış bir başka meta-analiz çalışmasında ise zihin kuramı becerilerinin sadece şiddetli depresyonu olan grupta bozulmaların olduğu, hafif/orta şiddette depresyonu olanların kontrol grubuyla anlamlı fark olmadığı görülmüştür (147).

Mevcut çalışmada anksiyete düzeyini değerlendiren BAÖ ile sadece TAÖ-20 arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Hipotezimizin aksine anksiyetenin TTM şiddetiyle arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde anksiyete ve TTM ilişkisini inceleyen çalışmalarda anksiyetenin TTM şiddetiyle pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir (148). Çalışmamızda BAÖ ile zihin kuramı ölçekleriyle korelasyona bakıldığında aralarında anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve yaygın anksiyete bozukluklarıyla (YAB) zihin kuramını inceleyen 585 SAB hastası, 178 YAB hastası ve 753 sağlıklı kontrol katılımcısından oluşan 21 çalışmanın meta-analizine bakıldığında; SAB hastalarının kontrol grubuna göre

duygu tanıma ve zihin kuramı becerilerinde bozulmaların olduğu ancak YAB hastalarında çıkarım yapabilmek için çalışmaların kısıtlı kaldığı görülmüştür (149). Çalışmamızda GZOT ve DEZTÖ zihin kuramı ölçekleriyle, BAÖ anksiyete ölçeği arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda TAÖ-20 ile TTM şiddeti arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu bulunamamıştır. Böylelikle TTM şiddeti arttıkça aleksitimi semptomların artacağı hipotezimiz doğrulanamamıştır. Zihin kuramı becerilerini değerlendiren GZOT ile TAÖ-20 aleksitimi ölçeği arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Ancak bu ilişki DEZTÖ ile TAÖ-20 arasında bulunamamıştır. Zihin kuramı bozukluğunun transdiagnostik yapısı ve aleksitimi semptomlarının psikiyatrik bozukluklarda eşlik etmesi, zihin kuramı bozukluğunun aleksitimi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (150). Zihin kuramı ve aleksitimi ilişkisini araştıran 63 çalışmanın derlemesine bakıldığında, zihin kuramı becerilerinden duygu tanımayı gerektiren GZOT puanlarının aleksitimi ile ilişkili olduğu ancak performans gerektiren zihin kuramı testleriyle ilişkilendirilmediği sonucuna varılmıştır (151). Literatürle paralel olarak, aleksitimi düzeyi arttıkça zihin kuramı becerilerinden duygu tanımanın azaldığı ancak performans gerektiren görevlerde bozulmaların olmadığı görülmüştür.

Mevcut çalışmada TTM şiddeti belirlemek amacıyla MGH-SY testi kullanılmıştır. MGH-SY ile zihin kuramı ölçekleri GZOT ve DEZTÖ'nün arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır. Böylelikle TTM şiddeti arttıkça zihin kuramı becerilerinin azalacağı hipotezimiz doğrulanamamıştır. Literatürde çalışılan diğer psikopatolojilerde semptom şiddeti arttıkça zihin kuramı becerilerinde bozulmanın arttığını gösteren çalışmaların yanında anlamlı fark bulamayan çalışmalar da mevcuttur (111,141,147). Çalışmada hastalık süresi arttıkça zihin kuramı becerilerinin azalacağı düşünülmüştür ancak hastalık süresi ile GZOT ve DEZTÖ puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda kullanılan zihin kuramı ölçekleri GZOT ve DEZTÖ arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Ölçekler birbirini destekler niteliktedir, GZOT puanı arttıkça DEZTÖ puanı da artmış, azaldıkça diğeri de azalmıştır.

5.5. KISITLILIKLAR

Mevcut araştırma, gelecekteki araştırmalarda ele alınması gereken birtakım sınırlılıklara sahiptir. İlk olarak çalışma örneklemimiz nispeten küçük olması bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. İkinci olarak TTM grubunda ektanılar dışlanmamıştır, bunun zihin kuramı becerilerine olumsuz etkisi olmuş olabilir. Üçüncü olarak hasta grubunda mevcut tedavisine devam eden ve ilaç uyumunu sağlayamamış hastalar birlikte alınmıştır. Bu durum hastalık şiddeti ve zihin kuramı becerilerini değerlendirmede bozucu etkiye sebep olabilir. Son olarak çalışmada kullanılan DEZTÖ, literatürde mevcut olan birçok zihin kuramı görevini kapsamaktadır ve toplumumuzun kültürel değerlerine uygun olarak hazırlanmıştır. Ancak geçerlik ve güvenilirlik çalışması sağlıklı popülasyon için değil şizofreni popülasyonu için çalışılmıştır. Ayrıca literatürde kullanımı kısıtlı kalmış ve küçük örneklem gruplarıyla olan çalışmalarda kullanılmıştır. Bu sebeple zihin kuramı becerilerini değerlendirmek için çalışma farklı testlerle desteklenebilirdi. Ayrıca yapılan çalışmada ölçeklerin toplam puanlarına bakılmış, alt ölçek puanlamaları değerlendirilmemiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmada elde edilen sonuçlara bütünlüklü bir şekilde yer verildikten sonra çalışmaya özgü önerilere yer verilmiştir. Yapılan çalışmaya ilişkin temel hipotez, TTM hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre zihin kuramı becerilerinin daha düşük olacağıdır. Ayrıca bu değişkenlerin yordayıcılarının tespit edilebilmesi için analizler gerçekleştirilmiştir.

Yürütülen araştırmanın bulgularına göre; TTM hastalarının zihin kuramı becerilerinden olan gözlerden zihin okuma, birinci-derece yanlış inanç, ikinci-derece yanlış inanç, ironi kavrama, metafor kavrama, empatik anlayış ve faux pas kavrama yeteneklerinin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede bozulduğu görülmektedir. Araştırmamızda zihin kuramı ölçeklerinden DEZTÖ sadece toplam puan üzerinden değerlendirilmiş, alt ölçekler değerlendirmeye alınmamıştır. Gelecek çalışmalarda birinci-derece yanlış inanç, ikinci-derece yanlış inanç, ironi kavrama, metafor kavrama, empatik anlayış ve faux pas kavrama yetenekleri ayrı ayrı değerlendirilip TTM ile ilişkisi incelenebilir.

Yapılan çalışmaya ilişkin ikinci hipotez, TTM hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete ve aleksitimi semptomlarının yüksek olacağıdır. Yürütülen araştırmanın bulgularına göre; TTM hastalarının sağlıklı kontrollere göre BDÖ, BAÖ ve TAÖ-20 puanları anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyonun zihin kuramı becerilerini ve TTM şiddetini yordadığı bulunmuştur. BDÖ ile GZOT ve DEZTÖ arasında negatif yönlü anlamlı derecede ilişki olduğu bulunmuştur. BDÖ ile MGH-SY arasında pozitif yönlü anlamlı derecede ilişki olduğu bulunmuştur. Depresif semptomların eşlik ettiği TTM hastalarında zihin kuramı becerileri düştüğü, TTM şiddetinin arttığı söylenebilir.

Aleksitiminin değerlendirildiği TAÖ-20 ile GZOT arasında negatif yönlü anlamlı derecede ilişki olduğu bulunmuştur. TAÖ-20 ile DEZTÖ arsında negatif yönlü ilişki olsa da anlamlı derecede değildir. Bu sebeple aleksitimi puanları yükseldikçe gözlerden zihin okuma becerisinin azaldığı ancak birinci-derece yanlış inanç, ikinci-derece yanlış inanç, ironi kavrama, metafor kavrama, empatik anlayış ve faux pas kavrama becerilerinin etkilenmediği söylenebilir. Anksiyetenin zihin kuramı becerilerini ve TTM şiddetini yordamadığı görülmüştür. Anksiyetenin değerlendirildiği BAÖ ile sadece TAÖ-20

arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuş; MGH-SY, GZOT ve DEZTÖ arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yürütülen araştırmada, TTM şiddeti arttıkça zihin kuramı becerilerinin azalacağı öngörülmüştür. Ancak TTM şiddetini değerlendirildiği MGH-SY ile GZOT ve DEZTÖ arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ayrıca TTM şiddeti ile saç/kıl yolma sayısı ile pozitif yönlü anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Hastalık şiddeti ile hastalık süresi ve yolunan bölge sayısı arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Son dönemlerde zihin kuramı becerilerinin çeşitli psikopatolojilerle ilişkisi araştırmalarda önemli bir yere sahiptir. Yapılan literatür taramasında TTM ile zihin kuramı becerilerinin değerlendirildiği araştırmalara rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmamızın sonuçlarını kıyaslayabilmek için OKB ile zihin kuramı becerilerini değerlendiren araştırmalar kullanılmıştır. Trikotillomani ve OKB tanısal sınıflandırmada beraber yer alsalar da bilişsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmalarda birbirinden farklı oldukları görülmektedir. Çalışma bulgularının genellenebilmesi ancak TTM hastalarıyla yapılan çalışmaların artmasıyla mümkün olacaktır. Değişkenler arasındaki ilişkilere dair sonuçların hastalar ve ruh sağlığı uzmanları için önlem veya müdahalelerde bulunma açısından önemli olacağı, gelecek araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Grant JE, Peris TS, Ricketts EJ, Lochner C, Stein DJ, Stochl J, et al. Identifying subtypes of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder using mixture modeling in a multicenter sample. J Psychiatr Res. 2021 May;137:603–12.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
3. Grant JE, Potenza MN. The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders. Oxford Library of Psychology; 2011.
4. Christenson G, O'Sullivan R. Trichotillomania. CNS Drugs. 1996 Jul;6(1):23–34.
5. Thomson HA, Farhat LC, Olfson E, Levine JLS, Bloch MH. Prevalence and gender distribution of trichotillomania: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2022 Sep;153:73–81.
6. Klobucar A, Folnegovic-Smalc V, Kocijan-Hercigonja D, Sovic S, Gulic L. Clinical Characteristics and Comordbisdity of Pediatric Trichotillomania: The Study of 38 Cases In Croatia. Psychiatr Danub. 2018 Mar 16;30(1):79–84.
7. Schlosser S, Black D, Blum N, Goldstein R. The Demography, Phenomenology, and Family History of 22 Persons with Compulsive Hair Pulling. Annals of Clinical Psychiatry. 1994 Sep 1;6(3):147–52.
8. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: A current review. Clin Psychol Rev. 2010 Mar;30(2):181–93.
9. Pirdogan Aydin E, Guler Kenar J, Kivanc Altunay I, Gokovali Begenen A, Kivilcim Y, Ozer OA, et al. Clinical Characteristics and Comorbidities of Patients with Trichotillomania and Skin Picking Disorder Who Admitted to a Psychodermatology Outpatient Clinic: A Comparative Study. Turkish Journal of Psychiatry. 2020;
10. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, Evaluation, and Management of Trichotillomania. Psychiatric Clinics of North America. 2014 Sep;37(3):301–17.
11. Flessner CA, Conelea CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Cashin SE. Styles of pulling in trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. Behaviour Research and Therapy. 2008 Mar;46(3):345–57.
12. Diefenbach GJ, Mouton-Odum S, Stanley MA. Affective correlates of trichotillomania. Behaviour Research and Therapy. 2002 Nov;40(11):1305–15.
13. Apperly IA. What is "theory of mind"? Concepts, cognitive processes and individual differences. Quarterly Journal of Experimental Psychology. 2012 May 1;65(5):825–39.
14. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neurosci Biobehav Rev. 2006 Jan;30(4):437–55.
15. Lecce S, Ceccato I, Cavallini E. Investigating ToM in aging with the MASC: from accuracy to error type. Aging, Neuropsychology, and Cognition. 2019 Jul 4;26(4):541–57.
16. Brüne M. Social Cognition and Psychopathology in an Evolutionary Perspective. Psychopathology. 2001;34(2):85–94.
17. Yazici KU, Yazici IP. Decreased theory of mind skills, increased emotion dysregulation and insight levels in adolescents diagnosed with obsessive compulsive disorder. Nord J Psychiatry. 2019 Oct 3;73(7):462–9.
18. Altınöz A, Köşger F, Eşsizoğlu A. Relationship between selective attention, cognitive flexibility, response inhibition and theory of mind functions in obsessive-compulsive disorder. Anatolian Journal of Psychiatry. 2018;(0):1.
19. Sayın A, Oral N, Utku Ç, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. European Psychiatry. 2010 Mar 16;25(2):116–22.
20. França K, Kumar A, Castillo D, Jafferany M, Hyczy da Costa Neto M, Damevska K, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder): Clinical characteristics, psychosocial aspects, treatment approaches, and ethical considerations. Dermatol Ther. 2019 Jul;32(4):e12622.
21. Eskeland SO, Moen E, Hummelen B. Trikotillomani. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2018;
22. Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. Trichotillomania. American Psychiatric Pub; 1999.
23. Diefenbach GJ, Reitman D, Williamson DA. Trichotillomania. Clin Psychol Rev. 2000 Apr;20(3):289–309.
24. Chamberlain SR, Odlaug BL, Boulougouris V, Fineberg NA, Grant JE. Trichotillomania: Neurobiology and treatment. Neurosci Biobehav Rev. 2009 Jun;33(6):831–42.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Vol. 1. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.

26. Stanley MA, Borden JW, Mouton SG, Breckenridge JK. Nonclinical hair-pulling: Affective correlates and comparison with clinical samples. Behaviour Research and Therapy. 1995 Feb;33(2):179–86.
27. Konkan R, Şenormancı Ö, Sungur MZ. Trikotillomani: Tanı, Farmakoterapi ve Kognitif Davranışçı Terapisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2011 Sep 8;21(3):265–74.
28. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, Albrecht P, Wolańczyk T. Trichotillomania and trichophagia - diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. Psychiatr Pol. 2016 Feb 28;50(1):127–43.
29. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, Albrecht P, Wolańczyk T. Trichotillomania and trichophagia - diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. Psychiatr Pol. 2016 Feb 28;50(1):127–43.
30. Pirdogan Aydin E, Bilge Y, Demirci H, Ozer OA. Hair pulling in a sample of Turkish university students: prevalence, clinical characteristics, predictors, and sex differences. Current Psychology. 2024 Jul 8;
31. Woods DW, Miltenberger RG, Flach AD. Habits, Tics, and Stuttering. Behav Modif. 1996 Apr 26;20(2):216–25.
32. King RA, Zohar AH, Ratzoni G, Binder M, Kron S, Dycian A, et al. An Epidemiological Study of Trichotillomania in Israeli Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995 Sep;34(9):1212–5.
33. Bohne A, Keuthen N, Wilhelm S. Pathologic Hairpulling, Skin Picking, and Nail Biting. Annals of Clinical Psychiatry. 2005 Oct 1;17(4):227–32.
34. Grzesiak M, Reich A, Szepietowski J, Hadryś T, Pacan P. Trichotillomania Among Young Adults: Prevalence and Comorbidity. Acta Dermato Venereologica. 2017;97(4):509–12.
35. Grant JE, Dougherty DD, Chamberlain SR. Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania. Psychiatry Res. 2020 Jun;288:112948.
36. Papadopoulos AJ, Janniger CK, Chodynicki MP, Schwartz RA. Trichotillomania. Int J Dermatol. 2003 May 20;42(5):330–4.
37. Walsh KH, McDougle CJ. Trichotillomania. Am J Clin Dermatol. 2001;2(5):327–33.
38. Swedo SE, Lenane MC, Leonard HL. Long-Term Treatment of Trichotillomania (Hair Pulling). New England Journal of Medicine. 1993 Jul 8;329(2):141–2.
39. Keijsers GPJ, van Minnen A, Hoogduin CAL, Klaassen BNW, Hendriks MJ, Tanis-Jacobs J. Behavioural treatment of trichotillomania: Two-year follow-up results. Behaviour Research and Therapy. 2006 Mar;44(3):359–70.
40. Falkenstein MJ, Rogers K, Malloy EJ, Haaga DAF. Predictors of relapse following treatment of trichotillomania. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2014 Oct;3(4):345–53.
41. Barber KE, Woods DW, Ely LJ, Saunders SM, Compton SN, Neal-Barnett A, et al. Long-term follow-up of acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania. Psychiatry Res. 2024 Mar;333:115767.
42. Mouton-Odum S, Houghton DC. Comprehensive behavioral treatment for an adult with sensory-based trichotillomania: An illustrative case study. Bull Menninger Clin. 2018 Dec;82(4):288–307.
43. Bottesi G, Cerea S, Razzetti E, Sica C, Frost RO, Ghisi M. Investigation of the Phenomenological and Psychopathological Features of Trichotillomania in an Italian Sample. Front Psychol. 2016 Feb 25;7.
44. Duke DC, Keeley ML, Ricketts EJ, Geffken GR, Storch EA. The Phenomenology of Hairpulling in College Students. J Psychopathol Behav Assess. 2010 Jun 21;32(2):281–92.
45. Grant JE, Odlaug BL. Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. Compr Psychiatry. 2008 Nov;49(6):579–84.
46. Norberg MM, Wetterneck CT, Woods DW, Conelea CA. Experiential Avoidance as a Mediator of Relationships Between Cognitions and Hair-Pulling Severity. Behav Modif. 2007 Jul 26;31(4):367–81.
47. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. J Am Acad Dermatol. 2002 Jun;46(6):807–26.
48. Torales J, Ruiz Díaz N, Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Barrios I, García O, et al. Hair-pulling disorder (Trichotillomania): Etiopathogenesis, diagnosis and treatment in a nutshell. Dermatol Ther. 2021 Jan 15;34(1).
49. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. American Journal of Psychiatry [Internet]. 1991 Mar [cited 2024 May 19];148(3):365–70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1992841/
50. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. Clin Psychol Rev. 2012 Nov;32(7):618–29.
51. Bohn M, Thomsen PH, Nissen JB. [Trichotillomania]. Ugeskr Laeger. 2022 May 9;184(19).

52. Woods DW, Flessner C, Franklin ME, Wetterneck CT, Walther MR, Anderson ER, et al. Understanding and Treating Trichotillomania: What We Know and What We Don't Know. Psychiatric Clinics of North America. 2006 Jun;29(2):487–501.
53. Christenson GA, Mackenzie TB, Reeve EA. Familial trichotillomania. Am J Psychiatry. 1992 Feb;149(2):283.
54. Novak CE, Keuthen NJ, Stewart SE, Pauls DL. A twin concordance study of trichotillomania. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2009 Oct 5;150B(7):944–9.
55. Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B, et al. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. J Clin Psychiatry. 1995 Jul;56(7):319–26.
56. Stein D. Functional brain imaging and pharmacotherapy in trichotillomania Single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2002 Jun;26(5):885–90.
57. O'Sullivan RL, Rauch SL, Breiter HC, Grachev ID, Baer L, Kennedy DN, et al. Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging. Biol Psychiatry. 1997 Jul;42(1):39–45.
58. Krishnan KRR, Davidson JRT, Guajardo C. Trichotillomania—A review. Compr Psychiatry. 1985 Mar;26(2):123–8.
59. Miltenberger RG, Rapp JT, Long ES. Characteristics of Trichotillomania. In: Trichotillomania. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999.
60. Singh AN, Maguire J. Trichotillomania and incest. British Journal of Psychiatry. 1989;
61. Shusterman A, Feld L, Baer L, Keuthen N. Affective regulation in trichotillomania: Evidence from a large-scale internet survey. Behaviour Research and Therapy. 2009 Aug;47(8):637–44.
62. Anwar S, Jafferany M. Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat. 2019 Mar;28(1):33–6.
63. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. Behaviour Research and Therapy. 1973 Nov;11(4):619–28.
64. Friman PC, Finney JW, Christophersen ER. Behavioral treatment of trichotillomania: An evaluative review. Behav Ther. 1984 Jun;15(3):249–65.
65. Mansueto C. Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. Clin Psychol Rev. 1997;17(5):567–77.
66. Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. Motor Inhibition and Cognitive Flexibility in Obsessive-Compulsive Disorder and Trichotillomania. American Journal of Psychiatry. 2006 Jul;163(7):1282–4.
67. Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Clark L, Robbins TW, Sahakian BJ. A neuropsychological comparison of obsessive–compulsive disorder and trichotillomania. Neuropsychologia. 2007 Jan;45(4):654–62.
68. Slikboer R, Reser MP, Nedeljkovic M, Castle DJ, Rossell SL. Systematic Review of Published Primary Studies of Neuropsychology and Neuroimaging in Trichotillomania. Journal of the International Neuropsychological Society. 2018 Feb 24;24(2):188–205.
69. Ali A, Ioannidis K, Grant JE, Chamberlain SR. Cognition in trichotillomania: a meta-analysis. CNS Spectr. 2024 Jun 13;29(3):158–65.
70. Demirci H, Aydın EP, Kenar JG, Özer ÖA, Karamustafalıoğlu KO. Decision-making performance in Trichotillomania and skin picking disorder. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2021 Oct;31:100688.
71. Houghton DC, Maas J, Twohig MP, Saunders SM, Compton SN, Neal-Barnett AM, et al. Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. Psychiatry Res. 2016 May;239:12–9.
72. Diefenbach GJ, Tolin DF, Crocetto J, Maltby N, Hannan S. Assessment of Trichotillomania: A Psychometric Evaluation of Hair-Pulling Scales. J Psychopathol Behav Assess. 2005 Sep;27(3):169–78.
73. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Chamberlain SR. Trichotillomania and co-occurring anxiety. Compr Psychiatry. 2017 Jan;72:1–5.
74. Grant JE, Redden SA, Medeiros GC, Odlaug BL, Curley EE, Tavares H, et al. Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety. Int J Psychiatry Clin Pract. 2017 Oct 2;21(4):302–6.
75. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. Depress Anxiety. 2010 Jun;27(6):611–26.
76.Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. Clin Psychol Rev. 2012 Nov;32(7):618–29.

77. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. Depress Anxiety. 2002;15(2):66–8.
78. Gershuny BS, Keuthen NJ, Gentes EL, Russo AR, Emmott EC, Jameson M, et al. Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. J Clin Psychol. 2006 Dec;62(12):1521–9.
79. Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and Management of Trichotillomania in Children and Adolescents. Pediatric Drugs. 2005;7(6):365–76.
80. Farhat LC, Olfson E, Nasir M, Levine JLS, Li F, Miguel EC, et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. Depress Anxiety. 2020 Aug 10;37(8):715–27.
81. Van Minnen A, Hoogduin KAL, Keijsers GPJ, Hellenbrand I, Hendriks GJ. Treatment of Trichotillomania With Behavioral Therapy or Fluoxetine. Arch Gen Psychiatry. 2003 May 1;60(5):517.
82. Walther MR, Ricketts EJ, Conelea CA, Woods DW. Recent Advances in the Understanding and Treatment of Trichotillomania. J Cogn Psychother. 2010 Feb;24(1):46–64.
83. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL, Cheslow DL. A Double-Blind Comparison of Clomipramine and Desipramine in the Treatment of Trichotillomania (Hair Pulling). New England Journal of Medicine. 1989 Aug 24;321(8):497–501.
84. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A Placebo-Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Clomipramine in Trichotillomania. J Clin Psychiatry. 2000 Jan 15;61(1):47–50.
85. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic Review: Pharmacological and Behavioral Treatment for Trichotillomania. Biol Psychiatry. 2007 Oct;62(8):839–46.
86. Jafferany M, Mkhoyan R, Stamu-O'Brien C, Carniciu S. Nonpharmacological treatment approach in trichotillomania (hair-pulling disorder). Dermatol Ther. 2020 Jul 9;33(4).
87. Sarah H M, Hana F Z, Hilary E D, Martin E F. Habit reversal training in trichotillomania: guide for the clinician. Expert Rev Neurother. 2013 Sep 9;13(9):1069–77.
88. Roblek TL, Detweiler MF, Fearing T, Albano AM. Cognitive behavioral treatment of trichotillomania in youth: What went right and what went wrong? In: Cognitive and Behavioral Practice. 1999. p. 154–61.
89. Türk N. Clinical characteristics and accompanying psychiatric disorders in children and adolescents with trichotillomania. Gaziantep Üniversitesi; 2020.
90. Demirci H. Metacognitive functions of patients with trichotillomania and skin picking disorder. Dusunen Adam:The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2022;
91. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? Behavioral and Brain Sciences. 1978 Dec 4;1(4):515–26.
92. Astington JW, Jenkins JM. Theory of mind development and social understanding. Cogn Emot. 1995 Mar;9(2–3):151–65.
93. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind" ? . In: Cognition. 1985. p. 37–46.
94. Şahin B, Bozkurt A, Usta MB, Aydın M, Çobanoğlu C, Karabekiroğlu K. Zihin Kuramı: Gelişim, Nörobiyoloji, İlişkili Alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019 Mar 31;11(1):24–41.
95. Youmans GL. Theory of Mind Performance of Individuals with Alzheimer-Type Dementia Profiles (Electronic Theses). The Florida State University College of Communication; 2004.
96. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal Lobe Contributions to Theory of Mind. J Cogn Neurosci. 1998 Sep;10(5):640–56.
97. Şencan B. Majör Depresif Bozuklukta Zihin Kuramı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019 Mar 31;11(1):42–54.
98. Shanton K, Goldman A. Simulation theory. WIREs Cognitive Science. 2010 Jul 5;1(4):527–38.
99. Gopnik A. The theory theory as an alternative to the innateness hypothesis. In: Antony LM, Hornstein N, editors. Chomsky and His Critics. New York: Basil Blackwell; 2003. p. 238–54.
100. Tager-Flusberg H. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. Cognition. 2000 Jul 14;76(1):59–90.
101. Drubach DA. The Purpose and Neurobiology of Theory of Mind Functions. J Relig Health. 2008 Sep 18;47(3):354–65.
102. Leslie KR, Johnson-Frey SH, Grafton ST. Functional imaging of face and hand imitation: towards a motor theory of empathy. Neuroimage. 2004 Feb;21(2):601–7.
103. Fletcher P. Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. Cognition. 1995 Nov;57(2):109–28.

104. Vogeley K, Bussfeld P, Newen A, Herrmann S, Happé F, Falkai P, et al. Mind Reading: Neural Mechanisms of Theory of Mind and Self-Perspective. Neuroimage. 2001 Jul;14(1):170–81.
105. Jiang J, Borowiak K, Tudge L, Otto C, von Kriegstein K. Neural mechanisms of eye contact when listening to another person talking. Soc Cogn Affect Neurosci. 2016 Aug 30;nsw127.
106. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Aharon-Peretz J. The Neuroanatomical Basis of Understanding Sarcasm and Its Relationship to Social Cognition. Neuropsychology. 2005;19(3):288–300.
107. Baron-Cohen S. Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others. In: Natural theories of mind: Evolution, Development and Simulation of Everyday Mindreading. 1991. p. 233–51.
108. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Autism Dev Disord. 1999;29(5):407–18.
109. Yirmiya N, Erel O, Shaked M, Solomonica-Levi D. Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. Psychol Bull. 1998;124(3):283–307.
110. Jones CRG, Simonoff E, Baird G, Pickles A, Marsden AJS, Tregay J, et al. The association between theory of mind, executive function, and the symptoms of autism spectrum disorder. Autism Research. 2018 Jan 25;11(1):95–109.
111. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. Schizophr Res. 2009 Apr;109(1–3):1–9.
112. Kucukparlak I, Karas H, Kaser M, Yildirim EA. The Relationship of Theory of Mind and Attachment Charactirsitcs with Disease Severity in Social Anxiety Disorder. Archives of Neuropsychiatry. 2020;
113. Baez S, Marengo J, Perez A, Huepe D, Font FG, Rial V, et al. Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. J Neuropsychol. 2015 Sep 28;9(2):203–18.
114. Bora E, Köse S. Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A specific İmpairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa? International Journal of Eating Disorders. 2016 Aug 18;49(8):739–40.
115. Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. Psychol Med. 2016 Mar 28;46(4):699–716.
116. Başoğlu E, İnanç L, Altıntaş M, Beştepe E. A case-control study on the theory of mind, insight and quality of life in patients with bipolar I disorder. Anatolian Journal of Psychiatry. 2017;1.
117. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi, cilt 86. 2011;39–47.
118. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. Turkish Journal of Psychology . 1989;23:3–13.
119. Ulusoy M. Beck anksiyete ölçeğinin psikometrik özellikleri. [İstanbul]: Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 1993.
120. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994 Jan;38(1):23–32.
121. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, et al. The Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): Reliability, Validity, and Factorial Structure. Clinical Psychopharmacology. 2009;19:214–20.
122. Güleç H, Yenel A. 20 maddelik Toronto aleksitimi ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. Klin Psikiyatr Dergisi. 2010;13(3):108–12.
123. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and Factor Analyses. Psychother Psychosom. 1995;64(3–4):141–5.
124. Pirdoğan Aydın E, Güler Kenar J, Kıvanç Altunay İ, Deniz F, Özer ÖA, Karamustafalıoğlu KO. Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale: Validity and Reliability Study of the Turkish Form. Turkish Journal of Psychiatry. 2021;
125. Yildirim EA, Kasar M, Guduk M, Ozalmete O, Ates E, Kucukparlak I. Investigating reliability of Reading Mind in the Eyes Test in a Turkish population. Turkish Journal of Psychiatry. 2011;
126. Değirmencioğlu B. İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. [İzmir]: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
127. George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson. 2010.
128. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. American Journal of Psychiatry. 2016 Sep;173(9):868–74.

129. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. Behaviour Research and Therapy. 2005 Jul;43(7):869–84.
130. Gutierrez Y, Jones ME, Rajkumar JR, Kohn AH, Pourali SP, Chen A, et al. Trichotillomania in the United States: An epidemiologic study of patient characteristics, comorbidities, and treatment patterns. Dermatol Online J. 2021 Sep 29;27(8).
131. Grant JE, Dougherty DD, Chamberlain SR. Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania. Psychiatry Res. 2020 Jun;288:112948.
132. Rufer M, Bamert T, Klaghofer R, Moritz S, Schilling L, Weidt S. Trichotillomania and emotion regulation: Is symptom severity related to alexithymia? Psychiatry Res. 2014 Aug;218(1–2):161–5.
133. Römer M. Body-focused repetitive behaviours: the influence of alexithymia and impulsivity. [Faculty of Behavioural. Management, & Social Sciences]; 2019.
134. Aydin EP, Demirci H, Begenen AG, Kenar JG, Altunay IK, Ozer OA, et al. Facial emotion recognition difficulties may be specific to skin picking disorder, but could also be related to the presence of alexithymia in trichotillomania. Eur J Psychiatry. 2022 Apr;36(2):130–6.
135. Crowe E, Staiger PK, Bowe SJ, Rehm I, Moulding R, Herrick C, et al. The association between trichotillomania symptoms and emotion regulation difficulties: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024 Feb;346:88–99.
136. Aydin EP, Demirci H, Begenen AG, Kenar JG, Altunay IK, Ozer OA, et al. Facial emotion recognition difficulties may be specific to skin picking disorder, but could also be related to the presence of alexithymia in trichotillomania. Eur J Psychiatry. 2022 Apr;36(2):130–6.
137. Ali A, Ioannidis K, Grant JE, Chamberlain SR. Cognition in trichotillomania: a meta-analysis. CNS Spectr. 2024 Jun 13;29(3):158–65.
138. Gruner P, Pittenger C. Cognitive inflexibility in Obsessive-Compulsive Disorder. Neuroscience. 2017 Mar;345:243–55.
139. Liu W, Fan J, Gan J, Lei H, Niu C, Chan RCK, et al. Disassociation of cognitive and affective aspects of theory of mind in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2017 Sep;255:367–72.
140. Salazar Kämpf M, Kanske P, Kleiman A, Haberkamp A, Glombiewski J, Exner C. Empathy, compassion, and theory of mind in obsessive-compulsive disorder. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2022 Mar 31;95(1):1–17.
141. Tulacı RG, Cankurtaran EŞ, Özdel K, Öztürk N, Kuru E, Özdemir İ. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. Nord J Psychiatry. 2018 May 19;72(4):273–80.
142. Henry JD, Phillips LH, Ruffman T, Bailey PE. A meta-analytic review of age differences in theory of mind. Psychol Aging. 2013;28(3):826–39.
143. Li X, Wang K, Wang F, Tao Q, Xie Y, Cheng Q. Aging of theory of mind: The influence of educational level and cognitive processing. International Journal of Psychology. 2013 Aug 19;48(4):715–27.
144. Kynast J, Polyakova M, Quinque EM, Hinz A, Villringer A, Schroeter ML. Age- and Sex-Specific Standard Scores for the Reading the Mind in the Eyes Test. Front Aging Neurosci. 2021 Jan 28;12.
145. Uslu U, Erensoy H, Meterelliyoz K, Aytaç H, Berkol T. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastalar ile sağlıklı bireyler arasındaki aleksitimi düzey farklılıklarının karşılaştırılması; Comparison of alexithymia level differences associated with obsessive compulsive disorder patients and healthy people. The Journal of Neurobehavioral Sciences. 2020;7(2):52.
146. Bora E, Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. J Affect Disord. 2016 Feb;191:49–55.
147. Nestor BA, Sutherland S, Garber J. Theory of mind performance in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2022 Apr;303:233–44.
148. Alexander JR, Houghton DC, Twohig MP, Franklin ME, Saunders SM, Neal-Barnett AM, et al. Clarifying the relationship between Trichotillomania and anxiety. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2017 Apr;13:30–4.
149. Baez S, Tangarife MA, Davila-Mejia G, Trujillo-Güiza M, Forero DA. Performance in emotion recognition and theory of mind tasks in social anxiety and generalized anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2023 May 19;14.
150. Pisani S, Murphy J, Conway J, Millgate E, Catmur C, Bird G. The relationship between alexithymia and theory of mind: A systematic review. 2021 [cited 2024 May 6]; Available from: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.036
151. Pisani S, Murphy J, Conway J, Millgate E, Catmur C, Bird G. The relationship between alexithymia and theory of mind: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2021 Dec;131:497–524.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.04.2023-17448

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Toplantı Tarihi : 07.04.2023
Toplantı Sayısı : 2023/7
Karar Sayısı : 7/29

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ'nin sorumlu, Doç.Dr. Efruz Pirdoğan Aydın ve Psk.Aslı Gönül Kaçar'ın yardımcı araştırmacı olduğu 23/189 kayıt numaralı ***"Trikotillomani hastalarında zihin kuramı becerilerinin değerlendirilmesi"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 07.04.2023 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL Başkan	Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Recep KEŞLİ Etik Kurul Üyesi	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. Papatya KELEŞ Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK Etik Kurul Üyesi	Doç. Dr. Selda RIZALAR Etik Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER Öğretim Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI Etik Kurul Üyesi

10.04.2023 Memur — Selen GÖNÜL

Evrakı Doğrulamak İçin : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSC5VC8JRB&eS=17448

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Aslı Gönül Kaçar'ın yüksek lisans tezi kapsamında ve Dr. Öğretim Üyesi Hasan Demirci danışmanlığında yürütülecek olan bilimsel bir çalışmadır.

Bu araştırma Trikotillomani hastalarında zihin kuramı becerilerinin değerlendirilmesi çalışmasıdır. Çalışmanın birincil amacı trikotillomani tanılı hastalarda zihin kuramı becerilerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır. Bir sefer yapılacak olan görüşme yaklaşık 30 dakika sürecektedir. Araştırmaya katılımı beklenen trikotillomani gönüllü sayısı 40, sağlıklı gönüllü sayısı 40'tır. Çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Hastalar mevcut tedavilerine devam edeceklerdir. Yapılacak psikiyatrik görüşmede hastaların öz bildirimine dayanan ve araştırmacı psikolog tarafından uygulanacak anketler verilecektir. Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, çalışma durumu, çalışma yılı ve süresi, kronik fiziksel ve ruhsal hastalık durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, psikiyatriste başvuru durumu, alışkanlıklar (sigara, alkol, madde kullanımı), mevcut tedavisi ve hastalıkla ilgili bilgiler dökümante edilecektir. Klinik görüşme psikiyatrik ek tanıları tespit edilecek, katılımcılar tarafından depresyon, kaygı, aleksitimi, zihin kuramı testleri doldurulacaktır. Bu araştırmaya katılacak hastalarda istenmeyen etkiler açısından bir risk yoktur. Bu araştırmaya katılacak hastalarda karşılaşılabilecek sorunlar açısından bir risk yoktur. Gebe veya emziren hastalar çalışmaya dâhil edilmeyeceklerdir. Erkek gönüllüler için bir uyarıya gerek yoktur. Bu çalışmaya katılan hastalar klasik psikiyatri poliklinik muayenesinin ötesinde ayrıntılı olarak incelenecektir. Bu araştırmada hastalar için beklenen bir yarar yoktur ancak çalışmadan elde edilecek veriler gelecekte insanların yararına kullanılabilecektir. Yaklaşık 30 dakikalık bir görüşme ile bilgi toplamayı amaçlayan bu araştırmanın görüşme yapılan kişide bir zarara yol açması beklenmemektedir. Görüşme sırasında rahatsızlık hissetmeniz halinde görüşme yapan araştırmacıya bilgi vermeniz yeterlidir. Hastaların hastalıkları ile ilgili sorulan sorulara samimi ve doğru yanıtlar vermeleri, mevcut hastalıklarıyla ilgili durumlarını açıklıkla tanımlamaları dışında herhangi bir sorumlulukları yoktur. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına

alınacaktır. Görüşme sırasında sorulan soruları doğru yanıtlamamanız veya görüşmeyi sağlıklı sürdürecek bilişsel kapasitenizin olmaması gibi nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Araştırmamız boyunca, sizin açık kimliğini belirlemeye yönelik sorunların bulunmayacağını (T.C. kimlik numarası, adı soyadı gibi) taahhüt ederiz. Sizden alınan bilgiler sadece yukarıda belirtilen araştırma için kullanılacaktır ve asla 3. Şahıslarla paylaşılmayacaktır. Dilediğiniz anda, çalışmayı yarım bırakma hakkınız bulunmaktadır. Ancak, çalışmayı eksiksiz olarak tamamlamanız araştırmamız için büyük önem arz etmektedir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre gerçekleşmektedir. Araştırma ile ilgili her türlü sorunuzu aşağıda belirtilen iletişim adresine yönlendirebilirsiniz.

Bilgilerinize saygılarımla sunarım.

Aslı GÖNÜL KAÇAR
Araştırmacı

Araştırmacı İletişim Bilgileri:

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

EK-3.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-4.Massachusetts Genel Hastane (MGH) 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.Gözlerden Zihin Okuma Testi

test

kıskanç paniklemiş



kibirli nefret dolu

EK-6.Toronto Aleksitimi Ölçeği

Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)						
Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz…						
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.					
4	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.					
5	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.					
6	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7	Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.					
8	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim					
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.					
11	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.					
12	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.					
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					
14	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.					
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16	Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.					
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18	Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20	Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

Kaynak: Güleç, H., Köse, S., Güleç, Y.M., Çitak, S., Evren C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and Factorial Validity of The Turkish Version of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 19, 214-220.

EK-7.Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

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

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et-kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat-lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor-landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-8.Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ
(DEZTÖ)

UYGULAYICI BÖLÜMÜ

YÖNERGE - HİKAYELER - SORULAR

1. YÖNERGE :

Şimdi ben size sırayla bazı hikayeler okuyacağım ve bazı resimler göstereceğim.

Ben hikayeleri size yüksek sesle okuyacağım. Ama, takip edebilmeniz için de hikayelerin bir örneğini size vereceğim. Yani ben hikayeyi okurken, siz bir yandan bu hikayeleri gözünüzle takip edebileceksiniz. Bu hikayelerle ilgili, hikayelerin arasında ya da sonunda size bazı sorular soracağım ve sizden cevaplamanızı isteyeceğim. Hikayelerle ya da sorularla ilgili soru sormayınız, ihtiyaç duyduğunuzda elinizde bulunan hikayeye ve resme tekrar bakabilirsiniz; hikayeleri yeniden okuyabilirsiniz. Herhangi bir süre kısıtlaması yoktur. Doğru olduğuna karar verdiğiniz anda cevabınızı verebilirsiniz.

Size gösterilen resimli hikayelerde ise, 1 – 2 – 3 şeklinde numaralandırılmış üç tane resim vardır. Bu üç resim sırayla bir hikaye anlatmaktadır. Bu hikayeyi doğru bir şekilde anlayıp, bu hikayeyi tamamlayacak olan dördüncü resmi bulmanız istenecektir. Bunun için de, bu üç resmin yanında yer alan a ve b seçenekli iki resimden doğru olduğunu düşündüğünüz birini seçmeniz gerekmektedir. Uygulama sırasında hikayeler, resimler ya da sorularla ilgili soru sormayınız,.

Uygulamayla ilgili olarak aklınıza takılan bir soru varsa, başlamadan önce sorabilirsiniz. Hazırsanız başlayalım.

HİKAYE 1

Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

EK-9.Sosyodemografi Form

SOSYODEMOGRAFİK FORM

AD SOYAD: **Tarih:**

1. **Cinsiyet:** **Hangi Elini Kullanıyor?:** a)Sağ b)Sol
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. **Alışkanlıklar Miktarı ve Süresi:** Sigara: Alkol: Madde:
10. **Psikiyatri Dışı İlaç Kullanımı:** a) Yok b) Var (……)
11. **Bedensel hastalık var mı?** 1) Var 2)Yok
12. **Derinizi/Saçınızı ilk defa kaç yaşında yoldunuz?**
13. **Hastalığın süresi:**
14. **Yolduğunuzda, neden yoluyorsunuz?**

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

15. **Hangi kliniğin yönlendirdiği/Geçmişteki tedavileri :**
16. **Halen Almakta Olduğu Tedavi:**
17. **Hastalığın başlamasına neden olan stresör varlığı/Atakları tetikleyen ve artıran stresör varlığı?**
18. **Derinizi/Saçınızı yolduğunuz bütün vücut bölgelereni söyleyin:**