



**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

# **ROZASELİ HASTALARDA ALEKSİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Esra ÖCAL**

**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Ayşe Anıl KARABULUT**

**KIRIKKALE  
2014**





**T.C**  
**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

# **ROZASELİ HASTALARDA** **ALEKSİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Esra ÖCAL**

**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR**  
**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Ayşe Anıl KARABULUT**

**KIRIKKALE**  
**2014**

# TEZ ONAYI

Uzmanlık öğrencisinin adı: *Dr. Esra ÖCAL*

Çalışmanın Başlığı: **Rozaseli Hastalarda Aleksitiminin Değerlendirilmesi**

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde “Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi” çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıda belirtilen jüri üyeleri tarafından uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir / kabul edilmemiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16 /06/2014

Doç. Dr. H. Meral EKŞİOĞLU

Yrd. Doç. Dr .Şadiye Visal BUTURAK

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Psikiyatri Anabilim Dalı

Eğitim Sorumlusu

Jüri Üyesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Ayşe Anıl KARABULUT

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

## TEŞEKKÜR

Danışmanlığımı üstlenerek tez çalışmam boyunca karşılaştığım zorlukları aşmamda yol gösterici olan, uzmanlık eğitimim süresince ilgi ve desteğini hiç eksik etmeyen, kibarlığı, inceliği, güler yüzü, pratik zekası ve yaratıcı fikirleri ile hatırlacağım Hocam, Sayın Prof. Dr. Ayşe Anıl Karabulut'a; bilgi ve tecrübelerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu bildiğim, uzmanlık sürecini en iyi şekilde geçirmem için elinden gelen herşeyi yaptığına inandığım, dobra kişiliği, dimdik duruşuyla örnek aldığım, daima sevgi ve saygıyla anacağım Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Başkanı, Hocam, Sayın Prof. Dr. Mukadder Koçak'a; bilgi ve tecrübesi ile bana yeni ufuklar kazandıran uzmanlık eğitimim boyunca desteğini ve yardımlarını esirgemeyen Hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür Gündüz'e; tezimin planlanmasında ve sonuçlanma aşamasına kadar olan süreçteki katkılarından dolayı Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Şadiye Visal Buturak'a; tezimin değerlendirmesi aşamasında jüri üyeliğini kabul ederek beni ve bölümümüzü onurlandıran, S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü Eğitim Sorumlusu, değerli Hocamız Sayın Doç. Dr. Meral Ekşioğlu'na; verilerin istatistiksel analizlerini değerlendirmedeki katkılarından dolayı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik Bölümü'ne, her konuda desteklerini daima hissettiğim, sevgili arkadaşlarım Dr. Mehtap Kıdır, Dr. Neriman Şahiner, Dr. Ayşe İşcan Özdemir, Dr. Deniz Öztürk Kara ile Dr. Kıvılcım Çinkır Öz Saraç'a ve hayatım boyunca her zaman desteklerini yanımda hissettiğim sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

*Dr. Esra Öcal*

*Haziran 2014*

## ÖZET

**Amaç:** Rozase; stres ve psikolojik faktörlerin yanı sıra immün disfonksiyonun tetikleyici rolü olduğu düşünülmele birlikte etyopatogenezi halen tam olarak açıklanamamış kronik bir hastalıktır. Yüzün santral konveksitelerini etkileyen heterojen dermatolojik bulgular sergileyen rozasenin anksiyete ve depresyon dahil pek çok psikolojik durum ile birliktelik gösterebildiği önceden bildirilmiştir. Aleksitimi “duygularını tanıma ve sözel olarak tanımlamada yetersizlik” olarak tarif edilen bir kişilik yapısıdır. Aleksitimik kişilik özelliklerinin; strese karşı genel duyarlılığı arttırdığı, immün disfonksiyona neden olduğu, somatik bozukluklar dahil birçok medikal ve psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Bugüne kadar rozase ve aleksitimi arasında herhangi bir ilişki olduğuna dair bir çalışma bulunmamaktadır. Biz bu kontrollü çalışmada; aleksitiminin rozase gelişimi için bir risk faktörü olduğunu varsayımından yola çıkarak rozase ile aleksitimik yapı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçlamaktayız.

**Yöntem:** Çalışmamız, hasta grubu olarak Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD polikliniğine başvuran, 50 rozaseli hasta ile yaş ve cinsiyet dağılımı uyumlu 50 sağlıklı erişkinden oluşan kontrol grubu üzerinde, bilgilendirilmiş onam formları alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Grupların değerlendirilmesi ve klinik/sosyodemografik veri formlarına kayıt alınması sonrası tüm olgulardan Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile Genel Sağlık Anketini (GSA) doldurmaları istenmiştir. Elde edilen verilerle her olgu için aleksitimi, anksiyete ve depresyon riski skorları hesaplanmış, gruplar arası farklar ve parametrelerin arasındaki ilişki açısından istatistiksel analizler uygulanmış, istatistiksel anlamlılık sınırı ( $p < 0.005$ ) kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Hasta grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında TAÖ-20, HAD ve GSA skorları açısından hasta grubunda tüm skorlar kontrol grubu olgularına ait değerlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. TAÖ'nün duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2) ve dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri açısından hasta grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında; TAÖ-1 ve TAÖ-2 puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunurken, TAÖ-3 puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol gruplarının TAÖ-20 skorları: “0-50”, “51-60”, “61-100” olarak yeniden derecelendirilerek sırasıyla “aleksitimi yok”, “sınırdaki aleksitimik”, “yüksek aleksitimik” olarak gruplar sınıflandırıldığında; hastaların %44'ünde aleksitimi yokken,

%42'si sınırdaki aleksitimik, %14'ü yüksek aleksitimik olarak değerlendirilmiştir. Kontrol grubunun ise %78'inde aleksitimi yokken, %22'sinde sadece sınırdaki aleksitimi olduğu belirlenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamız sonucunda; TAÖ-20, HAD ve GSA skorları değerlendirilerek rozase hastalığı ile aleksitimi ve diğer psikiyatrik belirtiler arasında anlamlı ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur. Aleksitimik kişilik yapısının; rozaseyi tetikleyen strese karşı ve immün disfonksiyon oluşturarak somatik bozukluğa yol açmış olabileceği düşünülmüştür. İkincil bir hedef olarak; aleksitimi varlığında hastaya sağlanacak psikiyatrik desteğin rozasenin klinik gidişi ve tedavisinde olumlu katkı sağlaması olası görünmektedir, bu konuda geniş serilerde yürütülecek ileri çalışmaların konuya derinlik kazandıracağına inanmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Rozase, aleksitimi, psikodermatoloji, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Genel Sağlık Anketi.

## ABSTRACT

**Aim:** Rosacea; is a chronic disease for which stress and psychological factors, as well as immune dysfunction are thought to play a role though the exact pathogenesis has not been fully explained yet. Rosacea that mainly affects the central convexities of the face, manifests with heterogenous dermatological findings and has been reported to be accompanied by many psychological situations including anxiety and depression. Alexithymia as a personality construct is described as “inability to identifying and verbalizing emotions”. Alexithymic personality characteristics are thought to alter the general susceptibility to stress, cause immune dysfunction and represent a risk factor for a variety of medical and psychiatric disorders including somatic disorders. So far, any relationship between alexithymia and rosacea has not been investigated. We hypothesize that alexithymia may be a risk factor for developing rosacea. In this controlled study, we aimed to evaluate the relationship between alexithymic personality structure and rosacea.

**Method:** Our study has been conducted on 50 rosacea patients admitted to the Dermatology Department of Kırıkkale University, School of Medicine as “the patients’ group”, and age - sex matched 50 adult healthy volunteers as “the control group”, and after giving the written consent. In this study, following the evaluation of the groups and recording on the clinical/sociodemographic data forms, all cases were asked to fill the Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the General Health Questionnaire (GSQ). The data obtained for each patient with alexithymia, anxiety and depression risk scores were calculated; differences between the groups and to assess the relationship between these parameters, statistical analysis was applied and limit of statistical significance was adopted as ( $p < 0.005$ ).

**Results:** The TAS-20, HAD and GSQ total scores, were found to be statistically significantly higher in the patients group compared to the control group. When the patient group and the control group compared to each other via emotion recognition difficulties task (TAS-1), feelings verbalise difficulty task (TAS-2) and outward-oriented thinking task (TAS-3) subscales of Toronto alexithymia scale (TAS), there were statistically significant differences between the two groups in terms of TAS-1 scores and TAS-2 scores whereas there was no difference in terms of TAS-3 task scores. When TAS-20 scores of the groups were re-scaled as “0-50”, “51-60”, “61-100” and respectively classified as “without alexithymia”,



“borderline alexithymia” and “high alexithymia” statistically significant differences ( $p>0.05$ ) were detected between patient group and control groups. There was no alexithymia in 44% of patients, borderline alexithymia in 42% of patients and high alexithymia in 14% of patients while there was no alexithymia in 78% of the control group, and only borderline alexithymia in 22 %.

**Conclusion:** Our study evaluating the TAS-20, HAD and GSQ scores has revealed that there is a significant relationship between rosacea and, alexithymia and several psychiatric symptoms. It is thought that alexithymic personality may cause susceptibility to stress and immune dysfunction in rosacea patients leading to a somatic disorder. As a secondary goal, we believe that psychiatric support provided to these patients may contribute to the clinical outcome and treatment of rosacea patients, we suggest that advanced studies on this issue carried out on larger series will maintain depth to the subject.

**Key words:** Rosacea, alexithymia, psychodermatology, Toronto Alexithymia Scale-20, Hospital Anxiety and Depression Scale, General Health Questionnaire

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

TEZ ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR SAYFASI .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	xi
KISALTMALAR .....	x
TABLolar .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
3. HASTALAR GEREÇ VE YÖNTEM .....	27
4. BULGULAR .....	32
5. TARTIŞMA .....	40
6. SONUÇ.....	47
7. KAYNAKLAR .....	49
8. EKLER .....	60

## KISALTMALAR

<b>ETR</b>	:	Eritematotelenjektatik rozase
<b>PPR</b>	:	Papülopüstüler rozase
<b>FR</b>	:	Fimatöz rozase
<b>OR</b>	:	Oküler rozase
<b>UV</b>	:	Ultraviyole
<b>VEGF</b>	:	Vasküler endotelyal büyüme faktörü
<b>D. folliculorum</b>	:	Demodex folliculorum
<b>D. brevis</b>	:	Demodex brevis
<b>H. pylori</b>	:	Helicobacter pylori
<b>TNF</b>	:	Tümör nekroz faktörü
<b>TGF</b>	:	Transforme edici büyüme faktörü
<b>AMP</b>	:	Antimikrobiyal peptid
<b>KLK</b>	:	Stratum korneum triptik enzimi
<b>MMP</b>	:	Matriks metalloproteinaz
<b>HLA</b>	:	İnsan lökosit antijeni
<b>FDA</b>	:	Amerikan Ulusal Besin ve İlaç Dairesi
<b>IL</b>	:	İnterlökin
<b>GSA</b>	:	Genel Sağlık Anketi
<b>TAÖ</b>	:	Toronto Aleksitimi Ölçeği
<b>HAD</b>	:	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
<b>NRSEC</b>	:	Amerikan Ulusal Rozase Topluluğu Uzman Komitesi

## TABLolar VE ŞEKİL DİZİNİ

- Tablo 1:** Rozase klinik subtipleri
- Tablo 2:** Rozaseli hastaya önerilecek genel önlemler
- Tablo 3:** Hasta ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet özellikleri
- Tablo 4:** Rozase ve kontrol grubunda eğitim durumları
- Tablo 5:** Rozase hastalarının anamnestik, fenotipik ve klinik özellikleri
- Tablo 6:** Hasta grubunda rozase hastalığı ile ilgili klinik özellikler
- Tablo 7:** Hasta ve kontrol grubunda Genel Sağlık Anketi (GSA), Hastane Anksiyete Ölçeği (HAD-A), Hastane Depresyon Ölçeği (HAD-D) skorları
- Tablo 8:** Hastane anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) anketi sonuçlarına göre hasta ve kontrol gruplarında anksiyete depresyon görülme oranları
- Tablo 9:** Rozase ve kontrol grubunda Toronto Aleksitimi Ölçekleri (TAÖ) skorları
- Tablo 10:** Rozase ve kontrol grubunda derecelendirilmiş Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) skorları
- Tablo 11:** Derecelendirilmiş Toronto Aleksitimi Ölçeği skorlarına göre oluşturulan alt gruplarındaki rozase alt tipi dağılımı ve rozase şiddet skorları ortalama değerleri
- Tablo 12:** Rozaseli hastalarda Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D), Toronto Aleksitimi Ölçeği skorları ile yaş, cinsiyet başlangıç yaşı, hastalık süresi ve rozase şiddet skoru arasındaki ilişki
- Şekil 1:** Rozasede güncel patogenezin Şematik gösterimi

## **EKLER**

- EK 1:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- EK 2:** Rozaseli Hasta Takip Formu
- EK 3:** Sosyodemografik Veri Formu
- EK 4:** Genel Sağlık Anketi (GSA)
- EK 5:** Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)
- EK 6:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Rozase primer olarak yüzün santral bölgesini etkileyen, göz tutulumunun eşlik edebildiği, heterojen klinik sergileyen, remisyon ve relapslarla giden, sık görülen kronik kutanöz bir hastalıktır<sup>1-3</sup>. Stres ve diğer ruhsal etmenler birçok deri hastalığının ortaya çıkmasını ya da belirtilerinin alevlenmesi tetikleyici olabilmektedir. Ortak embriyonel kökene sahip olan sinir sistemi ve deri birbirleri ile derin ve kompleks bir ilişki sergilemekte ve bu durum “*ego-skin*” kavramı ile de açıklama bulmaktadır<sup>4</sup>. Ruhsal aygıt ve deri arasındaki ilişkinin, büyük kısmıyla ortak olan çeşitli mediatörler, nöropeptit veya nörohormonlar aracılığıyla nöro-immüno-kutanöz sistem tarafından yürütüldüğü düşünülmektedir<sup>4,5</sup>.

Dermatoloji poliklinik başvurularında, hastalarda önemli stres etkenleri ve psikiyatrik belirtilerin eşlik etme sıklığının %30’un üzerinde olduğu ileri sürülmüştür<sup>6</sup>. Deriyi ilgilendiren hastalıklar, kozmetik sorun oluşturmanın yanında, yol açtıkları sekonder psikopatolojik durumlar nedeniyle; kişinin çevresi ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte ve hayat kalitesini bozmaktadır. Diğer yünden; stres ve psikopatolojilerin deri hastalıklarının başlamasında veya alevlenmesindeki rolü, pek çok araştırma ile gösterilmiştir. Atopik dermatit, psoriasis, ürtiker, herpes simpleks, alopesi areata ve siğil gibi pek çok dermatozun da, psikoterapi ve stres azaltıcı tedavilerden yarar gördüğü bilinmektedir<sup>6-10</sup>.

Aleksitimi kişilerin kendi ve diğer insanların hislerini algılama yetisinden yoksun olması durumudur. Normal kişilerde de karşılaşılan bir kişilik yapısı olduğu kabul edilmekle birlikte aleksitimik bireylerin psikosomatik hastalıkların gelişimine daha yatkın oldukları gözlemlenmiştir. Aleksitimik kişilerin psikolojik, endokrin ve immün sonuçları olan, fark etmedikleri kronik bir strese benzer bir duruma maruz kaldıkları, strese karşı genel duyarlılığın artmış olduğu ileri sürülmüştür<sup>11</sup>.

Çeşitli çalışmalarda rozase hastalarında psikiyatrik belirti insidansının yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>12,13</sup>. Aleksitimik kişilik yapısının; psoriasis, alopesi areata, vitiligo gibi birçok dermatolojik hastalıkta yüksek sıklıkta olduğu gösterilmiştir<sup>14</sup>.

Nöro-immüno-kutanöz sistem ile ilişkisi, rozasenin psikososyal iletişimde önem kazanan yüz bölgesinde yerleşim göstermesi, kronik, ilerleyici bir deri hastalığı olması, rozase ile psikiyatrik belirtilere ait birlikteliklerin bildirilmiş olması, aleksitimik yapının strese yatkınlık oluşturması ve immün disfonksiyona neden olması rozase hastalarında aleksitimik kişilik yapısının daha sık olabileceğini ve hastalığın gelişiminde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte literatürde rozase hastalarında aleksitimik yapının varlığı konusunda sonuç bildiren herhangi bir yayın bulunmamaktadır. Bu nedenle; bu çalışma ile aleksitiminin rozase gelişimi için bir risk faktörü olduğunu varsayımından yola çıkarak rozase ile aleksitimik yapı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmış, kontrol grubu ile karşılaştırma yapılarak bu durumun ortaya konması hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ROZASE

#### 2.1.1. TANIM

Rozase; primer olarak yüzün santral konveks bölgelerinde yerleşim gösteren deri lezyonları ve göz tutulumu ile karakterize, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır<sup>1-3</sup>. Amerikan Ulusal Topuluğu Uzman Komitesi (NRSEC) tarafından rozasenin; eritematotelanjiektatik rozase (ETR), papülopüstüler rozase (PPR), fimatöz rozase (FR) ve oküler rozase (OR) olarak dört alt tipi ve “granümatöz rozase” olarak bir de varyantı tanımlanmıştır<sup>15,16</sup>. Bununla birlikte; steroidle indüklenen rozase, fulminan rozase, rozase konglobata ve Morbihan hastalığı çeşitli kaynaklarda rozase ile ilişkilendirilmektedir<sup>17</sup>. Rozase heterojen bir hastalıktır: tek alt tipte, ardışık alt tiplerde veya çeşitli klinik alt tiplerin örtüşmesi şeklinde, değişken şiddetteki ataklar ile ilerleyici seyir göstermektedir<sup>15-19</sup>.

Rozasenin, çevre tarafından kolaylıkla fark edilen tipik deri bulguları; alın, burun, çene ve malar bölgeleri etkileyen, geçici eritem atakları (flaşing), kalıcı eritem, telanjiektaziler, inflamatuvar papül ve püstüller, fima, kuru görünüm, kepeklenme, ödem ve plaklar olup bu lezyonlara periferik (boyun, göğüs, sırt, skalp vb.) lezyonlar ile yanma-batma hissi eşlik edebilmektedir<sup>1-3,15,16</sup>. Rozase özellikle yüzde yerleşim göstermesine bağlı olarak hastalarda, yaşam kalitesinde bozulma, kozmetik kaygı, öz-saygı eksikliği, stigmatizasyon, sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon ve benzeri psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir<sup>17,19</sup>.

Uluslararası Hastalık Kodları (ICD) sınıflama sisteminde ICD-10.71 ana başlığı ile kodlanan rozase; halk arasında “gülleme” veya “gül hastalığı” olarak adlandırılırken, geçmişte kullanılmış olan “akne rozase” terimi günümüzde geçerliliğini yitirmiştir<sup>17,19</sup>.

#### 2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

Rozase; en sık 30-50 yaşları arasında ortaya çıkan, yaygın görülen bir hastalıktır. Rozase prevalansı ile ilgili literatür bilgisi oldukça değişken olup, erişkin



popülasyonda rozase %1-20 arasında bildirilmiştir<sup>17-20</sup>. Rozase alt tipleri arasında en sık ETR ardından PPR'nin görüldüğü, FR'nin ise çok daha nadir görüldüğü raporlanmıştır<sup>2</sup>. Oküler rozase prevelansı ile ilgili olarak %6-58 arasında değişen bildirimler mevcuttur<sup>2</sup>. Hastalık en sık Fitzpatrick deri tipi I-II olan bireylerde görülmekte, bununla birlikte deri tipi IV-V olan kişiler de etkilenebilmektedir. Rozase prevelansı, beyaz ırkta özellikle Kelt kökenli toplumlarda, Akdenizli toplumlara göre belirgin düzeyde yüksektir<sup>19</sup>. Rozasede; cinsiyet dağılımı konusunda da farklı bildirimler vardır: kadın/erkek hasta oranı 1/1 - 3/1 olarak bildirilmiştir<sup>2,3,19-21</sup>. Erkek hastalarda; Morbihan hastalığı ve rinofima gibi dirençli formlara, kadın hastalardan daha sık rastlanmakta ve komplike seyir göstermektedir<sup>20</sup>. Son yıllarda çoğu oküler tutulumla seyreden çocukluk çağı rozase bildirimlerinde artış yaşanmaktadır<sup>19,22,23</sup>. Türkiye'de rozase prevelansı ile ilgili sağlıklı veri bulunmamaktadır<sup>2</sup>.

### 2.1.3. ETYOPATOGENEZ

Rozasenin etyolojisinde birçok faktör suçlanmış olmasına rağmen patogenezi henüz tam olarak açıklanamamıştır. Genetik yatkınlık zemininde çevresel faktörlerin etkisi altında ortaya çıktığı düşünülen rozasede hastalık için çeşitli tetikleyiciler tanımlanmıştır (**Tablo-1**)<sup>1-3,24-27</sup>.

**Tablo 1.** Rozasede hastalığı tetikleyen faktörler<sup>1-3,24-27</sup>

Güneş ışınlarına sunuk kalım ve fotohasarlanma	Fiziksel ve emosyonel stres, anksiyete
Sıcak-soğuk-rüzgarlı hava şartları, sıcak ortam	Menstruasyon ve gebelik
Topikal temizleyici-kozmetik (özellikle; formaldehit, propilen glikol, alkol, tonik, palmitik ve oleik asit içerikli) ürünler	İlaçlar : amiodaron, topikal kortikosteroidler, B6 ve B12 vitaminleri gibi.
Sıcak-alkollü içecek, çikolata-peynir- kuruyemiş- acı-baharatlı gıda tüketimi	Yüz veya gastrointestinal sistemdeki mikrobiyal ajanlar ( <i>Demodex folliculorum</i> , <i>Helicobacter pylori</i> , enfeksiyon,bakteriyal enfeksiyonlar)

Rozase patogenezinde suçlanan başlıca faktörler ve mekanizmaları şu şekilde özetlenebilir:

**Genetik yatkınlık:** Rozaseli olguların %30-40'ında aile öyküsü vardır<sup>19, 27</sup>. Kuzey Avrupa-Kelt toplumu gibi bazı etnisitelerde, açık tenlilerde sık görülmesi rozasenin genetik temeline işaret etmektedir<sup>27</sup>. Bununla birlikte hastalıkla ilişkili gen veya HLA birlikteliği henüz ortaya konulmamıştır. Güncel transkriptom (tüm RNA moleküllerinden oluşan set) profili oluşturma analizleri; ETR, PPR ve FR'de farklı gen profillerini ortaya çıkarmış, bazı genler için örtüşme saptandığı bildirilmiştir<sup>26</sup>.

**Anormal vasküler hiperreaktivite (Vazodilatasyona eğilim):** Vazodilatatör uyarımlarla (sıcak ortam, acı-baharatlı-alkollü ürün tüketimi, vazodilatatör ilaçlar gibi) karşılaşma sonucu rozaseli hastalarda kolaylıkla tetiklenen tekrarlayıcı flaşing ataklarının damar tonusunda kayıp ile küçük dermal damarlarda ve lenfatiklerde dilatasyona neden olduğu, nörojenik inflamatuvar reaksiyon ve mast hücrelerinin de bu ataklara katkı sağladığı kabul edilmektedir. Ağır egzersiz, yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete, stres gibi emosyonel faktörler sempatik sistemin uyarılmasına ve adrenalin deşarjı ile flaşingde artışa neden olmaktadır<sup>28</sup>.

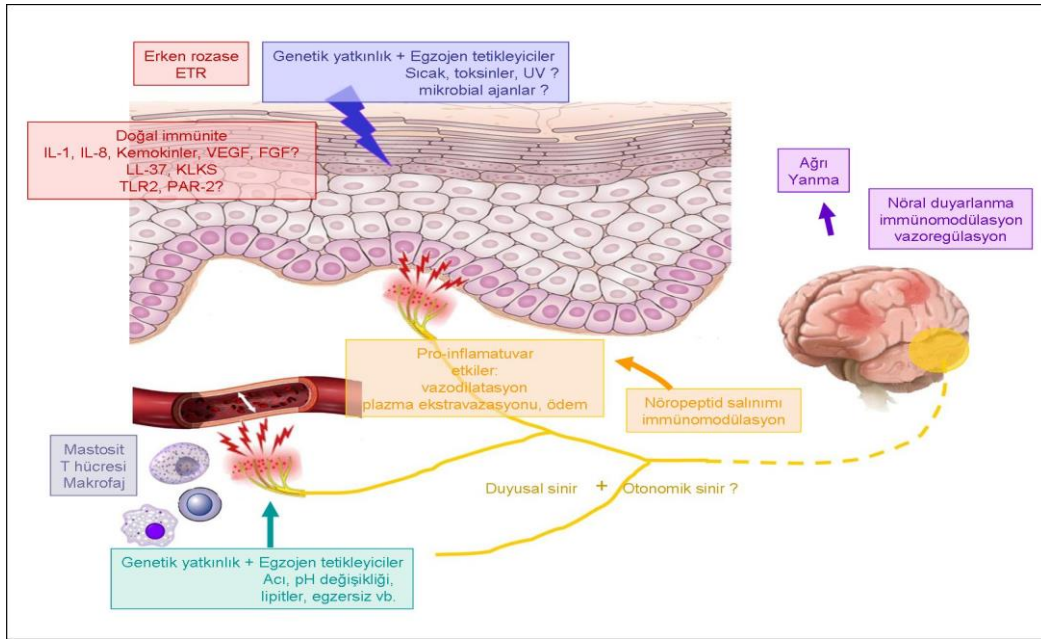
**Ultraviyole ışınları ve reaktif oksijen radikallerine sunuk kalım:** Ultraviyole (UV) ışınlarına akut olarak sunuk kalımı rozaseyi alevlendiren tartışmasız nedenler arasındadır, kronik foto-haşarın rozase patofizyolojisindeki yeri ise net değildir. UV'nin keratinositlerden vasküler endotelial büyüme faktörü-2 (VEGF-2) ve fibroblast büyüme faktörü-2 (FGF-2) üretimini arttırdığı, anjiyogenezi indüklediği, reaktif oksijen radikallerinde artışa neden olduğu gösterilmiştir. UV aracılığıyla doğal immün sistemde aktivasyon gerçekleşmektedir. Rozase hastalarına ait deri örneklerinde kontrollerle karşılaştırıldığında yüksek düzeyde reaktif oksijen radikallerinin bulunduğu saptanmıştır. Reaktif oksijen radikalleri keratinositlerde TNF- $\alpha$  indüksiyonu, fibroblastlarda uyarım ile kollajen üretiminde azalmaya neden olmaktadır. Nötrofillerden reaktif oksijen radikalleri üretimini inhibe eden tetrasiklin, azeleik asit, metranidazol, azitromisin, eritromisin ve retinoidlerin tedavide kullanılması reaktif oksijen radikallerinin patogeneizde rol aldığı görüşünü desteklemektedir<sup>26-29</sup>.

**Mikrobiyal ajanların rolü:** *Demodex (D) folliculorum* ve *D. Brevis*, insanda pilosebase ünitede enfestasyona neden olan akarlardır. *D. folliculorum*; özellikle PPR'de normal deridekinden daha sık ve fazla sayıda bulunmaktadır. Bu olguların bir kısmında enfestasyonun tedavisi ile rozaseda düzelme izlendiğinden, rozase patogenezinde demodeks türü akarların rolü olabileceği üzerinde durulmuştur. Bununla birlikte *D. folliculorum*'un erişkin popülasyonun neredeyse tamamında deride saptanabilir olması nedeniyle patogeneizde tek başına sorumlu tutulamayacağı da belirtilmektedir<sup>30</sup>. Benzer şekilde *Helicobacter (H). pylori*'nin rozase patogenezindeki rolü üzerine tartışmalı yorumlar mevcuttur. *H. pylori*'nin rozase hastalarında kontrol grubuna göre daha sık görüldüğü ve eradikasyonu ile rozase şiddetinin azaldığı gösterilmiştir. Bu bakteriye karşı salınan histamin, prostoglandin, lökotrienler ve sitokinler sonucu rozasenin tetiklenmiş olabileceği öne sürülmüştür. *H. pylori*'nin serum ve dokuda nitrik oksit ile serbest oksijen radikallerinin seviyesini artırdığı da bilinmektedir<sup>28,31,32</sup>.

**Doğal immün sistem anormalliği ve mast hücrelerinin rolü:** Güncel literatürde tüm diğer mekanizmaları birleştirici bir açıklama getirmesi bakımından günümüzde en geçerli patogenetik faktör olarak kabul görmektedir.

Antimikrobiyal peptitler (AMP'ler); doğal immün sistemin önemli bir parçası olarak vücut yüzeyinin patojenlere karşı, spesifik olmayan korunmasında rol oynayan peptitlerdir. LL-37; insan derisinde proprotein olarak üretimi takiben serin proteazları (KLK5: stratum korneum triptik enzimi ve KLK7: stratum korneum kemotriptik enzimi) tarafından kendisi ile benzer özelliklere sahip belirli fragmanların ayrılması sonrası aktifleşen; antibiyotik, immünomodülatör ve anjiyogenik özellik sergileyen katherisidin ailesinden bir AMP'dir<sup>26,33</sup>. LL-37 lokal hücreler (keratinosit ve mastositler dahil) ve lökositlerden sitokin ve kemokin salınımını artırır ve kemotaksiyi sağlar<sup>26</sup>. LL-37 için bu proinflamatuvar özelliklerine yönelik olarak "alarm çalan peptit" ifadesi kullanılmaktadır<sup>26</sup>. Tüm rozase alt tiplerinde, açık bir enfeksiyon olmamakla birlikte LL-37 üretimi ve aktivitesinin normalden (ortalama 2.5 kat) yüksek düzeyde olduğu; serin proteazları ve mast hücre proteaz aktivitesi ile fragmanlarda artış olduğu ve bununla birlikte IL-8 ve vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) salınımının gerçekleştiği ortaya konmuştur<sup>1,26,33</sup>. Keratinositlerde LL-37 ekspresyonu; D-vitamini yolağının aktifleşmesi ve diğer eksternal uyaranlar (deride

enfeksiyon, hasar, UV maruziyeti, bariyer bozukluğu gibi) sonucu güçlü bir şekilde uyarılmaktadır<sup>26</sup>. Bunlara ek olarak mast hücrelerinin rozase hastada derisinde artmış miktarda olduğu da bilinmektedir. Mast hücreleri LL-37'nin en büyük kaynağı olup katekolamin aracılı inflamasyonda anahtar rol oynadığı çok yakın bir geçmişte hayvan deneyi ile ortaya konmuştur. Mast hücrelerinden yoksun fareye intradermal LL-37 enjeksiyonu sonrası rozase klinik bulguları gelişmezken, tersine mast hücresi bulunduran standart "wild type" (WT) farede; kimaz, triptaz ve matriks metalloproteinaz-9 (MMP-9) mRNA düzeylerinde belirgin yükselme ile rozase bulguları gözlenmiş, mast hücre stabilizatörlerinin kullanımı ile MMP-9 ve CXCL12 ekspresyonunda belirgin azalma sağlanmıştır. ETR'de topikal kromolin sodyum ile tedavi başarısı elde edilmesi de bu görüşün kanıtı olarak kabul edilmektedir<sup>34,35</sup>.



**Şekil 1.** Rozasede güncel patogenezin şematik gösterimi<sup>24,25,26</sup>

ETR: eritematotelenjektatik rozase, UV: ultraviyole, IL: interlökin, VEGF: Vasküler endotelial büyüme faktörü

## 2.1.4. KLİNİK ÖZELLİKLER

Rozase; yüzün santral konveks alanlarını etkileyen, remisyon ve relapslarla giden kronik ilerleyici bir hastalıktır. Rozase belirtileri flaşing ataklarıyla birlikte papül, püstül, kalıcı eritem ve telenjiektazilerdir. Rozase ardışık olarak gelişen evrelerin adıyla da sınıflandırılmıştır. Ancak bu evrelerin birbirini takip etmesi zorunlu değildir. Hastalığın doğal seyri ilerleyicidir. Birçok hastada genelde birden fazla bulgu birarada gözlenir. Bu lezyonlar; simetrik olarak, burun, yanaklar, alın, çene ve glabellada yerleşim gösterir. Kadınlarda özellikle çene ve yanaklar etkilenirken, erkeklerde burun tutulumu ve fimatöz değişiklikler ön plandadır. Alın her iki cinsten eşit olarak tutulur. Periferik tutulumda retroauriküler bölgeler, göğüs V bölgesi, boyun, sırt, saçlı deri ve ekstremiteleri de etkilenebilir<sup>1-3,15-18</sup>.

Amerikan Ulusal Rozasea Topluluğu Uzman Komitesi (NRSEC) tarafından 2002 yılında yayınlanan uzlaşma raporunda rozasenin primer ve sekonder belirtileri tanımlanmış, primer veya sekonder belirtilerden en az birinin varlığı tanı için yeterli bulunmuştur. *Crawford ve ark.* ise en az üç aydır devam eden santrofasiyal eritemin tanıda en önemli bulgu olduğunu belirtmişlerdir<sup>15-16</sup>.

### 1. Primer bulgular

- b. Geçici eritem (Flaşing atakları):** En sık görülen başlangıç bulgusudur, genellikle 10 dakikadan uzun sürelidir. Atakların sıklığı, süresi, şiddeti, yaygınlığı sorgulanarak flaşing varlığı belirlenmelidir. Perimenapozal dönemdeki, çoğunlukla terlemenin eşlik ettiği flaşing atakları rozasenin diğer karakteristik bulguları eşlik etmediği sürece tanısız kabul edilmez. Ataklarının zamanlaması sorgulanarak tetikleyici faktörlerle ilişkisi tespit edilmelidir<sup>16</sup>.
- c. Kalıcı eritem:** Tekrarlayan ve süresi giderek uzayan flaşing atakları sonucu gelişir. İnflamasyon (papül, püstül, plak) ve kuru görünüm eritemin derecesini maskeleyebileceği gibi eritemin yoğun olması da rozasenin diğer bir primer bulgusu olan telenjiektazilerin tanınmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle klinik çalışmalarda eritemin tespiti için objektif değerlendirme yapan cihazların kullanılması önerilir<sup>16</sup>.

- d. Papül ve püstüller:** Tipik yerleşim alanlarında; simetrik olarak; komedonların eşlik etmediği; değişken sayıdaki inflamatuvar papül ve/veya püstül ile karakterizedir. Plak olmaksızın birkaç lezyon varlığında hafif, çok sayıda papül ve püstül varlığında orta, plağın eşlik ettiği papül ve püstül varlığında ise şiddetli olarak değerlendirilir<sup>16</sup>.
- e. Telenjektaziler:** Yoğun eritem varlığında telenjektazilerin maskelenmesi nedeniyle telenjektazi skorunu belirlemek zor olabilir. Diğer rozase bulguları olmadan birkaç izole telenjektazi olması rozase tanısı için yeterli olmayabilir<sup>16</sup>.

## 2. Sekonder bulgular

- a. Yanma/batma hissi:** Subjektif bir yakınmadır, değişken şiddetteki iğnelenme, yanma, batma hissidir. Hasta tarafından belirtildiği şekilde skorlanmaktadır<sup>16</sup>.
- b. Plak:** İnflamasyona bağlı olarak papül ve püstüller arasında normal deriden net bir şekilde ayrılan, epidermal değişiklikler göstermeyen, geniş eritemli plaklardır<sup>16</sup>.
- c. Kuru görünüm:** Yüzde kuru, kaba görünüm ve pullanmalar izlenir. Pullanmanın eşlik eden seboreik dermatit ve iritasyona da ait olabileceği unutulmamalıdır<sup>16</sup>.
- d. Ödem:** Uzun süren fasiyal eritemi izler. Ödem akut, kronik rekürren ve kronik persistan olabilir. Hastanın öyküsünde veya muayenesinde ödem tespit edilir. Yüzde solid ödem sıklıkla papülopüstüler tiple birlikte dir. Periorbital, glabellar ve malar bölgelerde görülebilir. Kronikse ödem gode bırakan veya bırakmayan formdadır<sup>16</sup>.
- e. Oküler bulgular:** Yanma, batma, yabancı cisim hissi, ışığa duyarlılık, bulanık görme, görmede azalma gibi yakınmalar olabilir. Göz tutulumu: göz kuruluğu, blefarit, konjonktivit, şalazyon, episklerit, iridosiklit, keratit, korneal vaskülarizasyon ve perforasyon, pannus oluşumu, kronik periorbital ödemi içerir. Orta ve şiddetli tutulumda veya tedaviye cevapsızlık durumlarında görme kayıpları görülebilir. Oküler tutulum oftalmolog tarafından değerlendirilmeli ve takip edilmelidir<sup>16</sup>.
- f. Periferik tutulum:** Periferik yerleşim fasiyal rozase ile birlikte olabileceği gibi izole olarak da görülebilir. En sık boyun, saçlı deri, kulaklar, göğüs ve sırtta yerleşir. Yüz tutulumu olmadığı durumlarda tanı zorlaşır<sup>16</sup>.
- g. Fimatöz değişiklikler:** Yüz derisinde ilerleyici kabalaşma, kalınlaşma ve karnabahar benzeri yüzey/şekil değişikliği ile karakterizedir. Fimatöz değişiklikler yerleşim bölgesine göre isimler alır: burunda “rinofima”; çene üzerinde “gnatofima”; alında “metofima”; kulakta “otofima”; göz kapağında “blefarofima”. Hafif olgularda kontür

değişikliği olmadan sadece folliküllerde belirginleşme, orta derecede tutulumda nodüler komponent olmadan kontür değişikliği, ağır olgularda ise belirgin follikül ağzları ve telenjektazilerle birlikte burnun nodüler komponent içeren kontür değişikliği vardır<sup>16</sup>.

Rozase belirtileri oldukça heterojen klinik sergiler. Bu nedenle hastaların değerlendirilmesinin kolay ve standart olması için NRSEC tarafından dört klinik rozase alt tipi tanımlanmıştır. Bununla birlikte bir hastada aynı anda birden fazla klinik alt tipin özellikleri görülebileceği unutulmamalıdır (**Tablo 2**)<sup>15</sup>.

**Tablo 2. Rozase klinik alt tipleri<sup>15</sup>**

<b>Rozase klinik alt tipleri</b>	<b>Başlıca klinik yakınma ve bulgular</b>
<b>1. Eritematotelenjektatik rozase</b> (vasküler rozase)	Geçici eritem, kalıcı eritem, telenjektazi, yanma batma hisii, ödem, kuruluk
<b>2. Papülopüstüler rozase</b> (inflamatuvar rozase)	Kalıcı eritem, papül-püstül, plak
<b>3. Fimatöz rozase</b>	Deride kalınlaşma, kabalaşma, yüzey düzensizliği
<b>4. Oküler rozase</b>	Gözde yanma, batma, kızarıklık, göz kuruluğu, blefarit, konjonktivit

#### **Rozase klinik alt tipleri:**

- 1. Eritematotelenjektatik Rozase:** Olguların büyük kısmı bu gruptandır. Bu evrede stabil kalabilir. Genellikle flaşing atakları ile başlar. Flaşing atakları 10 dakikadan fazla sürmektedir. Flaşinge bağlı eritemin, tetikleyici etken ortadan kalktıktan sonra bir önceki evreye göre daha uzun sürmesi tipiktir. Atakların sürmesiyle, zamanla kalıcı eritem ve telenjektaziler gelişmesi olağandır. Çoğunlukla yanma-batma, yakınması eşlik eder, kaşıntı nadirdir. Kuruluk olabilir. Tekrarlayan vazodilatasyonla yanaklarda dolgunluk hissedebilir, yapılan muayenede sıklıkla hafif bir endürasyon saptanır. Topikal ürünlere karşı duyarlılık sıktır. Bir çalışmada rozase hastalarında kontakt dermatitin normal popülasyona göre daha sık geliştiği gösterilmiştir<sup>1-3,15,16</sup>.

2. **Papülopüstüler Rozase:** Tipik bulgu kalıcı eritem, soliter, inflame genellikle simetrik, kırmızı papül ve püstüllerdir. Bu lezyonlar haftalarca devam edebilir. Tüm yüzü etkileyebilir, nadiren periferik yerleşimde göğüs boyun ve saçlı deride görülebilir. Lenfödem eşlik edebilir. Akne vulgarise benzer; fakat komedonlar yoktur<sup>1-3,15,16</sup>.
3. **Fimatöz rozase:** Sebace glandların ve konnektif dokunun hiperplazisi ile karakterizedir. En sık erkek hastalarda ve burunda görülmekle birlikte alın, çene, kulak, göz kapağında da yerleşebilir. Rinofima tipik olarak 2/3 distal kısmı etkiler. Lepra, kutanöz T hücreli lenfoma ve lösemideki aslan yüz görünümü, akne vulgaris, sarkoidozis, familyal nevoid hiperplazi, Melkerson-Rosenthal sendromu ve akromegali ile ayrımı önem taşır<sup>1-3,15,16</sup>.
4. **Oküler Rozase:** Sıklıkla deri bulguları ile birliktelik gösterir. Yanma, batma, kızarıklık, ışığa duyarlılık, yabancı cisim hissi, bulanık görme, sulanma gibi yakınmalara neden olur. Oküler tutulum; göz kuruluğu, blefarit, konjonktivit, şalazyon, episklerit, iridosiklit, keratit, korneal vaskülarizasyon ve perforasyon, pannus oluşumu, kronik periorbital ödem, generalize göz ağrısı, göz kapağı granülomu şeklinde olabilir. Oküler rozase şiddetiyle, kutanöz rozase şiddeti korelasyon göstermez. Hastaların %20 sinde ilk bulgu olarak karşılaşılır<sup>3,36</sup>. Deri bulguları olmaksızın OR tanısı konulması güçtür. Rozase keratitinin prognozu kötüdür. Korneal opasite, skar, görme kaybına yol açabilir. Göz tutulumu ciddi komplikasyon riski taşıdığından tüm rozaseli hastalar düzenli oftalmolojik incelemeden geçmelidir<sup>3,36</sup>.

#### **Rozase varyantları:**

**Granüloamatöz (Lupoid) Rozase:** Sıklıkla malar bölgelerde lokalize, sarı-kahverengi-kırmızımsı renkte, sert, tek tip, papül yada nodüllerle karakterize kronik bir tablodur. Lezyonlarda inflamasyon siliktir. Granüloamatöz rozasede, tipik rozase bulguları genellikle yoktur. Skar bırakabilir. Diyaskopi testi yapıldığında lupus vulgaris ve sarkoidoza benzer şekilde elma jölesi görünümü ortaya çıkar<sup>3</sup>.



**Steroid rozasesi:** Uzun süre sistemik ve topikal kortikosteroid kullanımı sonucu gelişen bir tablodur. Topikal kortikosteroid tedavisi başlangıçta rozasede düzelme sağlarken sonrasında atrofi, telenjektazi, papülopüstüler erüpsiyon ve koyu kırmızı eritemli yamalar ve gerginlik hissine neden olur. Demodeks yoğunluğu ciddi şekilde artmıştır. Kortikosteroidin kesilmesi ile alevlenme dönemi sonrasında düzelme görülür<sup>21</sup>.

**Rozase fulminans:** Piyoderma fasiyale adıyla da anılan, papül, püstül, kist, derin abseler ve direne sinüslerle karakterize nadir bir rozase varyantıdır. Olguların büyük kısmı sebore veya akne vulgarisi olan genç bayan hastalardır. Klinik bulgular akne fulminansa benzer; fakat akne vulgaristen farklı olarak komedon ve sistemik bulgular yerine fasiyal eritem ve telenjektaziler mevcuttur. Tekrarlama eğilimindedir. Etyopatogenezi tam olarak açıklanmamıştır. İnflamatuvar bağırsak hastalığı, oral kontraseptif kullanımı, gebelik ve bazı ilaçlarla ilişkisi olduğu düşünülmektedir<sup>34,37-39</sup>.

**Rozase konglobata:** Nadir görülen, ciddi seyreden, akne konglobataya benzeyen, yüzde sınırlı kalan, hemorajik nodüler abseler ve endüre plaklarla seyreden kronik bir tablodur. Sıklıkla kadınlarda görülür ve halojenli ürünlerin kullanımı ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür<sup>21</sup>.

**Morbihan hastalığı:** İsmi sık görüldüğü Britanya'nın Morbihan bölgesinden almaktadır. "Rozasenin solid/kalıcı fasiyal ödemi" olarak da bilinir. Nadir görülen, nedeni tam olarak açıklanmamış bir rozase varyantı olarak kabul görmektedir. Lenfatik damarların tutulumu sonucu gelişen; özellikle alın, glabella, üst göz kapakları, burun ve yanaklarda lokalize olan, gode bırakmayan, solid kalıcı ödemle karakterizedir. Kronik inflamasyona bağlı olarak damarlar çevresinde elastin yıkımı ve damar dışına sıvı kaçıışının gerçekleştiği; fibrozis ve dermal lenfatik damar obstrüksiyonu sonucu kalıcılık kazandığı düşünülmektedir<sup>3,18,21</sup>.

### 2.1.5. HİSTOPATOLOJİK BULGULAR

Rozasenin klinik bulgular tipik olduğu için histopatoloji nadiren gereklidir ve özgün değildir. Histopatolojik bulgular rozase tipine ve şiddetine bağlı olarak değişir.

Tüm tiplerde genişlemiş damarlar, lenfatikler ve perivasküler perifoliküler lenfohistiyositik infiltrasyon izlenir. Rozasenin hafif formlarında histolojik değişiklikler de hafiftir, genellikle vasküler ektazi ve hafif ödemle seyreder. Süreç ilerledikçe perivasküler ve perifoliküler lenfohistiyositik infiltrat ortaya çıkar. Papül ve püstüler lezyonlarda folliküllerde nötrofil agregasyonu, çevresinde kronik inflamatuvar infiltrat izlenir. Üst dermiste telenjiektaziler görülebilir. Bazı hastalarda sebace hiperplazi belirgin olabilir ve elastozis gelişebilir. Komedo oluşumu yoktur. *D. folliculorum* akarları sıklıkla bütün rozase tiplerinde folliküler infundibulum ve sebace kanalların içinde bulunur. Rinofimada sebace bezlerin boyutu ve sayısı artmıştır. Perifoliküler infiltratta lenfositler, histiyositler ve plazma hücreleri görülür. Folliküler infundibulum dilate görünümde ve keratinöz içerikle doludur. Granülomlar ve fibroplazi yaygın görülen bulgulardır. Granümatöz rozasede perifoliküler ve perivasküler lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşan nonkazeifiye granülomlarla karakterizedir. Rozase fulminansta psödoepitelyamatöz hiperplazi, büyük abseler ve nekroz; rozase konglobatada konnektif dokuda diffüz kalınlaşma, sebace bezlerde hiperplazi görülür<sup>3,27</sup>.

### **2.1.6. AYIRICI TANI**

Rozase klinik olarak akne vulgaris, seboreik dermatit, demodikozis, diskoid lupus eritematozus, dermatomiyozit, lupus vulgaris, polimorf ışık reaksiyonu, karsinoid sendrom, sarkoidoz ve Haber sendromu ile karışabilir. Akne vulgaris, tipik olarak adölesanları etkileyen bir hastalık olup, eritem ve telenjiektazi gibi vasküler bulgular görülmez. Rozase de ise komedonlar, fibrotik nodül ve skarlar bulunmaz. Seboreik dermatit, sıklıkla rozaseye eşlik edebilir. Eritemli, sarı yağlı skuamların seboreik bölgelerde lokalize olması tipiktir. Demodikozis, özellikle immüno-suprese, yaşlı kadın hastalarda görülen, kronik seyirli, tipik olarak malar bölgede asimetrik yerleşimli, hiperemik folliküler papül, püstül ve deskuamasyon oluşumuyla karakterize iken rozasede simetrik tutulum olması olasıdır. Karsinoid sendromda, ani ve ciddi flaşing atakları olması nedeniyle rozase ile ayrımı gereklidir. Haber sendromu, nadir görülen, bir genodermatoz olup, kalıcı fasiyal eritem, telenjiektazi, folliküler ve verrüköz papüller ile noktasal atrofik skarlarla karakterizedir. Bunların

dışında lupus miliyaris disseminata, erizipel, follikülit, dermatofit enfeksiyonlar, perioral dermatit ve lenfoma gibi pek çok dermatolojik hastalık da ayırıcı tanıda akla getirilmeli ve şüpheli olgularda direkt mikroskopik ve histopatolojik inceleme gibi yardımcı tanı yöntemleri ile tanılarını doğrulanmalıdır<sup>3,40-41</sup>.

## 2.1.7. TEDAVİ

### 2.1.7.1. GENEL ÖNLEMLER

Rozase tedavisinde alt tiplere göre özel tedavi yaklaşımları bulunmakla birlikte tetikleyici faktörlerden kaçınmak tüm alt tipler için gerekli ve ilk basamak yaklaşımdır. Hastalar; UV, ani sıcaklık değişiklikleri, alkol, baharatlı ve sıcak içecekler ile tetikleyici ilaçlardan kaçınmalıdır. Rozasede titanyum dioksit ve çinko oksit gibi fiziksel koruyucuları içeren güneş koruyucular iyi tolere edilmektedir. Sabun ve iritan madde içermeyen, yumuşak formüllü temizleyiciler kullanılmalıdır. (Tablo 3)<sup>40-42</sup>.

**Tablo 3:** Rozaseli hastaya tetikleyici faktörlerden kaçınılması ve genel önlemler

Tetikleyici faktör	İlgili önlemler
Hava (güneş ışığı, sıcak hava, soğuk hava, nem, rüzgâr)	<ul style="list-style-type: none"><li>Güneş koruyucu krem kullanılması.</li><li>Sıcak ve nemli günlerde serin ortamda kalınması.</li><li>Soğuk ortamda yüzün giysi ve nemlendirici ile korunması</li></ul>
Stres ve egzersiz	<ul style="list-style-type: none"><li>Stres azaltıcı teknikler ve egzersizler kullanmak.</li><li>Yoğun egzersizlerden kaçınmak.</li><li>Kısa ve sık aralıklarla egzersiz yapmak.</li></ul>
Yiyecek ve içecekler (sıcak çorba, sıcak kahve, baharatlı gıdalar, alkol)	<ul style="list-style-type: none"><li>Alkollü içkilerden kaçınmak.</li><li>Karabiber ve kırmızıbiber gibi baharatlı gıdalardan uzak durmak.</li><li>Sıcak kahve gibi sıcak içecekleri tüketmemek.</li><li>Şikayetlerini artırdığını bildiği tüm gıdalardan uzak durmak.</li></ul>
Banyo, temizlik ve kişisel bakım ürünleri	<ul style="list-style-type: none"><li>Sıcak banyo ve küvetlerden uzak kalmak.</li><li>Yüzü tahriş edici yöntemler kullanmamak.</li><li>Erkek hastalar elektrikli traş makinelerinden yarar görebilirler.</li><li>Yüzde yanma, batma ve kızarıklık yaptığını gördükleri ürünleri kullanmamak.</li></ul>
ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"><li>Topikal kortikosteroid, vazodilatörlerin kullanımından kaçınmak</li></ul>

### 2.1.7.2. TOPIKAL TEDAVİLER

**Metranidazol:** Topikal metranidazol dünyada en sık kullanılan tedavidir. Etki mekanizması tam olarak açıklanamamıştır. Antiinflamatuvar ve immünsüprese etkisi olduğu düşünülmektedir. Eritem, papül, püstül, yanma-batma hissi ve kuruluk üzerinde etkili; telenjektaziler ve flaşing üzerinde etkisizdir. Metranidazolün % 0.75 ve %1 krem, jel, losyon formları bulunmaktadır. Günde bir ile iki kez uygulama arasında fark olmadığı metaanaliz çalışmalarıyla gösterilmiştir<sup>21,43</sup>.

**Azeleik asit:** 2002 yılında hafif ve orta rozase tedavisinde FDA tarafından onaylanmış doymuş dikarbosilik asittir. Antiinflamatuvar, antibakteriyel ve keratinositler üzerinde sitostatik etkisi vardır. Proinflamatuvar reaktif oksijen radikallerini azaltarak antioksidan özellik gösterir. Sebace bez aktivitesi üzerine etkisizdir. Tirozinazı inhibe ettiği bilinmektedir. Azeleik asitin %15 jel formu papülopüstüler rozasede topikal metranidazol kadar etkili görünmektedir. Hastaların % 90'ında iyi tolere edilir, bakteriyel direnç gelişmez. Yanma, batma, kaşıntı gibi lokal iritasyon bulgularına neden olabilir<sup>21,42,43</sup>.

**Sodyum Sülfasetamid ve Sülfür:** %10'luk sodyum sülfasetamid ve %5'lik sülfür kombinasyonu akne ve rozasede sıkça kullanılır. Sülfasetamidin antibakteriyel etkisi belirgin iken, sülfür belirgin keratolitik aktivite ve hafif antifungal, antibakteriyel etkiye sahiptir. 50 yıldan fazla süredir kullanılan iyi tolere edilen, güvenli ve etkili bir kombinasyondur<sup>1,3,21</sup>.

**Benzoil peroksit:** Bariyer fonksiyonu bozulmuş, hassas deride eritem, yanma-batmaya neden olabilir. Eritemli, papül ve püstüllerde hızlı bir şekilde düzelmeye sağlar, klindamisinle kombinasyonu orta şiddette rozasede kullanılabilir. Benzoil peroksitin fimatöz ve glandüler rozasede de iyi tolere edildiği ve etkili olduğu az sayıda olguda bildirilmiştir<sup>43</sup>.

**Topikal kalsinörin inhibitörleri;** Topikal takrolimus steroid rozasesinde etkili bulunmuştur. Pimekrolimusun rozasede eritemde anlamlı azalma sağladığı gösterilmiştir. Bununla birlikte kalsinörin inhibitörlerinin şiddetli rozase alevlenmesine neden olduğu olgular da tanımlanmıştır<sup>44-47</sup>.

**Tretinoin:** Rozasede en önemli histolojik bulgular dermal inflamasyon, elastin ve kollajen dejenerasyonu ve vasküler değişikliklerdir. Topikal tretinoin dermal

inflamasyonu en aza indirir, konnektif dokuda yenilenme sağlar. Bu etkilerle topikal retinoidler rozase tedavisinde yarar sağlamasına rağmen, etkisinin 2 aydan sonra görülmesi bir dezavantajdır. Küçük olgu serilerinde etkili olduğu gösterilse de iritasyon riski taşır ve anjiogenezise neden olduğundan tolere edemeyecek olgularda kaçınılmalıdır<sup>21</sup>.

**Eritromisin ve Klindamisin:** Akne vulgaris için başarılı sonuçlar elde edilen topikal eritromisinin, rozase tedavisinde günde iki kez kullanıldığında eritem, papül ve püstülde azalma sağlamaktadır. Yan etkileri kuruluk ve hassasiyettir. Klindamisin losyon rozase tedavisinde daha az kullanılmasına rağmen oral tetrasiklin kadar etkili olduğu gösteren çalışma sonuçları vardır<sup>21,43</sup>.

### 2.1.7.3. SİSTEMİK TEDAVİLER

**Tetrasiklinler:** FDA tarafından onaylanmamış olsalar da özellikle papülopüstüler rozasede yaygın olarak kullanılmaktadır. Geniş spekturuma sahip bakteriyostatik etkisi vardır. Tetrasiklin rozasede etkilerini; IL-1 ve TNF- $\alpha$  gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretimini azaltmak ve anjiogenezis, nötrofil kemotaksisi ile matriks metalloproteinazlarını inhibe etmek ve prostoglandin E2 üretimi üzerinden göstermektedir. Tetrasiklin (250-1000 mg/gün), doksisisiklin (100-200 mg/gün) minosiklin (100-200 mg/gün) kullanımı etkili olsa da ikinci jenerasyon tetrasiklinler olan minosiklin, doksisisiklin, ve doksisisiklin monohidratın yarılanma ömrü daha uzun, biyoyararlanımı daha iyi ve gastrointestinal yan etkileri daha az olduğundan daha avantajlıdır<sup>1,21,42</sup>.

**Makrolidler:** Makrolidler, tetrasiklinlere intolerans ve rezistans geliştiğinde veya gebelik, laktasyon gibi tetrasiklinlerin kontrendike olduğu durumlarda kullanılır.

Tedavide eritromisin, klaritromisin, azitromisin kullanılabilir. Günlük 250-1000 mg oral eritromisin papülopüstüler rozasede etkilidir; fakat gastrointestinal sistem yan etkileri çok olduğundan önerilmez. 2. kuşak makrolid olan azitromisin ve klaritromisinin gastrointestinal sistem yan etkileri eritromisinden daha azdır<sup>21,47-51</sup>.

**Metranidazol:** Günde iki kez 200 mg oral metranidazol 6 hafta süreyle kullanımı papül ve püstül üzerinde etkilidir. Oral metranidazolün günde iki kez 200 mg dozunda 12 hafta süreyle kullanımı, oksitetrasiklinin 250 mg günde iki kez dozunda kullanımı

ile benzer etkiyi gösterir. Alkolle birlikte alındığında nöropati, nöbetler, başağrısı gibi disülfüram benzeri etki yapmaktadır<sup>21,47-51</sup>.

**İzotretinoin:** Şiddetli ve dirençli tüm rozase formlarında, özellikle de lupoid rozase, fimatöz rozase, rozase konglobata ve rozase fulminansta etkili bir tedavi seçeneğidir. Antibiyotikler ile karşılaştırıldığında etkisi daha geç görülmektedir. İzotretinoin; 0.2-1 mg/kg günlük dozda, genellikle 6 ay süreyle kullanılır. Düşük dozlarda daha iyi tolere edilebilir ve yan etkileri daha az görülür. Kullanmadan önce ilacın endikasyonları, kontrendikasyonları ve bütün riskleri göz önünde bulundurulmalıdır<sup>3,18,48</sup>.

#### 2.1.7.4. CERRAHİ TEDAVİLER

Eritem ve telenjektazinin yok edilmesinde elektrokoterin yanısıra günümüzde vasküler lazerler (Neodmiyum Yttrium Alüminyum Garnet [Nd: YAG] lazer, pulse-boya lazeri, Potasyum-Titanil-Fosfat [KTP] lazer) ve yoğun vurulu ışık kaynakları (IPL) etkin şekilde kullanılmaktadır. Bu yöntemlerle: dermal konnektif dokuda ve epidermal bariyerde yenilenme; fibroblast ve endotelial proliferasyonu; sitokin ve büyüme faktörlerini uyarılması; ısı şok proteinlerinin aktifleşmesi elde edilir<sup>3,18</sup>. Rinofimanın başlangıç dönemlerinde antibiyotik tedavisi ve izotretinoin tedavisine cevap görülmekte fakat ilerlemiş olgularda çoğunlukla cerrahi yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Cerrahide amaç hipertrofik sebace bezlerin ortadan kaldırılması ve nazal kontör bozukluklarının düzeltilmesi amaçlanmaktadır. Rinofimada dekortikasyon, elektrokoterizasyon ile karbondioksit, Nd:YAG, Erbiyum:YAG ve argon lazerleri gibi cerrahi yöntemler kullanılmaktadır<sup>3</sup>.

#### 2.1.7.5. DİĞER TEDAVİLER

**Meditasyon ve relaksasyon teknikleri:** özellikle ETR'de etkili olabileceği bildirilmiştir<sup>19</sup>.

**Brimodin:** Selektif  $\alpha$ -adrenerjik reseptör agonistidir. Topikal yolla uygulandığında vazokonstriksiyon ve anti-inflamatuvar etkinlik sağladığı gösterilmiş ümit vaat eden bir ajandır<sup>35</sup>.

### 2.1.8. SEYİR VE PROGNOZ

Dermatozun seyri kroniktir. Tekrarlayan periyodlar daha düşük veya daha yüksek aktivitede olabilir. Spontan remisyon nadiren görülür. Dermatoz tedavi edilmezse yıllarca sürer ve zamanla şiddeti artar<sup>1-3,21</sup>. Göz tutulumu yönünden hastalar oftalmolojik takip altında olmalıdır.

### 2.2. PSİKODERMATOLOJİ

Her ikisi de iletişim organı olan psişe (ruhsal aygıt) ve deri arasında karmaşık ve derin bir ilişki vardır. Bu ilişki Freud tarafından “*Ego-Skin*” kavramı ile açıklanmaya çalışılmıştır<sup>4,52</sup>. “*Ego-skin*” kavramına göre; ego; bedenden köken almaktadır; deri; erken gelişim döneminde dış dünya ile iletişim kuran organların başında gelmektedir; bedensel - kutanöz duyumlar, çevresinde zamanla egonun gelişeceği çekirdek yapıyı oluşturmaktadır; içsel duyuma sahiptir ve içgüdüsel davranır. Erişkin dönemde ego; deri ile olan ilişkisini sürdürmektedir. Egonun bu doğal entegre yapısında ayrışma olması çeşitli kutanöz semptomların ortaya çıkmasına neden olarak görülmektedir<sup>4,52</sup>.

Psikodermatoloji; psikiyatri ile dermatoloji arasındaki ilişki ve etkileşime dayanan ortak bir çalışma alanıdır. Bu iki bilim dalı arasındaki ilişki nöro-immün-kutanöz sistem olarak tanımlanan immün ve nöroendokrin sistem arasında, mediyatörler aracılığıyla gerçekleşen karmaşık etkileşime dayanmaktadır<sup>9,10</sup>.

Ortak ektodermal kökene sahip olan deri ve sinir sistemi; hormonlar, nörotransmitter ve reseptörler gibi pek çok ortak fonksiyon sistemine sahiptir. Utanma hissi yaşadığımızda yüzümüzün kızarması, korktuğumuzda benzimizin solması veya kaygılandığımızda terlememiz gibi yaşadığımız emosyonel olaylara gösterdiğimiz tepkiler, duygular ve cildimiz arasında kullanılan ortak yolun bir yansımasıdır<sup>5-8,10</sup>.

Deri hastalıkları ve psikopatoloji ilişkisinin iki yönü bulunmaktadır; hem psikopatolojik durumlar deri hastalıklarının gelişimini tetikleyebilmekte, hem de deri hastalıkları psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedir<sup>6,9,10</sup>.

Stres ve diğerk psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkması ya da belirtilerin alevlenmesine neden olabilmektedir. Dermatoloji hastalarında birçok psikiyatrik tanının görülebileceğı bilinmektedir. Dermatoloji hastalarında önemli stres etkenleri ve psikiyatrik belirtilerin görölme sıklığının %25-43 arasında olduğu ileri sürölmüştür<sup>6,13</sup>.

Psikodermatolojik hastalıklar genel olarak 3 kategoride sınıflanmıştır; birinci grup genel olarak psikiyatrik bozukluğun ön planda olduğu, önce dermatoloji kliniğine başvurmuş, kendi psikopatolojilerini reddeden hastalardan oluşur. Artefakt dermatiti, sanrisal parazitoz, nörotik ekskoriasyonlar, trikotillomani, deriyle ilgili hipokondriak uğraşlar bu grupta yer almaktadır<sup>5-7,53</sup>. İkinci grupta temelde deri hastalıkları vardır ancak bu hastalıklar psikosomatik etmenlerden çok etkilenmektedir. Hastalığın ortaya çıkışını fizyolojik olmasına rağmen psikolojik etmenler ve stres dermatolojik belirtileri alevlendirmekte, hastalığın psikososyal etkisi de stresin artmasına yol açmaktadır. Deri hastalıklarında ortaya çıkan şekil bozukluğu ruhsal etkilenmeyi oluşturan en önemli değışkendir. Üçüncü grup tedavisi en zor hasta grubudur. Hastalığın ortaya çıkışı çok etmenlidir. Bir yandan stres yaratan durumlar, diğerk yandan karmaşık fizyolojik ve psikolojik savunma mekanizmaları dikkati çeker. Dermatozların, duygusal durumla ilişkisi en az anlaşılan gruptur. Bu hastalarda bir yandan organik nedenleri araştırırken diğerk yandan psikolojik nedenlere de dikkat etmek gerekir.

Kutanöz hastalıkları ortaya çıkaran karmaşık mekanizmalarla ilgili çeşitli kuramlar öne sürölmektedir. Liken planus, atopik dermatit, rozase, psoriasis, kronik idiyopatik ürtiker ve alopesi areata gibi hastalıkların birçoğunda psiko-nöro-immünolojik faktörler rol oynamaktadır. P maddesi ve vazoaktif intestinal peptit gibi nöropeptitler, psoriasis ve atopik dermatit gibi bazı hastalıkların patofizyolojisinde rol almaktadır. Bu nöropeptitlerin nöroregölasyon yapıcı etkisi major depresyon gibi psikopatolojilerden ve psikolojik stresten etkilenmektedir<sup>5,9,53-55</sup>. *Arck ve ark.* bölgesel nöroendokrin- deri ekseninin beyin-deri ilişkisini sağladığına dair kanıtlar öne sürmüşlerdir. Kronik psikolojik stres, bu eksenin düzenlemesi ile inflamatuvar deri hastalıklarının tetiklenmesinde rol oynamaktadır<sup>11</sup>.



Strese verilen biyolojik yanıtlar kişiden kişiye farklılık göstermekte, stres sonucu vazoaaktif peptitler, lenfokinler ve kimyasal mediyatörler salınmakta ve immün sistemin etkilenmesi ile yangı gelişmektedir. Deneysel çalışmalarda endokrin, immün ve sinir sistemlerinin otonom çalışmadığı, aralarında değişken, karmaşık bir etkileşim olduğu gösterilmiştir. Stresin sadece hastalığı ortaya çıkarıcı bir etmen olmadığı atopik ekzema, psoriasis ve akne vulgaris gibi birçok kronik deri hastalığında belirtilerin alevlenmesine yol açtığı bilinmektedir<sup>5,53</sup>.

Dermatolojik hastalarla psikiyatrik komorbitide % 25-30 oranındadır. Psikolojik müdahaleler dermatolojik semptomları hafifletmekte yardımcı olabilmektedir. Gupta ve Gupta dermatoloji hastalarında anksiyete ve depresyonun varlığının değerlendirilmesinin önemini vurgulamışlardır<sup>6</sup>.

## **2.3. ALEKSİTİMİ**

### **2.3.1. TANIM VE TARİHÇE**

Aleksitimi; kelime anlamı olarak Yunanca'da "a" yok, "lexis" söz, "thymos" duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir terim olup "duygular için kelime yokluğu" şeklinde dilimize çevrilmiştir<sup>14,56</sup>. İlk olarak Sifneos 1973 yılında, aleksitimik karakter özelliklerinin psikosomatik hastalara özgü olmadığını ileri sürmüş ve tanımlamıştır<sup>9,14,56-58</sup>. Aleksitimi; duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme, ifade etmede güçlüğü olarak tanımlanmaktadır<sup>9,14,56-59</sup>.

Aleksitimi bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan yaşam kalitesini bozan bir sorundur. Aleksitimi kavramı ilk olarak psikosomatik hastalıklar alanında bir terim olarak kullanılırken, günümüzde genel popülasyonda %10 sıklıkta karşılaşılabildiği tespit edilen bir kişilik yapısı olarak kabul edilmektedir<sup>60</sup>. Aleksitimi için "kör-duyum" benzetmesi kullanılmakta ve görme engelliliğinin duygusal eşdeğeri olarak kabul edilmektedir. Aleksitimik bireyler, bilinçli duygusal deneyim yaşayamadıklarından bu kişilerde

artan bedensel duyum farkındalığı, otonomik yanıtların aşık olmasına neden olmaktadır<sup>61</sup>.

Duyguların başarılı bir şekilde düzenlenmesi psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlık durumu için vazgeçilmezdir<sup>62</sup>. Aleksitiminin sosyal beceriler ve duyguların fasiyal ekspresyonunda yetersizlikle seyrettiği bilinmektedir<sup>63</sup>. Aleksitiminin kökeninde sosyo-kültürel faktörlerin var olduğu da vurgulanmıştır<sup>9,14,56,57</sup>.

Aleksitiminin transdiagnostik bir eksiklik olduğu düşünölmekte, pek çok medikal ve psikiyatrik problem için majör risk faktörü olduğu kabul edilmektedir<sup>64</sup>. Aleksitimik defisit; istenmeyen uyarılmaya karşı ani yanıt olarak duygusal uyanım ve/veya fiziksel etkiye eşlik eden somatik algının üzerinde yoğunlaşma veya amplifikasyona neden olduğu düşünölmektedir. Bu durum; yüksek aleksitimik bireylerin somatizasyona aday oluşlarını ve aynı zamanda taşıdıkları gerilimi kompulsiv davranışlarla (Örneğin: sigara içmek, aşırı yeme, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi) düzenlemeye eğilimli olmalarına açıklık getirmektedir<sup>58</sup>. Aleksitimik bireylerde somatoform bozuklukların yanı sıra anksiyete, kronik ağrı, panik bozukluk, depresyon, nörotisizm, zarardan kaçınma kişiliği ve madde bağımlılığı prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir<sup>64-66</sup>. Yüksek aleksitimik bireyler psikoanaliz veya psikoanalitik psikoterapiye yanıtlarının düşük olduğundan McDougall tarafından “anti-analızan” olarak isimlendirilmektedir<sup>58</sup>.

Son yıllarda fonksiyonel magnetik rezonans görüntöleme (fMRI) ve Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi görüntöleme teknikleri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalarla çeşitli psikopatiler ile santral sinir sistemi fonksiyonları ve ilişkili oldukları nöroanatomik alanlar belirlenmeye çalışılmaktadır. Anterior singulat kortekste (ACC) serebral kan akımı artışı ile bilişsel uyarana karşı dikkat ve bilinçli farkındalık arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir. ACC'nin emosyonel uyarıların farkına varılması sırasında da işlem görmesi gerektiği varsayılarak yapılan fMRI çalışmasında, yüksek düzeyde aleksitimik bireylerde emosyonel uyarıların sırasında ACC'de serebral kan akımının artış göstermediği gösterilmiştir<sup>67-69</sup>. Bu sonuçlar aleksitimik bireylerin emosyonel uyarıların işlenmesi için gerekli olan ACC fonksiyonlarında bir bozukluk olduğu ve bu alandaki nöroanatomik değişikliklerin aleksitiminin yapısal temelini ortaya koyduğunu düşündürmüştür<sup>68,70</sup>. Bir diğer güncel

gelişme aleksitiminin genetik temeline yönelik çalışma olmuştur. Anksiyete ve ACC gri cevher volümünde azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiş olan BDNF Val66Met ve DRD2/ANKK1 Taq IA polimorfizminin yüksek aleksitimik kişilerde anlamlı düzeyde sık olduğu saptanmıştır<sup>66</sup>.

### 2.3.2. ALEKSİTİMİK BİREYİN ÖZELLİKLERİ

Aleksitimik bireyler yaşadıkları bir olay bir durum karşısında ne hissettikleri, ne tür duygular yaşadıkları sorulduğunda; olay ve durum anındaki duyguları bir kenara atıp, yaşanan olayı ve gösterdiği davranışları anlatır ve bu olaydaki duygulardan kendini soyutlarlar. Kendileri ile ilgili bir durum karşısında bu durumdaki soyut unsurlardan çok kendini somut unsurlarla ifade ederler. Örneğin iç dünyalarında yaşadıkları bir durum karşısında duygular ikinci plana atılıp terleme, boğaz kuruması ve baş dönmesi gibi unsurlardan bahsederler. Olayı somuta indirgerler. Hayal dünyaları sınırlıdır ve düşünceden ibarettir. Duygu ve düşünceleri arasında bağ kurmada sıkıntı yaşarlar. Bu bireyler genellikle zeki insanlardır; fakat zekalarını duygulardan kaçmak için kullanırlar. Duygularını tanıma ve anlamlandırmada sıkıntı yaşadıkları için kendi duygularından çok başkalarına güvenirlir ve o bireylerin istedikleri doğrultusunda davranış gösterirler. Aleksitimik bireylerde yaratıcılık gelişmemiştir, yaratıcı düşünceden yoksundurlar; çünkü yaratıcı düşüncenin gelişmesi için önemli bir unsur olan duygusal zeka seviyeleri sınırlı kalmıştır<sup>11,14,56,58</sup>.

Her ne kadar farklı kavram ve tanımlar yapılsa da aleksitimiye 4 alt özelliğine göre sınıflamak mümkündür. Bu özellikler; şu şekilde sıralanmaktadır<sup>14</sup> :

**1-Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme gücü:** Aleksitimik kişilerin en belirgin özellikleri duygularını fark edip ifade etme gücü çekmeleridir. Duygularını tanıyamazlar ve tanımlayamazlar. Duygularını basit ve yüzeysel ifadelerle tanımlarlar ve bedensel tepkiler biçiminde ortaya atarlar. Konuşmalarını sürekli bir biçimde tekrar ederler ve ayrıntılara inerler. Sürekli olarak bedensel sıkıntılardan söz ederler ve duygularını yüzlerine yansıtmazlar. Aleksitimik kişiler, çevrelerindeki insanlar tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tanımlanırlar. Oysa bu kişiler, günlük yaşamda iletişim kurabilen, düşünebilen, anlatabilen kişilerdir. Ancak duygu, düşünce ve bedensel duyuları arasındaki farkı

ayırt etmede, bağlantı kurmada ve bunları ifade etmede güçlük yaşamaktadırlar<sup>11,56-58,71,72</sup>.

**2- Hayal kurma, fantezi yaşamında kısıtlılık:** Aleksitimik özellik gösteren bireylerin hayal gücünde oldukça zayıftır. Nadiren hayal kursalar bile bunu bir zaman kaybı olarak görürler. Rüyalarını çok nadir hatırlarlar. Kısıtlıda olsa anlatabildikleri rüyalarının hayal unsurları ortadan kaldırılmış genel itibari ile somut kavramlardan oluşmaktadır. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içindedir ve hayallerini canlı, yoğun, duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler. Hayal dünyalarındaki kısıtlılık onların yaratıcı olmalarını da engellemiştir<sup>11,56-58,71,72</sup>.

**3-İşlemsel düşünme:** Aleksitimik bireyler duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yaşamalarına hayal ve fantezi yaşantılarındaki kısıtlığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilirler. Kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik bir yaşantıları vardır. Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etmenleri, engellemeleri, çatışmaları aranmaz sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler. Bu özelliklerinden dolayı aleksitimikler, genellikle çevreleriyle aşırı denebilecek ölçüde uyumlu ve ilişkilerini sorunsuz sürdüren kişiler olarak görünürler<sup>11,56-58,71-73</sup>.

**4- Dış merkezli-uyum sağlamaya yönelik kognitif yapı:** Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan dolayı çevreleriyle sorunsuz ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler. Bu durum onların dışa dönük bir yapı geliştirmiş olmalarından kaynaklanmaktadır. Aleksitimikler günlük yaşamda herhangi bir olayla karşılaştıklarında çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler<sup>9,11,58</sup>.

Ciddi ve kronik bir zorlanmayla ortaya çıkan yoksunlukların aleksitimik yapıya zemin hazırladığı, aleksitimik bireyin korku, öfke, üzüntü gibi duygularının ikna edici özelliklerinin kaybolmasına neden olduğu varsayılmaktadır. Davranışlarında duyguların rehberliğini kullanma kapasitesinin azalması, bireyin strese dayanma gücünü azaltmakta ve uyum kapasitesini sınırlandırmaktadır. Aleksitimi, duygusal

sıkıntı ya da acıya karşı bir savunma düzeneği olarak da ele alınmaktadır. Aleksitimik kişilerin normal kişilere göre fiziksel ve psikolojik belirtilerini yaşama, tanıma, anlama veya onlarla ilgilenme konusunda daha sorunlu olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle bu kişiler fiziksel semptomlarını tanımada zorluk çekmekte ve fiziksel semptomlarını daha yüksek düzeyde algılayabilmektedir. Ayrıca aleksitimiklerin duygularını tanıyamama ve söze dökmemesinin, duygusal açıdan sıkıntı içine düştüğü durumlarda, fiziksel belirtiler geliştirmesine yol açacağı belirtilmektedir. Yine bu kişilerde duyguların tanınmaması nedeniyle bedenlerinden gelen sinyalleri düzenleme yeteneklerinin bozulacağı ve bu nedenle de psikiyatri dışı tıp başvurularında artış olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak duygularını tanıma ve tanımlama zorluğu arttıkça, kişinin sosyal anksiyete ile başa çıkması zorlaşmakta ve sosyal desteklerden yararlanmaları azalmaktadır. Ancak aleksitimik kişilerin ülkemiz kültürüne paralel olarak genellikle çekirdek aile içerisinde yaşamlarını devam ettirdiği ve yalnız yaşama oranlarının çok düşük olduğu belirtilmektedir<sup>11,56-58,71,72</sup>.

### **2.3.3. ALEKSİTİMİ VE DERMATOLOJİ**

Aleksitiminin genel toplumdaki sıklığı %10-13 arasında değişmektedir<sup>56</sup>. İnflamatuvar barsak hastalıkları, miyokard infarktüsü, hipertansiyon, şiddetli astım, esansiyel hipertansiyon, migren, fibromiyalji gibi somatik hastalıklarda aleksitimi sıklığının yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır. Sistemik lupus eritematozus ve romatoid artritli hastalarda da immüno-endokrin parametreler ile aleksitimi arasında da korelasyon saptanmıştır. Ayrıca depresyon hastalarının daha aleksitimik yapılanma içinde oldukları ve içe dönük öfkelerinin yüksek, öfke kontrollerinin düşük olduğu saptanmıştır. Aleksitimik kişilerde stresin daha fazla içselleştirilmesinden dolayı nöropeptitlerle ilişkili immün cevapların değişebileceği rapor edilmiştir<sup>11,56,58,73-74</sup>.

Dermatolojik hastalıklarla aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Psoriasis; aleksitimi varlığının en çok araştırıldığı deri hastalığıdır<sup>11,75</sup>. Alopesi areata, vitiligo, akne vulgaris, psoriasis, atopik dermatit, kronik ürtiker, prurigo nodularis ve nörotik ekskoriasyonlu hastaların aleksitimi ile ilişkisi araştırılmıştır. Kaşıntılı dermatozlardaki aleksitimi düzeylerinin araştırıldığı

bir çalışmada atopik dermatit, egzama, prurigo nodularis ve akne ekskoriye hastaları içerisinde en yüksek aleksitimi düzeyi atopik dermatit hastalarında saptanmıştır<sup>11,56-58,71-75</sup>.

## 2.4. ROZASE VE PSİKİYATRİ

Rozase; hastaların yüz bölgesinde tutulum göstermesi nedeniyle hastaların büyük kısmında psikososyal ve mesleki iletişimde güçlük oluşturmakta ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. *Tebble ve ark.* insan psikolojisini üzerinde rozase gibi yüzün merkezini etkileyen hastalıkların yüzün periferini etkileyen hastalıklardan daha fazla etkili olduğunu göstermiştir<sup>76</sup>. Emosyonel stres, öfkeli ve olgunlaşmamış kişilik yapısı ile sosyal anksiyete gibi psikolojik faktörlerin rozasenin hem ortaya çıkmasında, hem de alevlenmesinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir<sup>76</sup>. Bununla birlikte bu konuyu araştıran kontrollü çalışmalar sınırlıdır.

Sosyal ve profesyonel etkileşimleri olumsuz etkilenmiş olan rozaseli hastalar özgüven ve özsaygı eksikliğiyle kendilerini güvenilmez ve sevimsiz hissetmekte ve sosyal ilişkilerini en aza indirmeye çalışmaktadır. Şiddetli olgularda anksiyete ve depresyon görülebilmektedir<sup>13</sup>. *Balkrishnan ve ark.* yüzde meydana gelen sorunların kadınlarda yaşam kalitesini düşürdüğü ve benlik saygısını azalttığını göstermişlerdir<sup>77</sup>.

Amerikan Ulusal Rozase Topluluğu (NRSEC) tarafından yapılmış olan bir araştırmada hastaların %70'inde hastalık nedeniyle benlik saygısı ve özgüvende azalma olduğu; %70'inde estetik kaygı nedeni ile profesyonel ilişkilerin bozulduğu ve hastaların üçte birinin bu nedenle işini kaybetme öyküsü bulunduğu saptanmıştır<sup>51</sup>.

Rozasede; olası psikolojik stres, görünümünden rahatsız olma, fiziksel ve günlük yaşamdaki etkilenim hastalık şiddeti ölçüm parametrelerine yansımamaktadır. Rozasenin iyilik hali üzerine etkilerini ortaya konabilmesi amacıyla rozaseli hastalar üzerinde öncelikle en çok çalışılan konu “yaşam kalite indeksi” ölçümleri olmuştur. *Menezes ve ark.*ın, rozase hastaları (n=22) üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, hastaların %86.4'ünde yaşam kalitesinde rozaseye bağlı düşme saptamışlardır. Hastalara üç seans pulse boya lazer lazer tedavisi uygulandıktan sonra “Dermatolojik

Yaşam Kalite İndeksi” (DYKİ) anketini tekrarladıklarında tedavi sonrası DYKİ skorlarında anlamlı düzelme izlemişlerdir<sup>78</sup>. *Boehncke ve ark.* ise çalışmalarında kozmetiklerin yaşam kalitesine olumlu etkilerini olabileceğini saptamışlardır<sup>79</sup>.

Rozasenin, hastaların sosyal ve profesyonel etkileşimlerini olumsuz etkilediği iyi bilinmektedir. Özgüven ve özsaygı eksikliği ile hastaların kendilerini güvenilmez ve sevimsiz hissetmeleri nedeniyle rozase hastalarının sosyal temaslarını en aza indirmeye çalıştıkları belirlenmiştir<sup>12,76,80</sup>.

NRSEC tarafından yönetilen bir anket çalışmasında hastaların %76 öz sayıda azalma, % 41’inde iletişimden kaçınma, %56’sında mutlulukta azalma, %69’unda hayal kırıklığı hissetme sonuçları elde edilmiştir. Bir diğer çalışma sonucunda rozaseli hastaların %75’inde özsaygıda ve kendine güvende belirgin azalma ile %70’inde utanma duygusu yaşadıkları gösterilmiştir<sup>81</sup>.

Rozasenin; yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkisini araştıran çalışmalar bulunmasına rağmen pek çok fiziksel ve psikososyal bozukluk için risk faktörü olarak kabul edilen aleksitimik yapı ile olan ilişkisi bugüne kadar araştırılmamış bir alandır. Bu nedenle bu çalışmada rozasede hastalarında aleksitimik yapının ortaya konulması ve rozase ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

### 3. HASTALAR, GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. ÇALIŞMA GRUBU

Bu araştırma, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi (KÜTF) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KA EK) tarafından etik kurul onayı (KÜTF-KA EK No: 2014/03-03) verilmesini takiben, Ocak 2014 - Mayıs 2014 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışma grubunu; 50'şer erişkin bireyden oluşan, hasta ve kontrol grubunun oluşturması planlanmıştır. Çalışmaya; KÜTF, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğe başvurarak NRSEC kriterlerine<sup>15</sup> göre rozase klinik tanısı konulmuş olan hastalar ve kontrol grubu olarak rozaseli hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, sağlıklı gönüllü bireyler davet edilmiştir. Hasta ve kontrol grubu olgularında; çalışma hakkında bilgi verildikten ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formuna (**Ek-1**) imzaları alınarak onam verdikten sonra çalışmaya dahil edilmeleri koşulu aranmıştır. Çalışma gruplarına dahil edilme ve çalışma dışı bırakılma ölçütleri aşağıda sıralanmaktadır.

▪ Hasta grubuna dahil edilme ölçütleri:

- (i) Rozase tanısının konulmuş olması
- (ii) Hastanın okur-yazar olması
- (iii) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak yazılı onam vermiş olması

▪ Kontrol grubuna dahil edilme ölçütleri:

- (i) Rozase tanısının bulunmaması
- (ii) Hasta grubuyla yaş ve cinsiyet uyumu sergiliyor olması
- (iii) Gönüllünün okur-yazar olması
- (iv) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak yazılı onam vermiş olması
- (v) Bilinen sistemik, dermatolojik ve psikiyatrik tanısının bulunmaması



▪ Çalışma dışı bırakılma ölçütleri:

- (i) Çalışmaya katılmaya rıza göstermemiş olması
- (ii) Okur yazar olmaması
- (iii) Deri tutulumu olmaksızın sadece oküler tutulumu olan rozase olgusu olması

Hasta grubunu; yaşları 18-60 yıl arasında değişen 37'si kadın, 13'ü erkek olmak üzere toplam 50 gönüllü, erişkin, rozaseli olgu oluşturmuştur. Hastaların anamnezinden; yaş, cinsiyet, yakınmaları, hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın ilk bulgusu, tetikleyici faktörler öyküsü ile özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri belirlenerek, medeni durum, meslek ve iletişim bilgileri ile birlikte "Rozaseli Hasta Takip Formu"na (klinik formu) (Ek-2) kaydedilmiştir. Kontrol grubu olarak: yaş ve cinsiyet uyumu gösteren; bilinen kronik sistemik, psikiyatrik ve dermatolojik hastalık tanısı olmayan; yaşları 19-59 yıl arasında değişen; 37'si kadın, 13'ü erkek olmak üzere toplam 50 erişkin gönüllü olgu çalışmaya katılmıştır. Hastalar ve sağlıklı gönüllülerce imzalanarak onaylanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formlarının bir örneği olgulara verilmiş diğer örnekler çalışma dosyasında saklanmıştır.

### **3.2. YÖNTEM VE DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

KÜTF Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğine başvuran çalışmaya katılmaya gönüllü 50 rozaseli hasta dermatolojik incelemeyi de içerecek şekilde fizik muayeneleri yapılarak, NRSEC tarafından 2004'te belirlenen rozase klinik tanı kriterlerine<sup>16</sup> göre primer ve sekonder rozase bulguları belirlenerek, rozase tipi saptanarak "Rozaseli Hasta Takip Formu"na (Ek-2) kaydedilmiştir. Her hasta için total rozase skoru hesaplanmak üzere *Weissenbacher ve ark.* tarafından tanımlanan 0.5 puan dilimli (0-3 arası) 3'lü skorlama sistemi kullanılmıştır<sup>82</sup>. Tüm hastalarda oküler tutulumun değerlendirilmesi için KÜTF Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan konsültasyon istendi, oftalmolojik değerlendirme sonucu Rozaseli Hasta Takip

Formu'na işlendi. Tüm çalışma grubuna “Sosyodemografik veri formu” (Ek-3), “Toronto Aleksitimi Ölçeği” (Ek-4), “Genel sağlık anketi” (Ek-5) ve “Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği” (Ek-6), uygulandı. Anket formu seçiminde Türkçe güvenlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olmasına özen gösterildi. Hasta ve kontrol grubu olgularına uygulanan anket formlarının özellikleri ve değerlendirilme yöntemi aşağıda özetlenmiştir.

### **3.2.1. Çalışmada Kullanılan Anketlere ait özellikler:**

#### **3.2.1.1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)**

Tarafımızca hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim düzeyi, özgeçmiş ve soygeçmişin sorgulandığı bir anket formu kullanılmıştır. SDVF Ek-3'te yer almaktadır.

#### **3.2.1.2. Genel Sağlık Anketi (GSA)**

Hasta tarafından doldurulan ve özellikle birinci basamakta ruhsal rahatsızlığı ayırt etmek üzere kullanılan, Goldberg tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bugüne kadar birçok farklı dil ve kültüre uyarlanmıştır. Altmış soruluk orijinal GSA formu daha sonra 30, 28 ve 12 soruluk kısa formlar şeklinde geliştirilmiştir. Bu kısa formlar da aynı şekilde güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan GSA, 12 soru içermektedir.

Olguların anketteki her bir soru kendilerine en uygun olan cevabı işaretlemeleri istenmiştir. Ankette her soru için 4 cevap seçeneği bulunmaktadır. Bu seçenekler: “hiçbir zaman” -“her zamanki kadar”- “her zamankinden sık”- “çok sık”tır. Yanıtlar Likert ölçeği şeklinde (0-1-2-3) veya GSA el kitabında önerildiği şekilde (0-0-1-1) şeklinde puanlanmaktadır. Diğer değerlendirme yöntemi ise Goldberg tarafından GSA için geliştirilen 0 ve 1'lerin 0, 2 ve 3'lerin 1 şeklinde puanlanmasıdır. Sunulan bu çalışmada Goldberg'in geliştirdiği puanlama yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin kesme puanları 2/3 olarak kabul edilir (2 ve 2'nin altındaki skorlarda psikopatoloji düşündürmez). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Kılıç tarafından yapılmıştır<sup>83-85</sup>. GSA örneği Ek-5'de yer almaktadır.

### 3.2.1.3.Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanınamaması olarak tanımlanan aleksitimiye değerlendiren bir ölçektir. Yirmi maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. TAÖ'nin: duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2) ve dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Toplamda 20 sorudan oluşan ölçekte (TAÖ-20) her madde 1-5 arasında değişen değerlerde skorlanmakta ve sonuçta tüm puanlar toplanmaktadır. Bireyden, her madde için “Hiç bir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Sık sık” ve “Her zaman” seçeneklerinden en uygun olan birini işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. TAÖ-20 skorları 20-100 arasında değişmekte, 61 ve üzeri değerler aleksitimik, 51-61 arası sınırdaki aleksitimik, 51'in altındaki değerler ise normal olarak kabul edilmektedir<sup>86</sup>. *Bagby ve ark.* tarafınca geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması *Güleç ve arkadaşları* tarafından yapılmıştır<sup>87-92</sup>. TAÖ-20 Ek 4'de yer almaktadır.

### 3.2.1.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bedensel hastalığı olan ve ayaktan sağlık hizmeti almak için sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte toplam 14 soru bulunmakta, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipindeki bu ölçeğin kesme puanları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri puanlar 0-21 arasındadır. Ölçek 1997 yılında *Aydemir ve ark.* tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır<sup>93,94</sup>. HAD örneği Ek 6'de yer almaktadır.

### 3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi “Statistical Packages for the Social Sciences” (SPSS) versiyon 15.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) programında gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmelerde; ikili grup karşılaştırmalarında sürekli değişkenler için Student-t testi, Mann-Whitney U testi, Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Tanımlayıcı değerler olarak sayı, yüzdelik ve ortalama±standart sapma ( $ort \pm SS$ ) değerleri verilmiştir. Anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışma grubuna 50 rozaseli hasta ve 50 kontrol olgusu dahil edilmiş ve olguların tamamı çalışmayı tamamlamıştır. Hasta grubunun yaşları 18-60 yaş arasında olup, grup ortalaması 45.26±11.40 yıl olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunun yaşları 19-59 yaş arasında olup, grup ortalaması 45.18±11.11 yıl olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Student t-testi, p=0.972).

Çalışmada, hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda; olguların %74'ü (n=37) kadın, %26'sı (n=13) erkekti. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Student t testi, p=1.000). Hasta ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet özelliklerine **Tablo 3**'de, eğitim durumlarına **Tablo4**'te yer verilmiştir.

**Tablo 3.**Hasta ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet özellikleri

		<b>Rozase (n=50)</b>	<b>Kontrol (n=50)</b>	<b>p değeri*</b>
<b>Yaş (yıl)</b> <b>(ort±SS)</b>		45.26±11.40	45.18±11.11	0.972
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	37 (%74)	37 (%74)	1.000
<b>n (%)</b>	Erkek	13 (%26)	13 (%26)	1.000

\* Student t test

**Tablo 4.** Rozase ve kontrol grubunda eğitim durumları

<b>Eğitim durumları</b>	<b>Rozase (n=50)</b> <b>n (%)</b>	<b>Kontrol (n=50)</b> <b>n (%)</b>
İlköğrenim	18 (%36)	4 (%8)
Orta öğrenim	10 (%20)	10 (%20)
Lise	16 (%32)	11 (%22)
Yüksek Öğrenim	6(%12)	25 (%50)

Rozaseli hastalarda, hastalık süresi 1-35 yıl arasında değişmekteydi, hastalık süresi ortalaması  $9.74 \pm 8.79$  yıl olarak hesaplandı. Hastalık sürelerine ait ortanca değeri 10 yıl idi. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması  $35.50 \pm 14.11$  yıl idi. Hastaların %72'sinde Fitzpatrick deri tipi III, %28'inde deri tipi IV olduğu belirlendi. Hasta grubunda: olguların 42'sinde (%84) ilk semptom geçici eritem; 1 olguda (%2) kalıcı eritem; 6 olguda (%12) papül/püstül, 1 olguda (%2) fimatöz değişiklik olduğu saptandı. Rozase hastalarından alınan anamnezde, olguların 48'inde (%96) hem güneş ışığı hem de sıcak ortam, 30'unda (%60) egzersiz, 33'ünde (%66) stres, 14'ünde (%28) sabun ve benzeri temizleyici ürünler ve 17'sinde (%34) besinlerin tetikleyici faktör olduğu öğrenildi. Olguların 9'unda (%18) hipertansiyon öykümevcuttu. Soygeçmiş bilgilerinden olguların 9'unda (%18) aile bireylerinde rozase öyküsü olduğu öğrenildi.

Dermatolojik incelemede; olguların 9'unda (%18) hafif, 36'sında (%72) orta, 5'inde (%10) şiddetli eritematotelenjiektatik tip rozase olduğu belirlendi. Olguların 14'ünde (%28) hafif, 11'inde (%22) orta, 2'sinde (%4) şiddetli, papülopüstüler rozase olduğu saptandı. Hastaların 3'ünde (%6) hafif, 3'ünde (%6) orta derecede fimatöz tip rozase mevcuttu. Oftalmolojik değerlendirme sonucu rozaseli olguların 17'sinde (%34) hafif oküler tutulum ve 2 olguda (%4) orta derecede oküler tutulum olduğu belirlendi. Hasta grubunda rozase şiddet skoru 1-8 arasında değişmekte olup ortalaması  $3.47 \pm 1.55$  ve ortanca değeri 3 olarak hesaplandı. Hasta grubunun anamnestik, fenotipik ve klinik özellikleri **Tablo 5**'de ve hasta grubunda rozase ile ilgili klinik özellikler **Tablo 6**'da özetlenmiştir.

**Tablo 5.** Rozase hastalarının anamnestik, fenotipik ve klinik özellikleri

<b>Hasta özellikleri</b>	<b>ort+SS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Başlangıç yaşı	35.50±14.11	50	%100
Hastalık süresi	9.74±8.79yıl	50	%100
<b>Deri tipi</b>			
Deri tipi III	-	36	%72
Deri tipi IV	-	14	%28
<b>İlk semptom</b>			
Geçici eritem	-	42	%84
Kalıcı eritem	-	1	%2
Papül püstül	-	6	%12
Fimatöz değişiklik	-	1	%2
<b>Tetikleyici faktör öyküsü</b>			
Güneş ışığı	-	48	%96
Sıcak	-	48	%96
Egzersiz	-	3	%6
Stres	-	33	%66
Sabun	-	14	%28
Yiyecekler	-	17	%34
Aile öyküsü	-	9	%18
Hipertansiyon	-	9	%18
Rozase şiddet skoru	3.47±1.55	50	%100

**Tablo 6.**Hasta grubunda rozase hastalığı ile ilgili klinik özellikler

<b>Primer bulgular</b>	<b>Yok n(%)</b>	<b>Hafif n(%)</b>	<b>Orta n(%)</b>	<b>Şiddetli n(%)</b>
Geçici eritem	1(%2)	11(%22)	36(%72)	2(%4)
Kalıcı eritem	0(%0)	10(%20)	35(%70)	5(%10)
Telenjektazi	6(%12)	21(%42)	22(%44)	1(%2)
Papül/püstül	24(%48)	12(%24)	12(%24)	2(%4)
<b>Sekonder bulgular</b>				
Yanma/batma	31(%62)	13(%26)	6(%12)	0(%0,0)
Plak	48(%96)	2(%4)	0(%0,0)	0(%0,0)
Kuru görünüm	27(%54)	13(%26)	10(%20)	0(%0,0)
Ödem	48(%96)	0(%0,0)	2(%4)	0(%0,0)
Oküler bulgular	34(%68)	16(%32)	0(%0,0)	0(%0,0)
<b>Rozase tipi</b>				
Eritematotelenjektatik tip	0(%0,0)	9(%18)	36(%72)	5(%10)
Papülopüstüler tip	23(%46)	14(%28)	11(%22)	2(%4)
Fimatöz tip	44(%88)	3(%6)	3(%6)	0(%0,0)
Oküler tip	31(%62)	17(%34)	2(%4)	0(%0,0)

GSA skoru; 2 ve altında değerde olan 37 rozase olgusu saptanırken, 49 kontrol olgusu mevcuttu. GSA puan ortalaması hastalarda  $2.24\pm 2.94$ , kontrol grubunda ise  $0.52\pm 0.88$  (ortanca: 0) idi. GSA toplam puan ortalaması hastalarda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ve iki grup arasında GSA puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi,  $p=0.000$ ).

HAD-A skoru; 11 ve üzerinde olan 13 hasta bulunurken, kontrol grubunda kesme değerini aşan skor saptanmadı. HAD-D skoru 8 ve üzerinde olan 14 hasta varken kontrol grubunda 1 olgu vardı. HAD-A toplam puan ortalaması hastalarda  $7.38\pm 4.81$  (ortanca: 7), kontrol grubunda  $3.98\pm 2.21$  (ortanca: 4) idi. HAD-A toplam puan ortalaması hastalarda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ve iki grup arasında HAD-A puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi,  $p=0.000$ ). HAD-D toplam puan ortalaması hastalarda



5.22±4.35 (ortanca: 4), kontrol grubunda 2.18±1.96 (ortanca: 2) olarak bulunmuştur. HAD-D toplam puan ortalaması hastalarda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ve iki grup arasında HAD-D puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi, p=0.000). Hasta grubu ve kontrol grubuna ait GSA, HAD-A, HAD-D skorları **Tablo 7**'de yer almaktadır.

**Tablo 7.** Hasta ve kontrol grubunda Genel Sağlık Anketi (GSA), Hastane Anksiyete Ölçeği (HAD-A), Hastane Depresyon Ölçeği (HAD-D) skorları

	<b>Rozase (n=50)</b>	<b>Kontrol (n=50)</b>	<b>p değeri*</b>
	<b>ort±SS</b>	<b>ort±SS</b>	
<b>GSA</b>	2.24±2.94	0.52±0.88	0,002
<b>HAD-A</b>	7.38±4.81	3.98±2.21	0,000
<b>HAD-D</b>	5.22±4.35	2.18±1.96	0,006

\* Mann-Whitney U Testi

HAD-A ve HAD-D skorları sırasıyla kesme noktaları olan 11 ve 8'e göre değerlendirilerek anksiyete ve depresyona sahip olan olgular belirlendi. Gruplar arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete depresyon görülme oranları ve gruplar arası istatistiksel değerlendirme sonuçları **Tablo 8**'de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Hastane anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) anketi sonuçlarına göre hasta ve kontrol gruplarında anksiyete depresyon görülme oranları

	<b>Rozase (n=50)</b>	<b>Kontrol (n=50)</b>	<b>p değeri*</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Anksiyete (HAD-A ≥11)</b>	13(%26)	0(%0)	0.001
<b>Depresyon (HAD-D ≥8)</b>	14(%28)	1(%2)	0.000

\*Mann-Whitney U Testi

TAÖ-1 toplam puan ortalaması rozaseli hastalarda  $16.30 \pm 5.17$  (ortanca: 15.5), kontrol grubunda  $11.16 \pm 3.72$  (ortanca: 10) olarak hesaplanmıştır. TAÖ-1 toplam puan ortalaması hastalarda kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır. İki grup arasında TAÖ-1 puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi,  $p=0.000$ ).

TAÖ-2 toplam puan ortalaması hastalarda  $12.96 \pm 3.61$  (ortanca: 13), kontrol grubunda  $11.00 \pm 2.37$  (ortanca: 11) bulunmuştur. TAÖ-2 toplam puan ortalaması hastalarda kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır. İki grup arasında TAÖ-2 puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi,  $p=0.006$ ).

TAÖ-3 toplam puan ortalaması hastalarda  $21.90 \pm 3.88$  (ortanca: 23), kontrol grubunda  $21.42 \pm 2.83$  (ortanca: 21) bulunmuştur. İki grup arasında TAÖ-3 puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Mann-Whitney U Testi,  $p=0.119$ ).

TAÖ-toplam puan ortalaması hastalarda  $51.18 \pm 9.67$  (ortanca: 52), kontrol grubunda ise  $43.82 \pm 6.77$  (ortanca: 42) bulunmuştur. İki grup arasında TAÖ toplam puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi,  $p=0.000$ ). Rozase ve kontrol grubuna ait tüm TAÖ skorları (TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3, TAÖ-toplam) **Tablo 9'** te yer almaktadır.

**Tablo 9.** Rozase ve kontrol grubunda Toronto Aleksitimi Ölçekleri (TAÖ) skorları

	Rozase (n=50) ort±SS	Kontrol (n=50) ort±SS	p değeri*
<b>TAÖ-1</b>	$16.30 \pm 5.17$	$11.16 \pm 3.72$	0,000
<b>TAÖ-2</b>	$12.96 \pm 3.61$	$11.00 \pm 2.37$	0,006
<b>TAÖ-3</b>	$21.90 \pm 3.88$	$21.42 \pm 2.83$	0,110
<b>TAÖ-Toplam</b>	$51.18 \pm 9.67$	$43.82 \pm 6.77$	0,000

\*Mann-Whitney U Testi

Hasta ve kontrol gruplarının aleksitimi skorları 0-50, 51-60, 61-100 değerlerine göre derecelendirilerek gruplar kendi içinde; aleksitimi bulunmayan, sınırda ve yüksek aleksitimik alt grupları olarak sınıflandırıldı. Hastaların 22'sinde (%44) aleksitimi

yokken, 21'inde (%42) sınırdaki aleksitimik, 7'sinde (%14) yüksek aleksitimik olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise 39 kişide (%78) aleksitimi yokken, 11 kişide (%22) sınırdaki aleksitimi olduğu belirlenmiştir. Rozase ve kontrol grubunda derecelendirilmiş Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) skorları açısından her üç alt grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. **Tablo 10**'da rozase ve kontrol grubunda derecelendirilmiş TAÖ skorları karşılaştırması; **Tablo 11**'de derecelendirilmiş TAÖ skorlarına göre oluşturulan alt gruplarındaki rozase alt tipi dağılımı ve rozase şiddet skorları ortalama değerleri gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Rozase ve kontrol grubunda derecelendirilmiş Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) skorları

Derecelendirilmiş Aleksitimi Değeri	Rozase (n=50) n (%)	Kontrol (n=50) n (%)	r değeri*
Yok (TAÖ skoru: 0-50)	22(%44)	39(%78)	0.001
Sınırdaki aleksitimik (TAÖ skoru: 51-60)	21(%42)	11(%22)	0.000
Yüksek aleksitimik (TAÖ skoru: 61-100)	7(%14)	0(%0)	0.001

\*Pearson korelasyon analizi

**Tablo 11.** Derecelendirilmiş Toronto Aleksitimi Ölçeği skorlarına göre oluşturulan alt gruplarındaki rozase alt tipi dağılımı ve rozase şiddet skorları ortalama değerleri

Rozase tipleri	Aleksitimi yok n (%)	Sınırdaki aleksitimik n (%)	Yüksek aleksitimik n (%)
Eritemetotelenjiektatik tip	21 (%42)	21 (%42)	8 (%16)
Papülopüstüler tip	9 (%18)	13 (%42)	4 (%8)
Fimatöz tip	2 (%4)	2 (%4)	2 (%4)
Oküler tip	4 (%8)	9 (%18)	3 (%6)
Rozase şiddet skoru	3.81	3.23	3.78

Rozase şiddet skoru, hastanın yaşı, başlangıç yaşı, hastalık süresi ve cinsiyet ile HAD, TAÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Pearson korelasyon testi,  $p>0,05$ ). Rozaseli hastalarda HAD, TAÖ-20 skorları ile yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, hastalık süresi ve rozase şiddet skoru ilişkisi ortaya koyan korelasyon katsayıları **Tablo12**'de yer almaktadır.

**Tablo 12.** Rozaseli hastalarda Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D), Toronto Aleksitimi Ölçeği skorları ile yaş, cinsiyet başlangıç yaşı, hastalık süresi ve rozase şiddet skoru arasındaki ilişki

	Yaş	Cinsiyet	Başlangıç yaşı	Hastalık süresi	Rozase şiddet skoru
HAD-A	0,17	0,68	0,51	0,26	0,30
HAD-D	0,49	0,95	0,76	0,30	0,18
TAÖ-20	0,39	0,40	0,89	0,15	0,18

\*Spearman korelasyon analizi

## 5. TARTIŞMA

Rozase; primer olarak yüzün santral bölgesinde yerleşimli deri lezyonları ve eşlik edebilen göz tutulumu ile heterojen klinik bulgular sergileyen, kronik inflamatuvar bir hastalıktır<sup>1-3</sup>. Otuzlu yaşlarda bir kez ortaya çıktığında, ömür boyu süren rozase; açık ten rengi gibi değiştirilemez fenotipik özelliklerin hazırlayıcı faktör olması ve sayısız tetikleyici faktörün etkisi altında tahmin edilemez şekilde alevlenmeler göstermesi nedeniyle hastalar tarafından güçlükle başa çıkılabilen bir hastalık özelliği taşımaktadır<sup>13</sup>.

Yüzün santral bölgesi, bireyin kendisini dış dünyaya karşı tanıttığı, insan iletişiminde en önemli alan olarak kabul edilmektedir<sup>13</sup>. Rozasenin; yüzü etkilemesi; bu kronik ilerleyici hastalığın; kendisi tarafından göz ardı edilememesi ile çevresinden saklanamamasına bağlı sürekli incelenmesi veya sorgulanmasına yol açmakta ve sonuçta hastada psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır<sup>13</sup>. Sıklıkla kadın hastaları etkileyen rozase sürecinin; cinsellik, annelik, kariyer, menapoz ve boş yuva dönemi gibi kadın hayatında en kolay ruhsal hasarlanma gelişen döneme rastlaması hastalığın üstesinden gelme konusunda hastaları zorlamaktadır<sup>13</sup>. Rozasenin psikolojik temellerinin bilinmesi hekim-hasta ilişkisinde yer alması gereken empatik ve proaktif yaklaşıma önemli katkı sağlayacaktır.

Emosyonel stres, kişilik yapısı ile sosyal anksiyete gibi psikolojik faktörlerin rozasenin hem başlangıcında, hem de alevlenmesinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir<sup>95</sup>. Bununla birlikte bu konu ile ilgili çalışmalar sınırlıdır<sup>80,81,95-103</sup>.

Puchalski'nin alopesi areata, rozase ve liken planus tanılarını kapsayan 90 hastalık çalışmasında; rozaseli hasta grubunda en yüksek oranda (%76.6) nörotik bozukluk saptandığı, anksiyete, kendisine yönelik agresyon ve eleştiri ile istek ve yeteneklerinde çelişkili duyguların rozaseli grupta daha sık olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda yazarlar, rozaseli hastalarının %91'inde deri lezyonlarının ortaya çıkması ile stres arasında bir bağlantı olduğunu ileri sürmüşlerdir<sup>96</sup>.

Bireyin bir veya daha fazla, sosyal aktivite veya performansı sırasında, alışık olmadığı kişiler veya çevresi tarafından bir inceleme ile karşılaşacağına dair sürekli veya şiddetli korku taşınması hali olarak tanımlanan sosyal anksiyete bozukluğunda bireyler kendilerini komik durumda bırakacak veya küçük düşürecek anksiyete semptomları veya davranış sergileyecekleri konusunda kaygılıdırlar<sup>97</sup>. Sosyal anksiyete bozukluğu; hayatın herhangi bir döneminde kozmetik şekil bozukluğuna neden olan deri hastalıklarında sık olarak bildirilmiştir ve hastalık gerilese de devam etmektedir. Rozase hastalarının bir kısmı, utandırıcı bir durum ile karşılaştıklarında; tıpkı hiperhidrozisli hastalarda terlemenin gerçekleşmesi gibi normal şartlardakinden daha şiddetli bir flaşing atağı yaşarlar<sup>97</sup>. Bu süreçte korkulan sosyal durum hemen daima anksiyeteyi doğurur ve derinin abartılmış otonomik reaktivitesinin bir sonucu olarak düşünülmektedir<sup>97</sup>. Sonuç olarak, bu nedenlerle rozase hastaları sosyal anksiyete bozukluğu geliştirmeye aday olarak kabul edilmektedir<sup>97</sup>. Klaber ve Wittkower 50 rozase hastasının 35'inde çocuklukta başlayan ve yetişkinlik döneminde devam eden sosyal anksiyete olduğunu tespit etmişlerdir. Olguların 60'ında rozase semptomları başlamadan önce uzun süreli emosyonel stres veya akut emosyonel travmaya maruziyet olduğunu bildirilmiştir. Rozase hastalarında emosyonel stres ve heyecanlanma durumlarında rozasenin şiddetlendiğini rapor etmişlerdir<sup>80</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1995-2002 yıllarına ait ulusal ayaktan tedavi kayıtlarını esas alan bir arşiv çalışmasında: 608.744.725 dermatoloji muayenesi arasından 13.978.704'ü (%2.3'si) rozaseyle ilgili bulunmuş; rozase bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, alkol kullanımı ve depresyon ise bağımsız değişken alınarak lojistik regresyon analizi yapılmış ve rozaseli grupta depresif hastalık için odds oranı 4.81 (%95 güvenlik aralığı 1.39-16.62) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı ko-morbidite şeklinde yorumlanmıştır. Tüm psikiyatri vizitleri içerisinde depresyon tanısı alanların oranı %29.9 olarak bildirilmiştir. Rozaseli hastalardan %1.04'ünün (145.107 olgunun) aynı zamanda eşlik eden psikiyatrik tanıya sahip olduğu ve bu olgulardan da 94.521'inin (tüm rozaselilerin %0.68'i, psikiyatrik tanılı rozaselilerin ise %65.1'i) depresyon tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu oran psikiyatrik

muayeneler arasında %29.9 olarak saptanan depresyon sıklığıyla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir<sup>81</sup>.

*Böhm ve ark.*'nin 2013 yılında yayınladıkları bir diğer çalışmada 168 rozase hastasına uygulanan HAD ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi anketine ait skorların tamamında kontrollere göre anlamlı düzeyde yükseklik bulunmuştur<sup>98</sup>.

*Spoendlin ve ark.* ise 1995-2009 yılları arasındaki arşiv verileri üzerinden yürüttüğü (n=53.927) vaka-kontrol çalışmasında depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları ile rozase arasında ilişki bulmadıklarını bildirmişlerdir<sup>99</sup>.

Bununla birlikte 2011 yılında *Scharschmidt ve ark.* tarafından 14 tedaviye dirençli rozase hastasında, yüksek sıklıkta nörolojik - nöropsikiyatrik durum birlikteliği edilmiş ve bu gruptaki hastalar için “nörojenik rozase” teriminin kullanılması önerilmiştir<sup>100</sup>. Bu çalışmada, %43 sıklıkta nörolojik, %50 sıklıkta nöropsikiyatrik durumların saptandığı bildirilmiş; depresyon sıklığı %36 (5/14) olarak en yüksek birliktelik olup, ilgili tanılar: depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk, migren, nörojenik kaşıntı, bulumia, kompleks, bölgesel ağrı sendromu ve esansiyel tremor olarak rapor edilmiştir<sup>100</sup>.

Bizim çalışmamızda GSA skoru; 2 ve altında değerde olan 37 rozase olgusu saptanırken, 49 kontrol olgusu mevcuttu. Çalışmamızda GSA skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre belirgin yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bu durum rozaseli hastalarda çeşitli psikopatolojilerin sık görüldüğünü bildiren çalışma sonuçları ile uyumludur<sup>13</sup>. Çalışmamızda anksiyete ve depresyon riskinin taramasına yönelik olarak gerçekleştirilen HAD anket çalışması sonucu: HAD-A skoru; 11 ve üzerinde olan 13 hasta bulunurken, kontrol grubunda kesme değerini aşan skor saptanmadı. HAD-D skoru 8 ve üzerinde olan 14 hasta varken kontrol grubunda 1 olgu vardı. Çalışmada rozaseli hastalarda HAD-anksiyete ve HAD-depresyon skorları rozase hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız Spoendlin ve arkadaşlarının çalışma verileri ile uyumsuz iken rozase ile depresyon arasında ilişki bulunduğunu

gösteren *Gupta ve ark.* ile *Scharschmidt ve ark.* ve rozase ile anksiyete arasındaki ilişkiye *Klaber ve Wittkower'in* çalışma sonuçlarının paralelindedir. Halen rozase ile depresyon/anksiyete birlikteliğinin sorgulandığı günümüzde; rozase olgularına GSA ve HAD gibi hastanın kendisi tarafından cevaplanabilecek bir anketin uygulanması pratik ve kolay bir belirleyici olacaktır düşüncesindeyiz. GSA ve HAD ile ilk basamak değerlendirme sonrası şüpheli bulunan rozase olgularının psikiyatrik değerlendirmeye alınması ile tanısal hatalar önlenebilecek, daha geniş olgu serileri üzerinde verilerin toplanması ile bu konuda netlik elde edilecektir düşüncesindeyiz.

Rozasenin kişilik yapısı ile ilişkili olduğu ve bu bireylerde; kaygı, suçluluk hissi ve utanma duygusunun daha yoğun yaşandığı bildirilmiştir<sup>80,101-103</sup>. Bununla birlikte *Karolinska kişilik testi* uygulanan rozase olguları psoriazisli olgularla karşılaştırıldığında araştırmacıların beklentisinin aksine sözel ve indirekt agresyon, agresyon inhibisyonu, iritabilite, suçluluk hissi ve bağlanma gibi parametreler açısından rozase ile test sonuçları arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir<sup>103</sup>. Bununla birlikte ilgili çalışmada kontrol grubu olarak seçilen olguların psoriatik olması yanıtıcı bir durum olarak kabul edilebilir.

Bugüne kadar rozasenin aleksitimi ile ilişkisini araştıran çalışma yapılmamasına rağmen, vitiligo, alopesi areata, psoriazis, kronik ürtiker, psikojenik pruritus, prurigo nodularis gibi kronik dermatolojik hastalıklarda aleksitimik kişilik yapısını araştıran ve anlamlı ilişki belirten çalışma sonuçları mevcuttur<sup>104-114</sup>.

*Picardi ve ark.* bir çalışmada; 31 vitiligo hastası üzerinde yürüttükleri kontrollü çalışmalarında; vitiligolu hastalarda kontrollerin 2 katı sıklıkta; sınırda ve yüksek aleksitimik özellikler bulunduğunu saptanmışlardır. Araştırmacılar, aleksitimik kişilik özelliklerinin, vitiligo gelişimine duyarlılık yarattığı sonucuna varmışlar, ayrıca güvensiz bağlanmanın ve düşük sosyal desteğin de vitiligo hastalığının ortaya çıkışında etkili olabildiğini bildirilmiştir<sup>104</sup>.

*Cordan ve ark.* 43 alopesi areatalı hastanın %44'ünde aleksitimi skorlarını yüksek bulmuş, ancak aleksitimi birlikteliğinin demografik ve klinik verilerden



bağımsız olduğunu bildirmişlerdir<sup>105</sup>. *Sayar ve ark.* alopesi areatalı 31 asker olgunun %58'inde, yüksek düzeyde aleksitimi saptayarak, durumsal ve sürekli aleksitiminin, ciddi ve sürekli stresle oluşan bozukluklarla ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Araştırmacılar aleksitimik bireylerin stresle başa çıkma güçlükleri ve duygularını ifade etmede zorlanmaları olduğu ve alopesi areata geliştirmeye daha yatkın oldukları sonucunu çıkarmışlardır<sup>106</sup>.

*Picardi ve ark.* 21 alopesi areata olgusunda aleksitimi varlığını araştırmışlar, hastalarda %58 oranında (%23 sınırdan ve %33 yüksek) aleksitimik özellik gözlemişlerdir. Bu hastaların sosyal desteklerinin yetersiz ve yakın ilişkilerinin sınırlı olduğunu da belirterek aleksitimik özelliklerin alopesi areata açısından bir risk faktörü olarak ele alınabileceğini öne sürmüşlerdir<sup>107</sup>.

*Masmoudi ve ark.* 53 psoriazisli hasta üzerinde yürüttükleri kontrollü çalışmalarında hasta grubunda ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek sıklıkta aleksitimi olduğunu bildirmişlerdir<sup>108</sup>. Benzer şekilde *Richards ve ark.* 300 psoriazisli hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında TAÖ-20 ölçeği ile hastaların %33'de aleksitimi varlığını göstermişler ancak toplam TAÖ skoru ile hastalık şiddeti ve süresi arasında korelasyon bulunmadığını bildirmişlerdir<sup>109</sup>.

*Manicai ve ark.* kronik ürtikerli 40 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, olguların %50'sinde TAÖ puanlarını 60 üstünde bulmuşlardır<sup>110</sup>.

*Yıldırım ve ark.* TAÖ-26 kullanarak 75 kronik idiyopatik ürtiker olgusu üzerinde gerçekleştirdikleri kontrollü çalışmaları sonucu anksiyete ve depresyonun yanı sıra aleksitiminin de kronik ürtiker gelişimi için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmüşlerdir<sup>111</sup>.

*Hunkin ve ark.* 89 Kronik idiyopatik ürtiker olgusu üzerinde gerçekleştirdikleri kontrollü çalışmaları sonucu aleksitimi skorlarını hasta grubunda anlamlı yüksek bulmuşlar ve posttravmatik stresin aleksitimi ile birliktelik sergilediğini belirtmişlerdir<sup>112</sup>.

*Çalikuşu ve ark.* psikojenik ekskoriasyonu olan 31 olgu ve 31 kronik ürtiker olgusu üzerinde yürüttükleri çalışmaları sonucunda; TAÖ skorlarının psikojenik prurituslu hastalarda belirgin ölçüde yüksek olduğunu ve öfke varlığı ile aleksitimi arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir<sup>113</sup>.

*Sunay ve ark.* 111 akneli hasta ile kontrol grubu üzerinde yürüttükleri çalışmaları sonucunda ise akne ile aleksitimi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamışlardır<sup>114</sup>.

Literatürde bugüne kadar rozase hastalarında aleksitimik yapının varlığını değerlendiren bir çalışma sonucu bulunmadığından bu konuda çalışma verilerimizle karşılaştırma yapılamamaktadır. Bizim çalışmamızda TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-20 skorları rozaseli hastalarda kontrol grubuna göre yüksek olup, iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Aleksitimik kişilik yapısının stresle başa çıkmayı güçleştirdiği bilindiğinden çalışmamız sonucunda stresle tetiklendiği bilinen rozasenin patogenezinde aleksitimik kişilik yapısının rol oynuyor olabileceği sonucuna varılmıştır. Aleksitiminin psiko-nöro-immün fonksiyonlar üzerine etkileri daha önceden araştırılmış, aleksitiminin immün disfonksiyona neden olabileceği gösterilmiştir<sup>115,116</sup>. Bu gözlemler rozase patogenezinde güncel literatürde kabul gören doğal immün sistem disfonksiyonu ile aleksitimi arasında bir ilişki kurulabileceğini ve aleksitiminin neden olduğu immün disfonksiyon üzerinden rozasenin ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşündürmektedir.

Çeşitli çalışmacılar aleksitiminin bir sempatik hiperreaktivite durumu olduğu üzerinde görüş bildirmişlerdir. Dinlenme durumunda bile aleksitimik bireylerin kalp atım hızı yüksek, elektrodermal aktiviteleri yüksek, oksijen tüketim miktarı düşük olduğu saptanmıştır. Akut stres durumunda; aleksitimik kişilerde (aleksitimik olmayanlara göre) sempatik aktivitede “artış düzeyi” daha düşük olmakta veya değişmemektedir. Bu durum aleksitimik bireyleri stresle ilişkili hastalık açısından riskli gruba sokmaktadır. Aleksitimik bireylerdeki; bazal sempatik hiperreaktivitenin

bu kişiler için kronik stres şartlarına benzer bir ortam yarattığı ileri sürülmüştür. Bu gözlemler rozase patogeneğinde yer alan stres ve vazoaktif durumun aleksitimi ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda olgularımızın TAÖ, HAD ve GSA skorları ile rozase klinik şiddet skoru arasında bir ilişki bulunmamıştır. Rozase gibi birbirinden bağımsız pek çok faktörün tetikleyici rol oynadığı bir deri hastalığında diğer etkenlerin standardizasyonu sağlanamamıştır. Bu durum çalışmamızın sınırlandırıcısıdır. Bu nedenle diğer tetikleyicilerden bağımsız olarak, tek başına psikolojik faktörlerin hastalık şiddeti üzerindeki etkisi konusunda yorum yapılamamıştır. Bununla birlikte aleksitiminin hastalığın ortaya çıkmasından sorumlu bir majör etken olmak yerine bu gruptaki hastalara özgü bir kişilik yapısı olduğu ve diğer tetikleyicilerin etkilerini potansiyalize ettiği için rozase için yatkınlık yaratması olasıdır.

Rozase gibi deri hastalıkları etyopatogeneğinde sıklıkla psikiyatrik etkenlerin rolü üzerinde durulmaktadır; bu nedenle dermatologların hastalarını bu açıdan da değerlendirmeleri yararlı olacaktır. Gerekli durumlarda psikiyatrik görüşmeler ve tedavilerin deri hastalığının tedavisine katkıda bulunması da olasıdır; bu nedenle kişilik yapısı dahil hastaların eşlik eden psikiyatrik belirtileri ile birlikte değerlendirilmesi gerekli görülmektedir. Rozase ve benzeri kronik deri hastalıklarında aleksitimi üzerine daha geniş gruplar üzerinde gerçekleştirilecek çalışmaların bu kompleks psikoimmüno Dermatolojik sürecin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

## 6.SONUÇ

1. Bu çalışma 50 rozaseli hasta ve 50 gönüllü kontrol grubu ile yürütülmüştür. Çalışma grubuna GSA, HAD-A, HAD-D ve TAÖ ölçekleri uygulanmıştır.
2. Çalışmada rozaseli hastalarda GSA, HAD-A ve HAD-D skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda rozasenin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini araştıran birçok benzer çalışmayla paralel sonuçlanmıştır. Dermatoloji hastalarında, hasta tarafından doldurulan pratik bir ölçek olan GSA ve HAD ölçekleri hastaların kolayca değerlendirilmesi açısından bize yol gösterici olabilir.
4. Çalışmamızda bugüne kadar rozaseli hastalarda değerlendirilmeyen aleksitimik kişilik özelliği değerlendirilmiştir. TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-20 skorları rozaseli hastalarda kontrol grubuna göre yüksek olup iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da kronik dermatolojik hastalıklarda aleksitiminin değerlendirildiği birçok çalışmayla benzer sonuçlar elde edilmiştir.
5. Rozasenin kişilik yapısıyla ilişkili olduğu yönünde çalışmalar mevcut olup, kişilik yapısı olarak kabul edilen aleksitiminin de rozase ile ilişkili olabileceği yorumu yapılmıştır.
6. Aleksitimik kişilik yapısı stresle başa çıkmayı güçleştirdiği için, stresle tetiklendiği bilinen rozasenin patogenezinde aleksitiminin rol oynayabileceği kanısına varılmıştır.
7. Rozase ve aleksitiminin her ikisinde de hastalığın tetiklenmesinde maruz kalınan emosyonel stres ve travma önemli rol oynamaktadır. Her iki hastalığın etyolojisinde benzer faktörlerin yer alması rozase ile aleksitiminin ilişkili olabileceği fikrini akla getirmiştir.
8. Aleksitiminin immün disfonksiyona neden olabileceği gösterilmiştir. Etyopatogenezinde önemli faktörler arasında immün sistem disfonksiyon yer olan rozasenin etyolojik faktörleri arasında aleksitiminin de yer alabileceği düşüncesine varılmıştır.

9. Aleksitiminin bir sempatik hiperreaktivite durumu olduğu üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle aleksitimik kişilerin s¼rekli kronik stres altında olduğu g¼r¼ř¼ ileri s¼r¼lm¼ř¼t¼r. Bu bilgilerden yola çıkarak rozase patogenezinde yer alan vazoaktif durumun aleksitimi ile ilişkili olabileceği d¼ř¼n¼lm¼ř¼t¼r.

10. Çalışmamız sonucunda rozase hastalarında aleksitimi ve diğer psikiyatrik belirtiler açısından anlamlı ilişkinin olduğu ortaya konmuştur. Aleksitimi varlığında hastaya sağlanacak psikiyatrik desteğin rozasenin klinik gidişi ve tedavi sonuçları için ¼nemli olabileceğine inanmakta, bu konuda geniş serilerde y¼r¼t¼lecek çalışmaların konuya derinlik kazandıracadığını d¼ř¼nmekteyiz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Reinholz M, Tietze JK, Kilian K, et al. Rosacea – S1 guideline. J Dtsch Dermatol Ges 2013; 11: 768-80.
2. Barco D, Alamor A. Rosacea. Actas Dermosifiliogr 2008; 99: 244-56.
3. Tüzün Y, Wolf R, Kutlubay Z, et al. Rosacea and rhinophyma. Clin Dermatol 2014; 32: 35–46.
4. Freud S. The Ego and the Id. Internationaler Psychoanalytischer 1923.
5. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. J Am Acad Dermatol 1996; 34: 1030–46.
6. Gupta MA, Gupta AK. A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. Clin Dermatol 2013; 31: 57–61.
7. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4: 833–42.
8. Gupta MA. Commentary: Psychodermatology. Clin Dermatol 2013; 31 :1–2.
9. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21: 227–34.
10. Senol M. Psikokutan Dermatolojiler: Patogenez ve Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2009; 2: 6-10.
11. Kocak R. Aleksitimi: kurumsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankara Üni Eğt Bil Fak Dergisi, 2002; 35: 184-212.
12. Su D, Drummond PD. Blushing propensity and psychological distress in people with rosacea. Clin Psychol Psychother 2012; 19: 488–95.

13. Baldwin H. Psychosocial implications of rosacea. *The Dermatologist* 2012; 4 (suppl 1) : 1-4.
14. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008; 47: 903–10.
15. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standart classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 584-7.
16. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standart grading system for rosacea: Report of the national rosacea expert committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 907-12.
17. <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/L00-L99/L60-L75/L71-/L71>. Erişim tarihi: 01.06.14
18. Wollina U. Rosacea in the elderly. *Clin Dermatol* 2011; 29: 61-8.
19. Powell FC. Rosacea Diagnosis and management. 2009, New York, Informa Healthcare USA Inc. pp.33-42. Vabres P. What's new in Pediatric dermatology? *Ann Dermatol Venereol* 2008; 135: 343-53.
20. Blount BW, Pelletier AL. Rosacea: a common yet, commonly overlooked, condition. *Am Fam Physician* 2002; 66: 435-40.
21. Elewski BE, Draelos Z, Dreno B, et al. Rosacea-global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 188-200.
22. Tan J, Berg M. Rosacea : Current state of epidemiology. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69: 27-35.
23. Mavranakas N, Schultz JS, Dosso AA. Pediatric ocular rosacea. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2010; 47: 117-20.

24. Chauhan N, Ellis DAF. Rosacea Pathophysiology and Management Principles. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2013; 21: 127–36.
25. Steinhoff M, Schaubert J, Leyden JJ. New insights into rosacea pathophysiology: A review of recent findings. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69: 15-26.
26. Yamasaki K, Gallo RL. The molecular pathology of rosacea. *J Dermatol Sci* 2009; 55: 77-81.
27. Erdem T, Metin N. Rosacea. *Dermatose* 2012; 3: 19-26.
28. Erbağcı Z. Rozasea: sınıflama ve etyopatogenezde son görüşler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2005; 15: 105-16.
29. Fimmel S, Abdel-Naser MB, Kutzner H, Kligman AM, Zouboulis CC. New aspects of the pathogenesis of rosacea. *Drug Discov Today Dis Mech* 2008; 5: 103-11.
30. Erbagci Z, Ozgoztası O. The significance of Demodex folliculorum density in rosacea. *Int J Dermatol* 1998; 37: 421-5.
31. Utaş S, Özbakır O, Turasan A, Utaş C. Helicobacter pylori eradication treatment reduces the severity of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 433-5.
32. Gürer MA, Erel A, Erbaş D, et al. The seroprevalence of Helicobacter pylori and nitricoxide in acne rosacea. *Int J Dermatol* 2002; 41: 768-70.
33. Muto Y, Wang Z, Vanderberghe M, Two R, Gallo RL, di Nardo A. Mast cells are key mediators of cathelicidin initiated skin inflammation in rosacea. *J Invest Dermatol* 2014; May 20 e-pub. doi: 10.1038/jid.2014.222.
34. Lewis VJ, Holme SA, Wright A, Anstey AV. Rosacea fulminans in pregnancy. *Br J Dermatol* 2004; 151: 917-9.
35. Piwnica D, Rosignoli C, Menonville ST, et al. Vasoconstriction and anti-inflammatory properties of the selective  $\alpha$ -adrenergic receptor agonist brimodine. *J Dermatol Sci* 2014; 75: 49-54.



36. Oltz M, Check J. Rosacea and its ocular manifestations. *Optometry* 2011; 82: 92-103.
37. Bettoli V, Mantovani L, Boccia S, Virgili A. Rosacea fulminans related to pegylated interferon alpha-2b and ribavirin therapy. *Acta Derm Venereol* 2006; 86: 258-9.
38. Kim TG, Noh SM, Do JE, et al. Rosacea fulminans with ocular involvement. *Br J Dermatol.* 2010; 163: 877-9.
39. Wakayashi M, Fujimoto N, Uenishi T, et al. A case of acne fulminans in a patient with ulcerative colitis successfully treated with prednisolone and diaminodiphenylsulfone: a review of acne fulminans, rosacea fulminans and neutrophilic dermatoses occurring in the setting of inflammatory bowel disease. *Dermatology.* 2011; 222: 231-5.
40. Thomas J, Plewig G. Rosacea: classification and treatment. *J Royal Soc Med* 1997; 90: 144-50.
41. Arıcan Ö. Rozaseada etyopatogenezi, tanı ve tedavi. *Genel Tıp Derg* 2005; 15: 35-41
42. Gupta AK, Chaudhry MM. Rosacea and its management: an overview. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 273-85.
43. Pelle MT, Crawford GH, James WD. Rosacea: II. Therapy. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 499-512.
44. Bamford JTM, Elliott BA, Haller IV. Tacrolimus effect on rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 107-8.
45. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 327-41.
46. Goldman D. Tacrolimus ointment for the treatment of steroid induced rosacea: A preliminary report. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 995-8.

47. Karabulut AA, İzol Serel B, Ekşioğlu HM. A randomized, single-blind, placebo-controlled, split-face study with pimecrolimus cream 1% for papulopustular rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 729-34.
48. Goldgar C, Keahey DJ, Houchins J. Treatment options for acne rosacea. *Am Fam Physician* 2009; 80: 461-68.
49. Gooderham M. Rosacea and its topical management. *Skin Therapy Lett* 2009; 14: 1-3.
50. Van Zuuren EJ, Gupta AK, Gover MD, et al. Systematic review of rosacea treatments. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 107-15.
51. Liu RH, Smith MK, et al. Azelaic Acid in the Treatment of Papulopustular Rosacea. *Arch Dermatol* 2006; 142: 1047-52.
52. Tey HL et al. Psychosomatic factors in pruritus. *Clin Dermatol* 2013; 31: 31-40.
53. Mercan S, Kivanc Altunay I. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17: 305-13.
54. Kıvanç Altunay İ. Psikodermatoloji tarihçesi ve genel bakış *Turkderm* 2010; 1: 4-6.
55. Tuğlu C. Psikokutan Hastalıklarda Sınıflama *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2009; 2: 1-5.
56. Biardini I, Abba S, Ballauri M, et al. Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *Psicol* 2011; 33: 47-52.
57. Picardi A, Porcelli P, Mazzotti E, et al. Alexithymia and global psychosocial functioning: A study on patients with skin disease. *J Psychosom Res* 2007; 62: 223-9.
58. Taylor GJ, Bagby RM. Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *J Am Psychoanal Assoc* 2013; 61: 99-133.

59. Lumley AM, Neely LC, Burger AJ, et al. The assessment of alexithymia in medical settings: applications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89: 230–246.
60. Sturm VE, Levenson RW. Alexithymia in neurodegenerative disease. *Neurocase* 2011; 17: 242–50.
61. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, et al. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiatry* 1997; 42: 834-44.
62. Goldin PR, McRae K, Ramel W, et al. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol Psych* 2008; 63, 577–86.
63. Grynberg D, Chang B, Corneille O, et al. Top of Form Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PLoS One* 2012; 7, e42429.
64. Aleman A. Feelings you can't imagine: towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends Cogn Sci* 2005; 9, 553–5.
65. Heinzl A, Minnerop M, Schäfer R, et al. Alexithymia in healthy young men: a voxel-based morphometric study. *J Affect Dis* 2012; 136, 1252-6.
66. Walter NT, Montag C, Markett SA et al. Interaction effect of functional variants of the BDNF and DRD2/ANKK1 gene is associated with alexithymia in Healthy Human Subjects. *Psychosomatic Med* 2011; 73: 23-8.
67. McRae K, Reiman EM, Fort CL, et al. Association between trait emotional awareness and dorsal anterior cingulate activity during emotion is arousal-dependent. *Neuroimage* 2008; 41, 648–55.
68. Deng Y, Ma X, Tang Q. Brain response during visual emotion processing: an fMRI study of alexithymia. *Psychiatr Res Neuroimaging* 2013; 225-9.
69. Moriguchi Y, Komaki G. Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *Biopsychosoc Med* 2013; 7: 1-12.

70. Moriguchi Y, Ohnishi T, Decety J, et al. The human mirror neuron system in a population with deficient self-awareness: an fMRI study in alexithymia. *Human Brain Mapping* 2009; 30: 2063–76.
71. Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? *Klinik Psikiyatri* 2006; 9: 161-9.
72. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 333-43.
73. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* 2008; 70: 716–22.
74. Güz H, Ay M, Dilbaz N. Bir Grup Dermatolojik Hastalarda Aleksitimik, Depresyon ve Anksiyete. *Düşünen Adam* 2001; 14: 99-103.
75. Yazıcı Güleç M, Kılıç A, Gül Ü ve ark. Psoriasis Hastalarında Aleksitimi ve Öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 169-74.
76. Tebble N, Thomas D, Price P. Anxiety and self-consciousness in patients with minor facial lacerations. *J Adv Nurs* 2004; 47: 417–26.
77. Balkrishnan R, McMichael A, Hu J, et al. Correlates of health related quality of life in women with severe facial blemishes. *Int J Dermatol* 2006; 45: 111–5.
78. Menezes N, Moreira A, Mota G, Baptista A. Quality of life and rosacea: Pulsed dye laser impact *J Cosmet Laser Ther* 2009; 11: 139-41.
79. Boehncke WH, Ochsendorf F, Paeslack I et al. Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. *Eur J Dermatol* 2002; 12: 577-80.
80. Drummond PD, Su D. Blushing in rosacea sufferers. *J Psychosom Res* 2012; 72: 153–8.

81. Gupta MA, Gupta AK, Chen SJ, Johnson AM. Comorbidity of rosacea and depression: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Care Survey—Outpatient Department data collected by the U.S. National Center for Health Statistics from 1995 to 2002. *Br J Dermatol* 2005; 153: 1176-81.
82. Weissenbacher S, Merkl J, Hildebrandt B et al. Pimecrolimus cream 1% for papulopustular rosacea:a randomized vehicle-controlled double-blind trial. *Br J Dermatol* 2007; 156: 728-32.
83. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 3-11.
84. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12 *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 13-21.
85. Demirüstü C, Binboğa D, Öner S, Özdamar K. The Relationship Between the Ways of Coping with Stress Inventory and the General Health Questionnaire-12 Scores Among University Students. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29: 70-6.
86. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press 1997.
87. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38: 33-40.
88. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.
89. Güleç H, Köse S, Güleç MY, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychopharmacol Bull* 2009; 19: 214-20.

90. Güleç H, Yenel A. 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2010; 13: 108-12.
91. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The 20-item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and countries. *J Psychosom Res* 2003; 55: 277– 83.
92. Çam Çelikel F, Saatçioğlu Ö. Konversiyon bozukluğunda aleksitiminin depresyon ve anksiyeteye etkisi *Klinik Psikiyatri* 2002; 5: 229-34.
93. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-70.
94. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 1987; 8: 280-7.
95. Garnis-Jones S. Psychological aspects of rosacea. *J Cutan Med Surg* 2000; 4: 16-9.
96. Puchalski Z. Anxiety structure and catecholamine parameters in patients with rosacea, alopecia areata and lichen ruber planus. *Z Hautkr* 1986; 61: 137-45.
97. Gupta MA. Ch: 5 Psychiatric comorbidity in dermatological disorders. In: Walker C, Papadopoulos L, eds. *Psychodermatology The Psychological impact of skin disorders*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005. pp 29-43.
98. Böhm D, Schwanitz P, Gissendanner SS. Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: Results of a survey. *Psychol Health Med* 2013; 2: 1-6.
99. Spoenclin J, Bischel F, Voegel JJ, et al. The association between psychiatric diseases, psychotropic drugs and the risk of incident rosacea. *Br J Dermatol* 2014; 170: 878-83.

100. Scharschmidt TC, Yost JM, Truong SV, et al. Neurogenic rosacea: a distinct clinical subtype requiring a modified approach to treatment. *Arch Dermatol* 2011; 147: 123-6.
101. Whitlock FA. Psychosomatic aspects of rosacea. *Br J Dermatol* 1961; 73: 137-48.
102. Rebora A. The red face: rosacea. *Clin Dermatol* 1993; 11: 225-34.
103. Karlsson E, Berg M, Arnetz BB. Rosacea and personality. *Acta Derm Venereol* 2004; 84: 76-7.
104. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, Camaioni D, Tiago A, Abeni D, Biondi M. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 150-158.
105. CordanYazici A, Basterzi A, Tot Acar S. Alopecia areata and alexithymia. *Turk J Psychiatry* 2006; 17: 101–6.
106. Sayar K, Köse O, Ebrinç S, et al. Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2001; 2: 12–15.
107. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza M.S, Gaetano P, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychother Psychosom* 2003; 44: 374–81.
108. Masmoudi J, Maalej I. Masmoudi A, Rached H. Rebai A. Turki H. Jaoua A. Alexithymia and psoriasis: A case-control study of 53 patients. *L'Encéphale* 2009; 35: 10-7.

109. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE et al. Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005; 8: 89-96.
110. Maniaci G, Epifanio MS, Marino MA, et al. The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Allerg Immunol* 2006; 38: 15–19.
111. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, et al. Relationship among alexithymia, anxiety, and depression in patients with chronic idiopathic urticaria. *Nobel Med* 2012; 8: 46-51.
112. Hunkin V, Chung MC. Chronic idiopathic urticaria, psychological co-morbidity and posttraumatic stress: The impact of alexithymia and repression. *Psychiatr Q* 2012; 83: 431-47.
113. Calikusu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32: 345-52.
114. Sunay D, Baykir M, Ateş G, Ekşioğlu M. Alexithymia and acne vulgaris: a case control study. *Psychiatry Investig* 2011; 8: 327-33.
115. Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L, et al. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother* 2003; 57: 292-5.
116. Guilbaud O, Curt F, Perrin, et al. Decreased response in alexithymic women: A cross-sectional study. *Biomed Pharmacol* 2009; 63: 297-304.



## 8. EKLER

### EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### ROZASELİ HASTALARDA ALEKSİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

‘Rozase hastalarında aleksitiminin değerlendirilmesi’ başlıklı bir çalışma yürütmekteyiz. Bu çalışmanın amacı rozase hastalarında aleksitiminin hastalığın ortaya çıkışında tetikleyici faktör olduğu ve hastalıkların progresyonuna etki ettiği düşünülmekte olup bunların bu çalışmayla ortaya çıkarmaktır. Bunu değerlendirirken hastalara sosyodemografik veri formu, toronto aleksitimi ölçeği, genel sağlık anketi, hastane depresyon anksiyete ölçeği, hamilton depresyon anksiyete ölçeği, uygulanacaktır.

Bu çalışmada hiçbir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır. Çalışmaya katılan kişiye olumsuz etkisi olabilecek herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bulgular ilerde hastalığın ortaya çıkmasına yönelik mekanizmaların açıklanması ve hastanın gidişatına etkin olabilecek faktörlerin değerlendirilmesinde faydalı olabilir ancak size doğrudan faydası yoktur. Eğer çalışmaya katılmak istemezseniz bu sizin tedavinize en ufak bir etki oluşturamaz, bu durumla ilgili negatif bir etkiye maruz kalmazsınız. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz an bundan rahatlıkla vazgeçebilirsiniz. Bu durumda olumsuz bir etki oluşturmayacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler araştırmacılar dışındaki herhangi bir üçüncü kişiye verilmeyecektir. Bu veriler sadece araştırmacıların ulaşmasına izin verilen veriler olacaktır. Çalışmadan elde edilen verilerin sonuçları bilimsel dergilerde yer alabilir ancak burada bireysel herhangi bir bilgi yer almaz. Bu çalışmada sizden alınan veriler şimdi veya daha sonra bilimsel çalışmalar için kullanılacaktır. Eğer çalışmayla ilgili sizi etkileyecek herhangi bir yeni bilgi ortaya çıkarsa bu bilgi sizinle paylaşılacaktır.

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

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gönüllünün araştırma sürecinde ulaşabileceği araştırmacının telefonu:

Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

## EK 2 : ROZASE HASTA TAKİP FORMU

HASTA NO:	TARİH:	2013
Hastanın Adı-Soyadı:		
Yaşı:	Cinsiyeti:	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dosya no:		
Mesleği:	Medeni durumu:	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Adres:	Telefon:	

Hastanın Yakınması / Öyküsü

Başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

İlk semptom:

Tetikleyiciler:

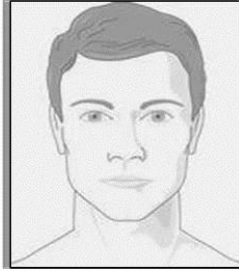
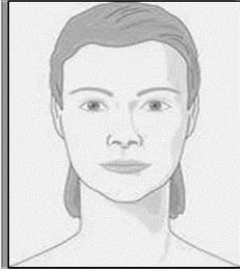
Sıcak  Güneş ışığı  Egzersiz  Stres  Menstruasyon  Sabun  Topikal  Alkol

Yiyecek  .....acı – baharatlı - sıcak vd.

İlaçlar  ..... Ca K blokörleri -B vitamini – hormon prep-vd.

Muayene Bulguları:

Fitzpatrick deri tipi : 1 2 3 4 5 6



Primer bulgular	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Geçici eritem				
Flushing (10dk)				
Kalıcı eritem				
Telenjektazi (0.2mm)				
Papül/püstül				
Sekonder bulgular	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Batma/yanma				
Plak				
Kuru görünüm				
Ödem				
Oküler bulgular				
Fimatöz				
değişiklikler				
Sekonder bulgular	Yok	Varsa yerleşim yeri		
Periferal tutulum				
Rozase tipi > RSS-NRECS	Yok = 0	Hafif=1	Orta=2	Şiddetli =3
Eritematotelenjektatik				
Papülopüstüler				
Fimatöz				
Oküler				
Göz konsültasyonu >				

#### **ROZASE ŞİDDET SKORU\***

Weissenbacher S, Merkl J, Hildebrandt B et al. Br J Dermatol 2007; 156:728-32

\*yok=0 Hafif=0.5-1.0 Orta=1.5-2.0 şiddetli=2.5-3.0

Eritem -->

Papül -->

Püstül -->

Kepek --->

Total skor----->

Bx:

- Granüloamatöz sub tip
- Morbihan sendromu
- Steroid rozasesi
- Pre-rozase
- Rozase fulminans / konglobata

#### **Özgeçmiş :**

H. pylori öyküsü:

Hipertansiyon öyküsü:

Migren öyküsü:

Menapoz ?

#### **Soygeçmiş:**

Ailede benzer yakınma öyküsü:

### EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-Soyadı:

Eğitim düzeyi:

Yaş:

Meslek:

Cinsiyet:

Medeni durum:

Yaşadığı yer:

Şehir ( )

Kasaba( )

Köy ( )

Çocukluğunu geçirdiği yer:

Şehir ( )

Kasaba( )

Köy ( )

0-1 yaş arasında bakımını kim yapmış?

Anne ( )

Baba ( )

Bakıcı + Aile ( )

Anneanne/ Babaanne ( ) Diğer ( )

Çocukluğunda nasıl bakılmış?

Aşırı ilgiyle ( )

İlgisiz ( )

Yeterince ilgiyle ( )

Çocukluğunda nasıl bir disiplinle büyütülmüş?

Aşırı kontrol ( )

Yeterince kontrol ( )

Az kontrol ( )

Yetiştirilme biçiminin hastalığının oluşumuna katkısı olduğunu düşünüyor mu?

Evet ( )

Hayır ( )

Evetse nasıl.....

Şimdi kiminle yaşıyor?.....

Tek başına yaşayabilir mi? Evet ( )

Hayır ( )

Hayırsa neden.....

Çocukluğunda ailenin durumu:

Bütün ( )

Parçalanmış ( )

Boşanmış ( )

Çocukluğunda anne çalışıyor muydu?

Evet ( )

Hayır ( )

Bebekliğinde ne kadar süreyle anne sütü aldı?.....

Çocukluğunda anne/babada önemli hastalık öyküsü:.....

Çocukluğunda önemli hastalık öyküsü:.....

Çocukluğunda anneden ayrılık:

Var ( )

Yok ( )

Varsa kaç yaşında.....süresi.....

Çocukluğunda cinsel travma:

Var ( )

Yok ( )

Varsa kaç yaşında.....

#### EK 4: GENEL SAĞLIK ANKETİ

LÜTFEN BU AÇIKLAMAYI DİKKATLE OKUYUNUZ:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen, soruların tamamını size en uygun cevabın üstüne ( x ) işareti koyarak cevaplayınız. Teşekkür ederiz.

Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
Günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

## EK 5: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ)

### TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

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

## **EK 6: HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)**

Hasta adı soyadı: Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendirmiyor.

Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen



Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek