

Trikotillomani ve deri yolma bozukluğunda psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik

Psychological resilience and impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder

Efruz Pirdoğan Aydın¹, Hasan Demirci², Jülide Güler Kenar³, Ömer Akil Özer⁴, Oguz Karamustafalıoğlu⁴

¹Uzm. Dr. ⁴Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0001-6056-0075>, <https://orcid.org/0000-0001-5565-4640>, <https://orcid.org/0000-0001-6151-7060>

²Uzm. Psik., Psikoloji Bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-2948-0314>

³Uzm. Dr., Serbest Hekim, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-9241-685X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amacımız deri yolma bozukluğu (DYB) ve trikotillomani (TTM) tanılı hastaları psikolojik dayanıklılık açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin dürtüsellikle olan ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** DSM-5 tanı kriterlerine göre DYB (n=43) veya TTM (n=34) tanısı alan hastalar ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş 46 kişi kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ve Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı. **Bulgular:** Depresyon ve anksiyete puanları sabitlenerek yapılan ANCOVA analizinde, TTM hastalarının DYB hastalarına ve kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri anlamlı düşüktü (sırasıyla p=0.002, p=0.001). TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile depresyon ve dürtüsellik puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı (R²=0.441, F=7.882, df=3, p=0.001). DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı (R²=0.345, F=6.860, df=3, p=0.001). **Sonuç:** TTM hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşüktür. TTM hastalarının dürtüsellik ve depresyon puanları, DYB hastalarının ise depresyon puanları psikolojik dayanıklılık düzeylerini negatif yönde etkilemektedir. Bu hasta grubunda stresle başa çıkma stratejilerinin iyileştirilmesi ve destek sistemlerinin güçlendirilmesi terapötik müdahaleler arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik dayanıklılık, dürtüsellik, deri yolma bozukluğu, trikotillomani, depresyon, anksiyete.

SUMMARY

Objective: In this study, our aim is to compare patients diagnosed with skin picking disorder (SPD) and trichotillomania (TTM) with healthy controls in terms of psychological resilience and to examine the relationship between psychological resilience levels and impulsivity. **Method:** Patients diagnosed with SPD (n=43) and TTM (n=34) according to the DSM-5 diagnostic criteria, and 46 age, gender and educational status matched individuals as the control group were included in our study. A sociodemographic data form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Clinical Global Impression Scale (CGI), Barratt Impulsivity Scale (BIS), and Resilience Scale for Adults (RSA) were administered to the participants. **Results:** In the ANCOVA analysis performed by fixing depression and anxiety scores, TTM patients had significantly lower levels of psychological resilience compared to SPD patients and the control group (respectively p=0.002, p=0.001). There were significant negative correlation between the resilience of TTM patients and their depression and impulsivity scores (R²=0.441, F=7.882, df=3, p=0.001). There was a significant negative correlation between resilience and depression scores of patients with SPD (R²=0.345, F=6.860, df=3, p=0.001). **Conclusion:** TTM patients had low levels of psychological resilience. Impulsivity and depression scores of TTM patients and depression scores of DYB patients negatively have affected on resilience levels. Improving of coping strategies with stress and enhancing support systems should be contained among therapeutic interventions since TTM and SPD patients have low psychological resilience levels.

Key Words: Psychological resilience, impulsivity, skin picking disorder, trichotillomania, depression, anxiety.

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:366-375)

DOI: 10.5505/kpd.2022.78466

Makalenin geliş tarihi: 25.02.2022 , Yayına kabul tarihi: 11.06.2022

366

GİRİŞ

Trikotillomani (TTM) ve deri yolma bozukluğu (DYB) dermatolojik bir problem olmaksızın, sırasıyla kişinin saçını, cildini yineleyici ve kompulsif bir şekilde yolmasıyla karakterize psikiyatrik hastalıklardır (1). Geçmişte dürtü kontrol bozuklukları içerisinde yer alan TTM ve DYB (2), DSM-5'le birlikte 'Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır (3). DYB ve TTM' deki tekrarlayıcı yolma davranışı fenomenolojik olarak obsesif kompulsif bozukluk-taki (OKB) kompulsif davranışlara benzediği ve bunların da motor inhibisyon süreçlerindeki eksiklikten kaynaklandığı ileri sürülmüştür (4). Her iki hastalıkta da depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere, psikiyatrik eş tanı yüksek oranda görülmektedir (5,6). Aynı zamanda bu hastaların içe dönüklük, nevrotiklik ve dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu ve mükemmeliyetçi bir yapılarının olduğu bildirilmiştir (7-9). Belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açan TTM ve DYB başlangıç yaşı, cinsiyet oranı, hastalığın gidişatı, eş tanı oranları gibi klinik görünüm açısından benzerlik gösterse de, alt tiplerin (impulsif/kompulsif) yaygınlığı, davranış tetikleyicileri ve nörokognitif fonksiyonlar açısından farklılık göstermektedirler (1,10,11).

Psikolojik dayanıklılık, zor yaşam olayları karşısında kişinin kendisini toparlayabilme gücü veya uyum sağlayabilme yeteneğidir. Kişinin stresli yaşam deneyimleri karşısında çabuk uyum gösterebilmesi ve travmanın etkisinden kurtulabilme ve iyileşebilmesi psikolojik dayanıklılığa bağlıdır. Kişiler bir travma, tehdit, ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, ciddi sağlık problemleri, işyeri ve parasal sorunlar sonrasında olumsuz duygudurum yaşayabilir ve farklı tepkiler verebilirler. Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan kişiler, zamanla bu durumları atlatabilirken, psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşük olan kişiler psikopatoloji geliştirebilmektedirler (12). Kişilerin aile uyumu ve desteği, diğer destek sistemleri ve kişilik özellikleri gibi risk veya koruyucu faktörlerin karmaşık etkileşimi psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemektedir (13,14). Psikolojik dayanıklılık, duygudurum bozukluklarının, posttravmatik stres bozukluğunun ve anksiyete bozukluklarının başlamasını ya da var olan psikiyatrik hastalıkların gidişatlarını etkileyebilmektedir (15,16). Psikolojik dayanıklılığın dürtüsellikle ilişkisi yeterince

anlaşılacak şekilde birlikte (17-19), son zamanlarda yapılan bir çalışmada depresyon oluşumuna karşı psikolojik dayanıklılığın koruyucu rolünü, dürtüsellik olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (20). Hatta dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışları arasındaki bağlantıda psikolojik dayanıklılığın rol oynadığı bildirilmiştir (21).

TTM ve DYB'de çoğunlukla hastalığı ya da yolma epizodunu başlatan stresör veya tetikleyici faktörlerden söz edilmektedir (6,22). Psikolojik travmanın bu hastalıkların oluşumunda direkt rolü ortaya konulmasa da, TTM ve DYB'de travmatik yaşam olaylarının yüksek olduğu (23,24) ve hastalık şiddetini olumsuz etkilediği (22) bilinmektedir. Hastalık ortaya çıktıktan sonra, yolma davranışının olumsuz sonuçlarına (saç kaybı, trikobezoarlar gibi) rağmen hastalık nöksellerle kronik bir seyir izlemektedir (24-26). Epizodun başlamasını veya hastalığın yineleyici karakterde olmasının altında yatan nedenler arasında dürtüsellik, duygu düzenleme ve stresle baş etmede güçlük gibi faktörler üzerinde durulmaktadır (27-29). Yukarıda bahsedilen sebepler dolayısıyla, TTM ve DYB tanı hastaların yaşam boyu oluşan zorluklara veya streslere karşı daha az toleranslı oldukları söylenebilir. Literatürde TTM ve DYB'de psikolojik dayanıklılığı inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda, TTM ve DYB hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeylerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin dürtüsellikle olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Nisan 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından, en az bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-5 tanı kriterlerine göre DYB veya TTM tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri: 17-60 yaş aralığında olmak, okuma-yazma bilmek ve çalışmaya katılmayı kabul etmek şeklindeydi. Dışlama kriterleri ise DSM-5 tanı kriterlerine göre entellektüel yetiyitimi, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve demans tanısı almak ve herhangi bir nörolojik

hastalık öyküsü, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, aktif intihar riski olarak belirlendi. Hastalar arasından, 3 TTM tanılı hastanın bipolar bozukluk, 1 DYB tanılı hastanın başka türlü adlandırılmamış (BTA) psikotik bozukluk, 2 DYB tanılı hastanın alkol kullanım bozukluğu eş tanısı olması, 1 TTM tanılı hastanın aktif intihar riski nedeniyle yatışa yönlendirilmesi ve 1 TTM tanılı hastanın çalışmaya katılmaya onay vermemesi ve 2 TTM tanılı hastanın verilen ölçekleri eksik doldurması nedeniyle toplamda 10 hasta çalışmadan dışlanmıştır. Buna göre; 43 DYB veya 34 TTM tanısı alan hasta çalışmaya dahil edildi. TTM tanılı hastalar arasından 21'inin en az bir psikiyatrik eş tanısı mevcuttu (major depresif bozukluk:n=9, OKB:n=6, sosyal anksiyete bozukluğu:n=6, yaygın anksiyete bozukluğu:n=3, yeğin depresyon:n=2, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu:n=2, beden dismorfik bozukluğu:n=1, bulimia nervoza:n=1, posttravmatik stres bozukluğu:n=1). DYB tanılı hastalar arasından 28'inin en az bir psikiyatrik eş tanısı mevcuttu (major depresif bozukluk:n=11, OKB:n=8, yaygın anksiyete bozukluğu:n=4, bta anksiyete bozukluğu:n=4, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu:n=4, sosyal anksiyete bozukluğu:n=3, tıknırcasına yeme bozukluğu:n=2, bulimia nervoza:n=2). Hasta gruplarının seçimi amaçlı örneklem yöntemine göre yapıldıktan sonra hasta gruplarıyla cinsiyet ve eğitim durumları açısından eşleştirilmiş geçmiş ve şimdiki öyküsünde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 46 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı. Katılımcılara çalışmanın amacı ve tasarımı anlatıldıktan sonra aydınlatılmış onamları alındı. Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alındı (3470/2022).

Değerlendirme Araçları

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresif semptomların varlığı ve şiddetini belirlemek için 21 maddelik öz bildirim ölçeği kullanılmış olup, Türkiye nüfusu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her madde 0 ile 3 arasında

puanlanmaktadır. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir (30).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Sinirli hissetme, korku, ölüm korkusu gibi sık karşılaşılan anksiyete semptomlarını sorgulayan, anksiyete semptomlarını depresyon semptomlarından ayırmak için tasarlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Türkiye nüfusu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir(31).

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1= normal, hasta değil, 2= sınırdaki ruhsal hastalık, 3= hafif derecede hasta, 4= orta derecede hasta, 5= belirgin derecede hasta, 6= şiddetli derecede hasta, 7= en ağır derecede hasta (32).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Kısa Form (BDÖ): 30 maddelik Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden revize edilmiştir. Ölçek, dürtüsellik yapısını değerlendiren 15 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lu Likert ölçeği ile değerlendirilir. Plan yapmama, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik şeklinde 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Yüksek ölçek puanları daha yüksek düzeyde dürtüsellik göstergesidir. BDÖ'nün Türkçe uyarlaması yapılmış olup geçerli ve güvenilir bir ölçektir (33).

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ): Friborg ve ark. ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını göstermişlerdir (34). 'Kendilik algısı' ve 'gelecek algısı', 'yapısal stil', 'aile uyumu', 'sosyal yeterlilik', 'sosyal kaynaklar' şeklinde altı boyuttan ve toplam 33 maddeden oluşmaktadır. YPDÖ'nün 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (35).

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 for Windows programı kullanıldı. Hasta ve kontrol grupları arasında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size=0.5) fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0.05 ve %80 Power için her bir gruba en az 35 katılımcının dahil edilmesi

planlandı. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız iki grupta sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları, normal dağılım koşullarında Student's t-test, normal dağılım koşulu sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırılması Ki Kare Analizi ile yapıldı. Bağımsız çoklu grupların karşılaştırmalarında, normal dağılım koşullarında tek- yönlü ANOVA; normal dağılım koşulu sağlanmadığında Kruskal Wallis H testi yapıldı. Hasta ve kontrol gruplarının depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık puanlarının kıyaslanması için ANOVA analizi yapıldı, ikili gruplar arasında karşılaştırmalar için post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi kullanıldı ve $p < 0.017$ ile yorumlandı. Hasta ve kontrol gruplarının psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılması, depresyon ve anksiyete puanlarının sabitlenmesi sonucu ANCOVA ile ileri analiz yapıldı. Sonrasında post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi kullanıldı ve $p < 0,017$ ile yorumlandı. Değişkenler arasındaki korelasyonlar normal dağılım koşulları sağlandığında Pearson korelasyon analizi; normal dağılım sağlanmadığında Sperman korelasyon analizi ile yapıldı. Psikolojik dayanıklılık ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye lineer regresyon analizi yapılarak bakıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

TTM, DYB tanılı hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik verileri ve klinik ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 1 'de gösterilmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından istatistiksel anlamda fark yoktu ($p > 0.05$). TTM ve DYB hastaları arasında hastalık süresi ($p = 0.373$) ve KGİ puanları ($p = 0.071$), komorbidite oranları ($p = 0.761$) açısından fark yoktu. TTM ve DYB hastalarının kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete puanları istatistiksel anlamda yüksek bulundu ($p < 0.001$). TTM hastalarının kontrol grubuna göre BDÖ-toplam puan ($p < 0.001$), motor dürtüsellik ($p = 0.003$), dikkat dürtüselligi ve plan yapamama ($p < 0.001$) puanları anlamlı daha yüksekti. TTM ve DYB hastaları arasında dürtüsellik puanları açısından

istatistiksel anlamda farklılık yoktu ($p = 0.032-0.320$). DYB tanılı hastaların BDÖ- toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti ($p < 0.006$); ancak dürtüselligin diğer alt boyutlarında ($p = 0.033-0.052$) aralarında anlamlı bir farklılık yoktu. Hasta ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete puanları sabitlenerek psikolojik dayanıklılık ölçek puanları ANCOVA ile analiz edilmiştir. Buna göre; TTM hastaları DYB hastalarına göre psikolojik dayanıklılık 'kendilik algısı' ve 'sosyal kaynaklar' alt boyutları ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı daha düşüktü ($p = 0.002-0.014$). TTM hastalarının kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeği 'kendilik algısı' ($p < 0.001$), 'sosyal yeterlilik' ($p = 0.015$) alt boyutları ve toplam puanları ($p < 0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı daha düşüktü. DYB hastaları ile kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutları ve toplam puan açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p = 0.201-1$).

TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanı ile BDE, BDÖ puanları arasında negatif anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($r = -0.621(-0.365)$); ancak BAE puanı, yaş, eğitim, hastalık süresi ve KGİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r = -0.329-0.979$). DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanı ile BDE, BAE, BDÖ-motor dürtüsellik, BDÖ-toplam arasında negatif anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($r = -0.552(-0.325)$); ancak BDÖ-dikkat dürtüselligi ve plan yapamama, yaş, eğitim, hastalık süresi ve KGİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r = -0.299-0.248$). Kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık puanı ile BDE, BAE, BDÖ-plan yapamama alt boyutu arasında negatif anlamlı korelasyon varken ($r = -0.434(-0.298)$); eğitim süreleri arasında pozitif anlamlı bir korelasyon vardı ($r = 0.404$) (Tablo 2).

TTM ve DYB tanılı hasta ve kontrol gruplarında lineer regresyon analizleri yapıldı. Her grup için yukarıdaki korelasyon analizlerinde $p < 0.100$ anlamlılığında gelen değişkenler bağımsız değişkenler olarak seçilerek ve bağımlı değişken psikolojik dayanıklılık puanı ile model oluşturulmuştur. Buna göre; TTM tanılı hastalarda psikolojik dayanıklılık ölçek puanıyla BDE puanlarının ($B = -0.749$, $\beta = -0.403$, $p = 0.017$) ve BDÖ ($B = -0.988$, $\beta = -0.325$, $p = 0.040$) anlamlı ilişkili olduğu ve modelin anlamlı olduğu saptandı

Tablo 1. TTM, DYB ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik veri, depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılması

	TTM (n=34)	DYB (n=43)	Kontrol (n=46)	χ^2	Z.t.F	p	ANOVA			ANCOVA						
							p^1	p^2	p^3	F	p	p^1	p^2	p^3		
Yaş	26.2±9.5	32.2±13.4	28.9±11.2	1.685	0.092											
Cinsiyet (Kadın), n (%)	28 (82.4)	34(79.1)	36 (78.3)	0.217	0.897											
Eğitim süresi (Yıl)	11.9±3.9	11.5±3.6	12.8±3.5	-0.655	0.513											
Hastalık süresi (Yıl)	8.9±6.6	10.6±9.3	-	-0.897	0.373											
Komorbidite, n(%)	21(61.8)	28(60.4)	-	0.092	0.761											
KGI	4.3±1	4±0.7	-	-1.841	0.071											
BDE	20.8±12.1	20.1±11.4	6.6±6.5	45.384	<0.001	0.903	-0.001	-0.001								
BAE	20.4±13.8	20.4±13.7	8.1±6.8	30	<0.001	0.982	-0.001	-0.001								
BDÖ-Dikkat Dürtüsellığı	11.4±3.5	9.7±2.9	8.3±2.4	17	<0.001	0.036	-0.001	0.035								
BDÖ-Motor Dürtüsellik	10.4±3.2	9.7±3.1	8.3±2.3	10	0.007	0.32	0.003	0.033								
BDÖ-Plan Yapamama	11.5±2.6	10±2.6	8.6±2.6	19	0.001	0.032	-0.001	0.052								
BDÖ-Toplam	33.2±7.4	29.4±7.2	25.1±6.1	22	<0.001	0.036	-0.001	0.006								
YPDO-Kendilik Algısı	15.3±4.9	18.9±6.8	23.1±4.7	24	<0.001	0.025	-0.001	-0.001	10	<0.001	0.014	-0.001	0.201			
YPDO-Gelecek Algısı	11.3±5.3	12.6±4.6	15.4±3.9	9	<0.001	0.663	-0.001	0.014	1.03							
YPDO-Yapısal Stil	12.5±4.4	13.8±4.1	15.3±3.6	5	0.01	0.445	0.007	0.264	0	0.360						
YPDO-Sosyal Yeterlilik	18.3±4.8	21.3±5.5	23.9±4.2	13	<0.001	0.027	-0.001	0.036	5	0.007	0.025	0.015	1			
YPDO-Aile Uyumu	17.7±6.5	19.4±6.5	22.1±5	6	0.003	0.55	0.002	0.08	0.92							
YPDO-Sosyal Kaynaklar	22.1±6.7	26.4±5.7	28.6±5.1	12	<0.001	0.009	-0.001	0.135	5	0.4						
YPDO-Toplam	97.2±22.5	111.3±20.3	129.1±16.9	26	<0.001	0.007	-0.001	-0.001	6	0.005	0.007	0.034	1			

($R^2=0.441$, $F=7.882$, $df=3$ $p=0.001$). DYB tanılı hastalarda ise psikolojik dayanıklılık ölçek puanıyla BDE puanlarının ($B=-0.897$, $\beta=-0.504$, $p=0.009$) anlamlı ilişkili olduğu ve modelin anlamlı olduğu saptandı ($R^2=0.345$, $F=6.860$, $df=3$, $p=0.001$). Kontrol grubunda psikolojik dayanıklılık ölçek puanıyla eğitim durumunun ($B=2.146$, $\beta=0.441$, $p=0.001$) anlamlı ilişkili olduğu ve modelin anlamlı olduğu saptandı ($R^2=0.389$, $F=6.533$, $df=4$ $p<0.001$). (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmadaki bulgularımıza göre; depresyon ve anksiyete puanları sabitlendiğinde ikili grup karşılaştırmalarında TTM tanılı hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri DYB ve kontrol grubuna göre anlamlı düşük olarak bulundu. TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanları ile depresyon ve dürtüsellik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardı. DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile depresyon puanlarıyla negatif yönde ilişkiliydi.

Çalışmamızda TTM ve DYB hastalarının psikolojik dayanıklılık puanları sağlıklı kontrol grubuna göre düşük olarak saptandı. Grupların depresyon ve anksiyete puanları sabitlendiğinde bile TTM tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanları DYB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düşüktü. Bununla birlikte post hoc analizlerde, DYB tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık puanları ile kontrol grubu arasında fark yoktu. Daha önce TTM ve DYB hastalarında psikolojik dayanıklılık incelenmemiş olup, bu anlamda çalışmamız literatürde bir ilktir. Bu hastalıklarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve yaşamboyu stres olaylarının fazla olduğu ve bunların hastalık oluşumunda risk faktörü olabileceği üzerinde durulmuştur (23,24). Bunun yanında, TTM ve DYB hastalarında anksiyete ve depresyon eş tanılarının yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir (5,6). Anksiyete, depresyon, stres belirtileri ve travma varlığının hastalık gidişatını kötü yönde etkilediği bildirilmiştir (22). DYB ve TTM’de eş tanı oranlarının, depresyon ve anksiyete şiddetinin yüksek olması hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerini olumsuz yönde etkilemiş

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarında psikolojik dayanıklılık puanları ile klinik özellikler arasındaki korelasyonlar

	TTM (n=34)	DYB (n=43)	Kontrol (n=46)
Yaş	-0.329	0.181	-0.193
Eğitim süresi	0.209	-0.045	0.404**
BDE	-0.621**	-0.552**	-0.404**
BAE	-0.265	-0.439**	-0.434**
Hastalık süresi	-0.122	0.248	-
KGI	0.979	-0.111	-
BDÖ-Dikkat Dürtüsellığı	-0.365*	-0.164	-0.128
BDÖ-Motor Dürtüsellik	-0.382*	-0.339*	-0.083
BDÖ-Plan Yapamama	-0.433*	-0.239*	-0.298*
BDÖ-Toplam	-0.205**	-0.325**	-0.161

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Kısaltmalar: BAE: Beck Anksiyete Envanteri, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, BDÖ, DYB: Deri yolma bozukluğu, KGI: Klinik Global İzlenim, TTM: Trikotillomani

Tablo 3. DYB ve TTM tanımlı hasta ve kontrol gruplarında psikolojik dayanıklılık toplam puanları ile klinik değişkenler arasındaki lineer regresyon analizi

	TTM ^a					DYB ^b					Kontrol ^c			
	B	β	t	p		B	β	t	p		B	β	t	p
Yaş	-0.334	-0.14	-0.964	0.343	BDE	0.003	0.002	0.009	0.009	Eğitim	2.146	0.441	3.473	0.001
BDE	-0.749	-0.403	-2.516	0.017	BAE	-0.897	-0.504	-2.762	0.993	BDE	-0.384	-0.148	-0.967	0.339
BDÖ-T	-0.988	-0.325	-2.159	0.040	BDÖ-T	-0.592	-0.209	-1.463	0.152	BDÖ-P	-1.579	-0.24	-1.248	0.104
										BAE	-0.419	-0.169	-1.660	0.219

Kısaltmalar:BAE Beck Anksiyete Envanteri, BDE Beck Depresyon Envanteri, BDO-T Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puan,BDO-P Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Plan yapamama ,DYB Deri yolma bozukluğu,TTM Trikotillomani

^aR²=0.441, F=7.882, df=3, p=0.001

^bR²=0.345, F=6.860, df=3, p=0.001

^cR²=0.389, F=6.533, df=4, p=0.001

olabilir. Çalışmamızda, DYB ve TTM hasta grubunun eş tanı oranları birbirine benzer çıkmış ve bu da literatürle uyumlu bir bulgudur. Depresyon ve anksiyete şiddetinin ve eş tanı varlığının psikolojik dayanıklılığa etkisi bir tarafa, ileri analizlerde TTM tanımlı hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşüklüğünü koruması, DYB tanımlı hastalardan ayırdığı göstermektedir. Halen tam anlayamamakla birlikte, TTM ve DYB heterojen hastalıklar olup yolma davranışı paterni, başlangıç yaşı, baskın olarak kadın cinsiyette daha fazla görülmeleri ve klinik gidişat gibi benzerlikleri olmakla birlikte, alttiplerin (impulsif/kompulsif) yaygınlığı, davranışın tetikleyicileri, nörokognitif fonksiyonlar açısından farklılıklar göstermektedir (1,10,11,36). DYB daha yaygın bir yaş aralığında gözlenirken, TTM daha genç yaş grubunda gözlenmektedir (37,38). Bizim örneklemimizde gruplar arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık yoktu ancak TTM hastalarının yaş ortalamaları DYB ve sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü. TTM tanımlı hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha düşük olmasının nedeni grubun yaş ortalamalarının daha düşük olması olabilir. Bununla uyumlu olarak, psikolojik dayanıklılık düzeyinin yaşla birlikte arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (35,39). Psikolojik dayanıklılığın yaşamboyu karşılaşılan güçlüklerin algılanması, fark edilmesi ile öğrenilebilir ve gelişimsel bir süreç olduğu ileri sürülmektedir (40). Buna göre kişilerin yaşla birlikte hayat deneyimlerinin arttığı, sorunlarla nasıl baş edebileceklerini öğrendikleri ve yaşam olaylarından daha az etkilendikleri düşünülmektedir (40).

Psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının kıyaslamasına göre; TTM hastaları özellikle 'kendilik algısı' ve 'sosyal kaynaklar' puanları DYB hastalarına göre, 'kendilik algısı' ve 'sosyal yeterlilik' puanları ise kontrol grubuna göre daha düşüktü. Psikolojik dayanıklılıkta, kişilik özellikleri, ailesel ve toplumsal faktörler en önemli risk

faktörleri arasında gösterilmektedir (12). Psikolojik dayanıklılık ölçeğindeki 'kendilik algısı' alt boyutu kişinin kendine yönelik farkındalığı, kim olduğuna dair düşünceleri; 'sosyal yeterlilik' ise, dışa dönüklük, sosyal aktivitelerde bulunma isteğini; 'sosyal kaynaklar' ise, kişinin sahip olduğu sosyal ilişkileri yansıtmaktadır (41). İçe dönüklük, nevroitiklik düzeyi, kaygılı bir mizacın olması, agresif kişilik yapısının olması, kişinin fiziksel engelini bulunması gibi faktörler bireysel risk faktörleridir. Ebeveynlerin boşanması, tek ebeveyn sahip olma, ebeveyn-çocuk arasında sağlıklı ilişkilerin kurulamaması, aile içi şiddet, ihmal ve istismar, toplumsal risk faktörleri; düşük sosyo-ekonomik düzey gibi faktörler ise ailesel risk faktörleridir (14,42). Dışa dönük, sorumluluk sahibi, gelişime açık, duygusal açıdan daha dengeli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (13). Yapılan çalışmalarda, 'kendilik algısı' alt boyutu kişinin nevroitiklik düzeyleriyle; sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutları ise kişinin dışa dönüklüğü, sosyal becerisi ve çevreyle etkileşimi ile ilişkili bulunmuştur (41,43). Çalışmamızda kişilik boyutları, bireysel ve ailesel risk faktörlerinin varlığı incelenmemiştir. Bu yüzden TTM hastalarının psikolojik dayanıklılık alt boyutları düzeylerinin neden daha düşük olduğu konusunda yorum yapmak güçtür. TTM hastaları içinde kişilik özellikleri açısından yüksek düzey nevroitik ve diğer grup olarak adlandırdıkları 2 tane prototip saptanmıştır ve yüksek düzey nevroitik olan grubun depresyon, anksiyete ve dürtüsellik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (44). Başka bir çalışmada; TTM ve DYB tanımlı hastaların kişilik boyutlarından nevroitiklik, içe dönüklük düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek ve nevroitiklik düzeyleri depresyon, anksiyete, algılanan stres yolma şiddetleriyle ilişkili olarak bulunmuştur (9). Ancak bu çalışmada TTM ve DYB hastalarının arasında kişilik boyutları açısından bir fark saptanmamıştır.

TTM ve DYB hastalarımızın dürtüsellik toplam

puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti. Ayrıca, TTM hastaları dürtüsellik alt boyut puanları (dikkat dürtüsellik, motor dürtüsellik, plan yapamama) kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti. Ancak DYB hastalarının dürtüsellik alt boyut puanları kontrol grubundan farklı değildi. Çalışmalarda TTM ve DYB'de dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu ve motor inhibisyon süreçlerinde bozulma olduğu bildirilmiştir (28,45,46). Çalışmamızda her ne kadar anlamlı bir farklılık olmasa da TTM hastalarında dürtüsellik puanları DYB hastaların puanlarından yüksekti. Bununla uyumlu olarak impulsif-kompulsif spektrumundaki hastalıklar içinde, TTM'nin impulsif uca yakinken, DYB'nin ise kompulsif uca yakın olduğu ileri sürülmüştür (5). TTM hastalarının risk alma davranışı sağlıklı kontrollerden yüksek; DYB ve sağlıklı kontrol grubunun risk alma davranışı ise benzer bulunmuştur(47). TTM ve DYB'de dürtüsellikle ilgili farklılıkları ortaya koymak için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır. Yakın zamanda yapılan bir alt tiplendirme çalışmasında, TTM içinde dürtüsel/mükemmel-yetçi tipin diğer iki alt tipe (duyusal hassasiyeti olan ve farkındalığı düşük tip) ve kontrol grubuna göre dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır; DYB'de ise alt tiplerle (emosyonel/ödül bağımlı tip ve fonksiyonel tip) kontrol grupları arasında dürtüsellik puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (48). Hatta bu hasta gruplarının bazı alt tiplerin tedavisinde stresle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve psikolojik dayanıklılığın artırılması öncelikli önerilmektedir (48). Ancak çalışmamızda bu şekilde bir alt tiplendirme yapılmamıştır. Gelecek çalışmalarda, TTM ve DYB alt tiplerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından karşılaştırılması faydalı olabilir.

Bulgularımıza göre; psikolojik dayanıklılık düzeylerini yordayıcı bağımsız değişkenler TTM'de dürtüsellik ve depresyon puanları, DYB'de depresyon puanı, kontrol grubunda ise eğitim durumlarıydı. Yani gruplar içinde sadece TTM hastalarında dürtüsellikle psikolojik dayanıklılığın anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Problem çözme becerisi, plan yapma gibi işlevler psikolojik dayanıklılıkla ilişkilidir. Dolayısıyla, stresli bir olay sırasında, düşünmeden hareket etme, plan yapamama, dürtüsel karar verme gibi dürtüsellik boyutları psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz

yönde etkileyebilir. Daha önceki çalışmalardan biliyoruz ki TTM ve DYB hastalarının dürtüsellik düzeyindeki artış hastalık şiddetini, uyku kalitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (39,50,51). Bununla birlikte çalışmamızda, DYB hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeyleriyle dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. TTM hastalarının dürtüselliklerinin artması sonucunda psikolojik dayanıklılıkları azaltmakta, dolayısıyla stresli yaşam olayları karşısında daha kırılabilir hale gelebilmektedirler. TTM hastalarımızla benzer olarak, bipolar bozukluk ve bağımlılık bozukluklarında dürtüsellik yüksek olduğu ve dürtüsellik düzeyinin psikolojik dayanıklılık düzeyini negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (17,18). Yakın zamanda yapılmış geniş örneklemli bir çalışmada, dürtüsellik yüksek olan ergenlerin kendine zarar verici davranışlar yapmasında psikolojik dayanıklılık düzeylerinin önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (21). Deri/saç yolma davranışı fenomenolojik olarak kendine zarar verici davranış olarak da kavramsallaştırılabilmektedirler (52). Bu açılarından dürtüsellikle psikolojik dayanıklılık ilişkisinin altında yatan mekanizmaları anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Birçok çalışmada depresyon ya da anksiyete puanlarıyla psikolojik dayanıklılık puanları arasında negatif korelasyon gösterilmiştir (53-55). Literatürle paralel olarak çalışmamızda da hem hasta hem de kontrol grubunda depresyon ve anksiyete puanları arttıkça psikolojik dayanıklılık puanları azalmaktadır. Depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bununla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada, olumsuz çocukluk deneyimleri yaşayan bireylerde yetişkin depresyonundan koruyucu olarak psikolojik dayanıklılık düzeyinin önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (16). Stresli yaşam olayları veya travmalar sonrası psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşük olan kişiler PTSS, depresyon ve anksiyete bozuklukları geliştirebilmekte ya da var olan psikiyatrik hastalıkları kötüleşebilmektedir (15,16). Diğer taraftan kişilerin depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olması psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem grubumuzun sayısı küçük olduğu için sonuçlarımız geneli yansıtmayabilir. Bu yüzden

geniş örneklem grubunda çalışma tekrarlanabilir. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Çalışmamızda sınırlı sayıda değişken bakabildiğimiz için psikolojik dayanıklılıkla ilişkili faktörler yeterince incelenememiş ve nedensellik ilişkileri ortaya konamamıştır. DYB ve TTM hastalıklarının doğası gereği depresyon ve anksiyete eş tanıları yüksek olduğu için hasta grubumuzda da depresyon ve anksiyete puanları oldukça yüksekti. Bu etkenlerden dolayı hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre olduğundan daha düşük bulunmuş olabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bulgularımıza göre; depresyon ve anksiyete puanları sabitlendiğinde bile TTM tanılı hastalar DYB ve sağlıklı kontrollere göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha düşüktü. Psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olması yönüyle TTM tanılı hastaların DYB tanılı hastalardan ayrışması dikkat çekicidir. Ek olarak psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile TTM hastalarının depresyon ve dürtüsellik puanları, DYB hastalarının depresyon puanları negatif yönde ilişkiliydi. Buradan hareketle bu hastaların psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirmenin ve stresle baş etme mekanizmalarını geliştirmenin hastalık seyrine olumlu katkısı olabileceğini düşünmekteyiz. Ek olarak, ileriki çalışmalarda TTM ve DYB’de

psikolojik dayanıklılık ile alt tipler, tedavi cevabı ve klinik seyir arasında ilişki incelenebilir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Efruz Pirdoğan Aydın , Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Halaskargazi Cad. Etfal Sok. 34371, Şişli, İstanbul, Türkiye
İstanbul - Türkiye, efruzpirdogan@gmail.com

KAYNAKLAR

1. 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;32: 618-629.
2. American Psychiatric Association. Handbook for the Identification and Classification of Diseases in Psychiatry. Revised Fourth Edition (DSM-IVTR), Washington DC:American Psychiatric Association, 2000.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5), Washington DC:American Psychiatric Association, 2013.
4. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *J Psychiatr Res* 2011;45:1634-1638.
5. Grant JE, Stein DJ, Woods DW, Keuthen NJ. Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. First Edition, Arlington: American Psychiatric Association, 2012.
6. Pirdoğan Aydın E, Güler Kenar J, Kivanç Altunay İ, Gökovaı Beğenen A, Kivılcım Y, Özer Öa, Karamustafalıoğlu O. Clinical Characteristics and Comorbidities of Patients with Trichotillomania and Skin Picking Disorder Who Admitted to a Psychodermatology Outpatient Clinic: A Comparative Study. *Turk Psikiyatri Derg* 2021; 32:100-108.
7. Maraz A, Hende B, Urbán R, Demetrovics Z. Pathological grooming: Evidence for a single factor behind trichotillomania, skin picking and nail biting. *PLoS one* 2017; 12:e0183806.
8. Keuthen NJ, Tung ES, Altenburger EM, Blais MA, Pauls DL, Flessner CA. Trichotillomania and personality traits from the five-factor model. *Braz J Psychiat* 2015;37:317-324.
9. Grant JE, Chamberlain SR. Personality traits and their clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 1-7.
10. Odlaug BL, Grant JE. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20: 57-63.
11. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *J Anxiety Disord* 2010;24: 823-829.

12. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience. *Eur Psychol* 2013;18:12-23.
13. Kararınmak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006;3:129-142.
14. Sarkar M, Fletcher D. Psychological resilience in sport performers: a review of stressors and protective factors. *J Sports Sci* 2014; 32: 1419-1434.
15. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of Affect Disord* 2017; 217: 144-152.
16. Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychol Trauma: Theory Res Pract Policy* 2012; 4: 74-83.
17. Kim SM, Huh HJ, Cho H, Kwon M, Choi JH, Ahn HJ, Kim YJ. The effect of depression, impulsivity, and resilience on smartphone addiction in university students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2014;53: 214-220.
18. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2015;170: 172-177.
19. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Alberti S, Roy A, Serretti A, Sarchiapone M. Trait-aggressiveness and impulsivity: Role of psychological resilience and childhood trauma in a sample of male prisoners. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 8-17.
20. Lee, D, Lee S J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Cha B, Choi JW. The mediating effect of impulsivity on resilience and depressive symptoms in Korean conscripts. *Psychiatry Investig* 2019;16:773-776.
21. Ran H, Fang D, Che Y, Donald AR, Peng J, Chen L, Xiao Y. Resilience mediates the association between impulsivity and self-harm in Chinese adolescents. *J Affect Disord* 2022; 300: 34-40.
22. Houghton DC, Mathew AS, Twohig MP, Saunders SM, Franklin ME, Compton SN, Woods DW. Trauma and trichotillomania: A tenuous relationship. *Journal Obsessive Compuls Relat Disord* 2016 11, 91-95.
23. Özten E, Sayar GH, Gül Eryılmaz GK, Işık S, Karamustafaloğlu O. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1203-1210.
24. Altunay IK, Aydın EP, Kenar, JG. Relationship between alexithymia, attachment styles, childhood traumas and body-focused repetitive disorders. *BR J DERMAT* 2021; 185 (Suppl 3):85-85.
25. Snorrason I, Ricketts EJ, Stein AT, Björgvinsson T. Trichophagia and trichobezoar in trichotillomania: A narrative mini-review with clinical recommendations. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2021; 100680:1-5.
26. Torales J, Díaz NR, Barrios I, Navarro R, García O, O'Higgins M, Jafferany M. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13661.
27. Roberts S, O'Connor K, Aardema F, Bélanger C, Courchesne C. The role of emotion regulation in body-focused repetitive behaviours. *Cogn Behav Ther* 2016; 9: 1-17.
28. Yeo SK, Lee WK. The relationship between adolescents' academic stress, impulsivity, anxiety, and skin picking behavior. *Asian J Psychiatr* 2017; 28: 111-114.
29. Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. *Compr Psychiatr* 2017; 78: 25-30.
30. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. *Turkish Journal of Psychology* 1989; 23: 3-13.
31. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998;12: 28-35.
32. Guy W. Clinical global impressions (CGI) scale, Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
33. Tamam L, Güleç H, Karatas G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması/Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish Adaptation Study. *Noro Psikiyatı Ars* 2013; 50: 130-134.
34. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods in Psychiatr Res* 2005; 14: 29-42.
35. Basım HN, Çetin, F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatı Derg* 2011; 22: 104-114.
36. Aydın EP, Demirci H, Begenen AG, Kenar JG, Altunay IK, Ozer OA, Karamustafaloğlu KO. 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;36:130-136.
37. Flessner CA, Lochner C, Stein DJ. Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *J Nerv Met Dis* 2010;198:896-900.
38. Ricketts EJ, Snorrason Í, Kircanski K. A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. *Compr Psychiatry* 2018; 87:46-52.
39. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrrier N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 262-270.
40. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Dev Psychopathol* 1990; 2:425-444.
41. Çetin F, Yeloğlu HO, Basım HN. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikol Derg* 2015; 30: 81-92.
42. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2007; 3: 113-128.
43. Şahin NH, Basım HN, Çetin F. Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarında Kendilik Algısı ve Kontrol Odağı. *Türk Psikiyatı Derg* 2009; 20:153-163.
44. Keuthen NJ, Tung ES, Tung MG, Curley EE, Flessner CA.

NEO-FFI personality clusters in trichotillomania. *Psychiatry Research*, 2016; 239; 196-203.

45. Leppink EW, Redden SA, Grant JE. Impulsivity in body-focused repetitive behavior disorders: Disparate clinical associations between three distinct measures. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20: 24-31.

46. Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Motor inhibition, reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther* 2011; 42: 521-532.

47. Demirci H, Aydın EP, Kenar JG, Özer ÖA, Karamustafaloğlu KO. Decision-making performance in Trichotillomania and skin picking disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2021;31: 100688.

48. Grant JE, Peris TS, Ricketts EJ, Lochner C, Stein DJ, Stochl J, Keuthen NJ. Identifying subtypes of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder using mixture modeling in a multicenter sample. *J Psychiatr Res* 2021;137: 603-612.

49. Oliveira EC, Leppink EW, Derbyshire KL, Grant JE. Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical associations. *J Anxiety Disord* 2015; 30: 19-22.

50. Cavic E, Valle S, Chamberlain SR, Grant JE. Sleep quality and its clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. *Compr Psychiatry* 2021;105: 152221.

51. Keuthen NJ, Curley EE, Tung ES, Ittah K, Qasem A, Murad S, Odlaug BL, Leibovici. A comparison of clinical vs subclinical skin pickers in Israel. *Ann Clin Psychiatry* 2016; 28: 98-104.

52. Neziroglu F, Mancebo M. Skin picking as a form of self-injurious behavior. *Psychiatr Ann* 2001;31: 549-555.

53. Karaşar B, Canlı D. Psychological resilience and depression during the Covid-19 pandemic in Turkey. *Psychiatr Danub* 2020; 32: 273-279.

54. Kesebir S, Gündoğar D, Küçüksubaşı Y, Yaylacı ET. The relation between affective temperament and resilience in depression: a controlled study. *J Affect Disord* 2013; 148: 352-356.

55. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychol Psychother* 2011;18: 314-321.