

Psikojenik Pruritus

Psychogenic Pruritus

İlknur Kıvanç Altunay, Adem Köşlü

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Psikojenik pruritus normal deriyi kaşıma ve koparma şeklinde ortaya çıkarak deride ikincil lezyonlar yaratan, temeli psikojenik /psikiyatrik nedenlere dayanan bir kaşıntı türüdür. Depresyon, anksiyete, obsesif kompulzif hastalık, psikoz gibi psikiyatrik hastalıklarla birlikte bulunabilir. Diğer kaşıntı türlerinden ayrılması ve tedavisi hem dermatolog hem psikiyatrist için zordur. Bu yazıda psikojenik pruritusun nozolojik durumu, psikiyatrik komorbiditeler, tanı ile ilgili özellikleri ve tedavisi irdelenmiştir.

(*Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 116-20*)

Anahtar kelimeler: Pruritus, kaşıntı, nörotik bozukluk, nörodermatit

Abstract

Psychogenic pruritus, which is derived from a psychogenic/psychiatric basis, is a variety of pruritus; it appears with scratching and/or picking at normal skin and causes to secondary lesions on the skin. It may coexist with some psychiatric disorders such as depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder and psychosis. The distinction from other pruritus varieties poses a clinical challenge to the dermatologist and the psychiatrist. The nosological status, psychiatric comorbidities, diagnostic and therapeutic features of psychogenic pruritus have been evaluated in this article. (*Turkish Journal of Dermatology 2008; 2: 116-20*)

Key words: Pruritus, itching, neurotic disorder, neurodermatitis

Kaşıntı ya da pruritus kaşıma arzusu yaratan nahoş bir duyum olarak tanımlanır. Binlerce yıldır özellikle de kalabalık ve kötü hijyenik koşullar altında yaşamının neden olduğu enfestasyonların yaygın olduğu dönemlerde insanlara azap vermiş olan bu duyum aynı zamanda birçok deri hastalığının ortak ana belirtisi olarak ortaya çıkmaktadır. Hipokrat da dahil birçok eski çağ hekimi bu konudan söz etmiştir. Dermatolojinin bir çalışma disiplini olarak ortaya çıkmasından önceki dönemlerde bile, deride ve hatta başka sistemlerde yerleşen kimi hastalıkların en belirgin ve rahatsız edici belirtilerinden biri olan kaşıntıyı gidermek için değişik uygulamalar öne sürülmüş, çözüm yolları araştırılmıştır (1). Akut kaşıntı tıpkı ağrı gibi koruyucu bir işleve sahip olmakla beraber bunun kronik-süreşen bir hal alması kişide bazen özel tedaviler gerektiren aşırı rahatsızlık ve sıkıntı hissine yol açar. Kaşıntı bir hastalık değil bir belirtidir ve

eğer potansiyel olarak zararlı ajanı ortadan kaldırmaya yönelik ise fizyolojik, deri hastalığı, sistemik hastalık, ilaçlar veya ruhsal nedenlere bağlı ise patolojiktir (2,3).

Patolojik olan kaşıntı nedenleri oldukça fazla sayıdadır. Sadece birincil deri hastalıkları değil aynı zamanda hematolojik, metabolik, neoplazik ve nöropsikiyatrik hastalıklarda da klinik tablo bazen sadece kaşıntı şeklinde ortaya çıkabildiğinden birincil deri hastalığı dışındaki pruritus tablolarının ilk başvuru adresinin dermatoloji olması çok muhtemeldir. Eğer kaşıntı organik kökenli ise hastanın öyküsü, sistemik hastalığa ait diğer belirtilerin genellikle eşlik etmesi ve laboratuvar tetkikleri yardımıyla altta yatan hastalığın tespit edilerek hastanın uygun birime sevkı mümkün olabilirken nöropsikiyatrik kaşıntıların tanısal sınırlarının çizilmesi o denli kolay değildir. Bu tür kaşıntıların diğer kaşıntılardan ayırımı, hastanın psikiyatrye psikojenik kökenli kaşıntı

tanısıyla yönlendirilmesi ve tedavisi dermatolog için sorun olabilir. Gerek organik nedenli gerekse birincil deri hastalığına bağlı pruritus, psikojenik faktörlerle bir araya gelebilir. Bu durumda psikojenik pruritus (PP) bir deri hastalığı gibi algılanıp gereksiz tetkik ve tedavi maliyetleri ortaya çıkabilir ya da deri veya sistemik hastalıklarla birlikte olan ikincil kaşıntının PP gibi algılanıp yetersiz ve yanlış tedavisi söz konusu olabilir. Bu nedenle PP tablosunun iyi bilinmesi ve tanınması gerekmektedir. Her ne kadar diğer kaşıntı türlerine göre daha az çalışılmış bir konu olsa da, son 5 yılda giderek artan bir ilgi ile irdelenmeye başlamıştır.

Psikojenik Kaşıntının Tanımı

Psikojenik kaşıntılar saf psikolojik ya da saf psikiyatrik kaşıntılardır (4-7). Bir başka deyişle organik nedenlerle açıklanamayan, psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve süreçenlik kazanan somatoform kaşıntıları ifade etmek için de kullanılır (8). Bu tanım basit gibi görünse de bugün bile bazı belirsizlikler mevcuttur. Hastanın sıkıntılı ve gergin olduğu ve hekimin de kaşıntıya neden olabilecek hiçbir neden bulamadığı çoğu durumda PP terimi "idiyopatik pruritus" terimiyle yer değiştirir ve karışıklık yaratır (6,9). Gerçekte PP dermatologlar tarafından uzun süre ihmal edilmiş ve tanımsal bir görüş birliğine varılmamıştır. Buna karşın psikiyatrik sınıflamalar bir noktaya kadar belirleyici olmuştur. Psikiyatride tanıları kodlayan DSM IV (Diagnostic Statistical Manual, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) da PP'yi açık olarak tanımlamamakta, ancak somatoform bozukluklar arasında ele almaktadır (10). Tarihsel süreçte "psikojenik pruritus" terimini ilk kez psikodermatolojinin kurucularından olan bir psikiyatrist "Herman Musaph" 1967'de önermiş ve psikolojik tedavi gören on hastada tanımlanmıştır (11). Musaph, bu tür kaşıntıların emosyonel çatışmalardan, saldırgan eğilimleri ve anksiyeteyi kontrol edememeden, aşırı temizlik ve hastalık korkusundan ileri geldiğini ileri sürmüştür. Bu hipotez kanıtlanmamış olsa da PP'li bireylerin psikoterapilerinden büyük yarar sağlamıştır. Sonraki yıllarda yapılan vaka kontrollü ve deneysel psikoloji çalışmalarında kaşıntının nedenlerle başlayabildiği gösterilmiştir (11,12). Son dönemde dermatolog, psikiyatrist ve psikologlardan oluşan Fransız Psikodermatoloji Grubu (FPG), PP için "fonksiyonel kaşıntı" terimini de kullanarak bazı tanısal kriterler ileri sürmüştür (13). Üç zorunlu yedi yardımcı kriteri kapsayan bu kriterlere göre, PP tanısını koyabilmek için üç tanesi zorunlu olmak üzere toplam altı kriter mevcut olmalıdır (Tablo 1).

Psikojenik Pruritusun Genel Pruritus Sınıflamalarındaki Yeri

Bazı yazarlar "pruritus" terimini görünür deri lezyonu olmayan kaşıntıyı tanımlamak için ve "esansiyel pruritus", "pruritus sine materia" vb şeklinde kullanmışlarsa da çoklu etiyolojiden dolayı bunun yanıltıcı olacağı açıktır. Bu nedendir ki pruritus ya da pruritusla beraber olan hastalıkları sınıflandırma gereksinimi doğmuştur. Twycross ve ark. (4), pruritusu pruritoseptif kaşıntı (skabies ve ürtiker gibi deri hastalıklarına bağlı), nöropatik pruritus (brakioradial pruritus ve beyin tümörü gibi nöroanatomik patolojiye bağlı), psikojenik pruritus (nörotik ekskoriyasyon, delüzyonel parazitozdaki parazitofobiye bağlı) ve nörojenik

pruritus (nörokimyasal akitviteye bağlı üremik ya da kolestatik kaşıntı) olarak farklı gruplarda toplamıştır (Tablo 2). Bununla birlikte bazı yazarlar bu sınıflandırmanın da pratik uygulamada bazı eksiklikleri olduğu düşünmektedir. Bernhard (5), 2003'te Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin yıllık toplantısındaki kaşıntı sempozyumunda önerilen sınıflamanın bazı düzeltmelerle klinik uygulamada daha yararlı olacağını ileri sürmüştür. PP saf psikolojik ya da saf psikiyatrik kaşıntılar tanımıyla bu sınıflamada yerini almaktadır. Son olarak 2007'de Uluslararası Kaşıntı Çalışma Grubu (14) yeni bir sınıflama önermiştir. Buna göre pruritus, 1-hastalıklı deride ortaya çıkan, 2-hastaliksız deride ortaya çıkan, 3-ciddi ikincil kaşıntıya yol açan durumlar olarak üç ana grupta incelenmektedir ki PP bu ikinci gruba girmektedir. Bu tür sınıflamaların bilinmesi pratik uygulamada PP'nin diğer kaşıntı nedenlerinden ayırt edilmesi ya da somatik nedenlerin dışlanması açısından önem taşımaktadır (4-7).

Klinik Tablolar, Psikiyatrik Birliktelikler ve Patogenetik Mekanizmalar

PP temelde nörotik ekskoriyasyon (NE) veya psikojenik ekskoriyasyonlar ve delüzyonel parazitoz tablolarını kapsamaktadır. Kronik taktil sanrı denilen ve kronik kaşıntı, yanma, batma duyuları ile giden bir tabloyu da bu başlık altında inceleyenler vardır (15) (Tablo 3).

Tablo 1. Psikojenik pruritusta tanı kriterleri

A- Zorunlu kriterler
1-Lokalize veya jeneralize, sine materia (primer deri lezyonu olmaksızın)
2-Altı (6) haftadan uzun süren kronik kaşıntı
3-Somatik bir nedenin olmayışı
B-Yardımcı kriterler
1-Kaşıntının psikolojik etkilere yol açan bir veya birkaç yaşam olayı ile kronolojik ilişkisi
2-Stresle kaşıntı şiddetinin değişmesi
3-Gece uykusunun bozulması
4-Dinlenme sırasında kaşıntının belirgin olması
5-Diğer psikojenik bozukluklarla birliktelik
6-Psikotrop ilaçlara olumlu yanıt
7-Psikoterapilere olumlu yanıt

Tablo 2. Pruritusun Klinik Tipleri

Dermatolojik (Pruritoseptif) Psoriasis, egzama, skabies , ürtiker vb
Sistemik: Renal, hepatik, metabolik kaşıntılar, Hodgkin hastalığı gibi malin hastalıklar, polisitemi vera
Nörojenik/Nöropatik: Merkezi ya da periferik sinir sistemi bozukluklarından doğan kaşıntılar (beyin tümörü, multipl skleroz, nöropati, brakioradial pruritus, notaljiya parestetika vb.)
Psikojenik : Saf psikolojik ya da saf psikiyatrik kaşıntılar
Karışık: Diğer gruplardan olan ve bir araya gelebilen ya da aynı anda çıkabilen kaşıntılar
Diğer: Tüm bu gruplara dahil edilemeyen kaşıntılar

Nörotik ekskoriyasyon isimlendirmesi dermatoloji yazınına 1920'lerde Gupta tarafından kazandırılmış, kaşıntıya bir yanıt olarak gelişen yineleyici deriyi kaşıma, koparma, oyma davranışları olarak tanımlanmıştır (16). Hem dermatolog hem psikiyatrist için oldukça zorlayıcı olan NE, DSM IV'te ayrı bir hastalık olarak kabul görmemiştir. Toplumdaki insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte %2 olduğu, kadın cinsinde ve orta yaşlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. İleri yaşlarda kaşıntı daha inatçı olmaya eğilimlidir. Ellerin ulaşabildiği her yerde görülür, özellikle kol ve bacakların dış yüzeyleri, yüz ve saçlı deri kaşıntının yoğunlaştığı alanlardır. Önemli bir tanınal ipucu ellerin ulaşamadığı sırt ortası gibi bölgelerde ekskoriyasyonların görülmemesidir. Ekskoriyasyon yanında erozyonlar, nodüller, renk değişimi hatta skarlar görülebilir ya da aksine hiç lezyon olmayabilir (Şekil 1-3). Bunun dışında bazı özellikler NE'ye özel olmamakla beraber karakteristiktir. Sürekli olmaktan çok paroksizmal ataklar halinde gelen kaşıntılar vardır ve bu ataklar emosyonel durumla yakından ilgilidir. Sıklıkla dinlenme anlarında ataklar sık, buna karşılık dikkatin başka konulara çevrildiği anlarda azdır. Ama gene de ilginç olarak uyku çok bozulmaz (16-19).

Birçok psikiyatrik bozuklukla bir arada görülebilen NE bilinen bir psikolojik hastalıkla aynı anda ortaya çıkabilir. Depresyon, anksiyete, obsesif kompulzif hastalık (OKH), somatoform bozukluklar, mani, psikoz ve madde bağımlılığı bunlar arasındadır. Özellikle depresyon, anksiyete ve OKH psikojenik kaşıntı ile birliktelik gösteren en yaygın psikiyatrik bozukluklar olarak önem kazanmaktadır (20).

Depresyon hastalarındaki umutsuzluk, yardımsızlık duyguları serotonin ve dopamin salgıları ile yakından ilişkilidir. Aynı nöromedyatörler kaşıntı duygusunun oluşumunda da rol oynamaktadır. Kaşıntı, bu hastalarda sıklıkla depresyonun dolaylı bir belirtisi ve baskılanmış ruhsal çatışmaların fiziksel bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyona dair yorumları reddeden bazı yaşlı hastalarda sorgulama derinleştirildiğinde açıklanamayan kaşıntıya dair ipuçları yakalamak mümkündür (12,15,17,18).

Anksiyete de tek başına ya da depresyonla eşzamanlı olarak PP nedeni olabilir (18). Yaygın ekskoriyasyonları olan majör depresif bozukluklu hastalardaki anksiyete ve ajitasyon, birincil anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilir ve antidepresanlar yerine anksiyolitik ilaçlar verilirse depresyonun daha da artırılması riski vardır (19).

OKH'de anksiyete ve gerginlik yineleyici ve takıntılı bir deri kaşıma ve koparma duygusu yaratmaktadır. Burada yineleyici kaşıntının pruritojenik mediyatörler yoluyla kısır kaşıntı döngüsü yaratması olasıdır. Bu durum temelde yapay dermatozlara benzer bir psikiyatrik bozukluktur. Hasta dürtüsel bir şekilde derisini ovar, kaşır ve koparır. Kaşınan deri ya normal bir deri alanı ya da küçük bir akne, ısırık bölgesidir. Böylece deri üzerinde ülserler, skarlar dahi görülebilir. Ancak bu tür bozuklukta kişi deriyi zarar verdiğinin farkında bile olsa kaşıma dürtüsünü kontrol edemez. Ruhsal gerginlik kaşıma yoluyla rahatlatılır. Hastaların % 33-98' inde öyküde bir psikososyal stres varlığı tespit edilir. Depresyon da eşlik edebilir. (18-24).

Tablo 3. Psikojenik Pruritusun Klinik Tipleri

1-Psikojenik ekskoriyasyon / Nörotik ekskoriyasyon
2-Delüzyonel parazitöz
3-Kronik taktıl sanrılar



Şekil 1. PP'li bir hastada sık yerleşim yeri olan sırta ekskoriyasyonlar ve hiperpigmentasyon



Şekil 2. Üç yıldır ayak bileğinde kaşıntı tanımlayan hastada kaşımaya bağlı ekskoriyasyon, eritem, pigmentasyon değişiklikleri ve skar oluşumu



Şekil 3. Nörotik ekskoriyasyon tanısı alan bir hastada lineer ekskoriye alanlar ve sırtın tam ortasında ulaşılamayan lezyonsuz bölge

Depresyon, anksiyete ve OKH dışında psikojenik kaşıntıyla birlikte olabilen diğer psikiyatrik bozukluklar vücut dismorfik hastalığı, trikotillomani, kleptomani, sınırdaki kişilik bozukluğu ve hatta şizofrenidir (15). Şizofreni ve afektif bozukluk tanılarıyla izlenen 111 psikiyatri hastasını kapsayan bir çalışmada hastaların %32'sinin diğer kaşıntı nedenleri dışlandıktan sonra PP tanısı aldıkları gösterilmiştir ki bu sonuç PP'nin psikiyatrik hastalar arasında çok da ender olmadığını vurgulamaktadır (20).

Sözü geçen ve PP'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla ilgili olarak mevcut kanıtlar bazı durumlarda kaşıntının merkezi sinir sistemi (MSS)'nden kaynaklandığını göstermektedir ki bu tür pruritus "merkezi pruritus" olarak isimlendirilir. Pruritusun bu türünde periferik histaminin etkisini ortadan kaldıran antihistaminiklere yanıt zayıftır. MSS'deki opioid reseptörlerine bağlanan nöropeptitler "opioid nörotransmitter sistem" aracılığıyla PP'deki kaşıntının ana kimyasalları olarak işlev görürler. Bu opioidlerden bazıları metionin enkefalin, lösin enkefalin ve beta endorfinidir. Bu opioid nörotransmitter sistem histamin serbestleştirici etkiden bağımsız olarak kaşıntıyı başlatabilir ya da artırabilir (21, 25).

Bu psikiyatrik durumların dışında mental stres de önemli bir kaşıntı artırıcı etmenddir. Patofizyolojik olarak stres bir yandan deri sıcaklığı, kan akışı ve terlemeyi artırarak öte yandan periferik olarak histamin, vazoaaktif nöropeptitler, yangısal mediyatörler ve MSS'de opioidler kanalıyla kaşıntı duygusunu artırabilir. Kişinin stresle başa çıkabilme özellikleri ve kişiliği mental stresin derideki bir fiziksel bulguya dönüştürülmesinde önemli rol oynar. Ayrıca stres zaten var olan bir hastalığı kaşıntıyı da tetikleyebilir ki bunun en iyi örnekleri psoriasis ve atopik dermatittir (21, 25-27).

Delüzyonel parazitoz ya da psikojenik parazitoz, PP başlığı altında incelenecek özel bir tablodur. Tümüyle psikiyatrik bir problemdir ve derideki değişiklikler "monoseptomatik hipokondriyak psikoz" adı verilen anormal psikopatolojiye ikincil olarak gelişir. Ancak psikoz yanı sıra OKH, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojiler de eşlik edebilir. Hastanın derisinin altında böcek ya da parazitlerin var olduğuna ve gezindiğine dair sabit bir inancı vardır. Bu böcekleri çıkarmak kaygısıyla hasta derisini sürekli kaşır, koparır ve bereler (28, 29).

Kronik taktıl sanrı dermatoloji hastalarında son derece nadir görülen saf psikiyatrik bir sorun olup kronik kaşıntı, yanma, batma gibi duyum bozuklukları ile karakterizedir. Aynı bir antite olarak varlığı tartışmalıdır (21,30)

Psikojenik Kaşıntılarda Psikodinamik Görüşler

Birçok yazar tarafından bu konu ile ilgili görüşler öne sürülmüştür. Ortak olan görüşlere göre bu hastalar agresyon ile ilgili nörotik çatışmalarını, sevgi gereksinimi, kızgınlık ve güclenme duygularını doğrudan ifade edememektedir. Kaşıntının ortadan kalkabilmesi için bilinç dışında yer alan nörotik çatışmanın içerdiği öfke, kızgınlık, agresyon gibi duyguların dile dökülmesi ve bunları kabul edememenin verdiği suçluluk ve kendini cezalandırma duygularının azaltılması gerekir. Bu sayede kişinin kendini yolarak duygularını ifade etmesi ya da kendini cezalandırması önlenmiş olur. Bazı yazarlara göre kaşıntı bir tür mazoşistik histerik konversiyon reaksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır (12).

Psikojenik Kaşıntılı Hastanın Değerlendirilmesi

İster lokal ister jeneralize olsun kaşıntı ile gelen bir hastada psikojenik etiketinin konması üç aşamadan geçer: 1-ayrıntılı öykü, 2-ayrıntılı fizik ve dermatolojik muayene, 3-laboratuvar tetkikleri. Kaşıntının sadece psikiyatrik nedenlere mi dayandığı, organik bir sorundan mı kaynaklandığı, yoksa her ikisinin de etkisiyle mi ortaya çıktığı tespit edilmeye çalışılır (15,18).

Ayrıntılı öyküye diğer kaşıntı nedenlerine ait genel sorgulama sonrasında geçilir. Genel sorgulamada alerjiler, kilo kaybı, halsizlik, ateş, meslek, hobiler, vb. gibi bilgiler önemli iken, PP için odaklanılması gereken ana elementler kaşıntının başlama zamanı, süresi, yoğunlaşma zamanları, başlatıcı, arttırıcı ya da yatıştırıcı etkiler, kaşımanın öncesinde ya da kaşıma süreci esnasında ve sonrasında düşünceler, duygulardır. Uyku sorunları, önceki psikiyatrik durumlar ve ilaç kullanımları, intihar düşünceleri, depresyon sorgulanması bu bölümdeki diğer ayrıntılardır. Kuşku durumlarda psikiyatrik değerlendirme ve psikiyatrik testlere ihtiyaç vardır.

Dermatolojik muayenede ekskoriyasyon, krut oluşumları, pigmentasyon değişiklikleri, ülserler, eritem, enfeksiyon bulguları aranır. Kaşıntı yaratabilen skabies, ürtiker, egzama gibi birçok birincil deri hastalığı muayene ve yardımcı deri testleri aracılığıyla bu aşamada elenir. Brakioradial pruritus, notaljiya parestetika, beyin tümörü kaşıntıları ve multipl skleroz gibi sinir kompresyonu ve hasarı ile giden hastalıklara bağlı nöropatik ya da nörojenik kaşıntılar ile başka sistemik hastalıklara bağlı kaşıntıların da bu tanılarda evrede kısmen elenmesi mümkündür (15,31).

Üçüncü evre laboratuvar tetkikleridir. Özellikle belirtisiz giden ya da ekskoriyasyonların az olduğu veya silik olduğu durumlarda altta yatan sistemik nedenlerin dışlanması amacıyla biyokimyasal tetkikler ve görüntüleme yöntemlerine başvurulabilir. Renal, hepatik hastalıklar, polisitemi vera, çeşitli metabolik bozukluklar, Hodgkin hastalığı ya da lösemilerin psikojenik gibi görünen kaşıntılarla karışması mümkündür. Deri biyopsisi sadece diğer deri hastalıklarını dışlamada yardımcıdır ve başka bir dermatozun varlığında uygulanabilir. Ancak laboratuvar testleri anamnez ve fizik muayeneye dayandırılmalı ve geniş bir perspektiften uygulanmamalıdır.

Genel olarak bu tanılarda akış şeması içinde PP tanısını koymak mümkün olsa da esas sorun PP'nin diğer tablolarla bir araya gelmiş olmasıdır. Örneğin, brakioradial pruritus gibi nöropatik bir kaşıntı tablosuna veya sistemik nedenli bir kaşıntıya ikincil olarak depresyon ve/veya anksiyete eşlik edebilir ve tabloyu karmaşık hale sokabilir (13,15,21,32,33). Kaşıntının süreğen oluşu, geleneksel tedavilere yanıtız kalması, eşlik eden bir depresyonun ya da psikiyatrik bozukluğun varlığı belirtilerin psikojenik olarak değerlendirilmesine ve hastanın ciddiye alınmasına yol açabilir. Kuru deri ile giden bir atopik egzamada hem psikojenik, hem de nörojenik ve deriye ait nedenlerle karışık etiyolojiye sahip kaşıntı tablosunu görmek mümkündür (5). Bu tür hastalara saf PP tanısı koymak ve birincil deri hastalığını atlamak çok olasıdır.

Tedavi

A-Dermatolojik Tedavi: Destekleyici olup ikincil komplikasyonlardan kaçınmak ve hastaya güven sağlamak için gereklidir. Genellikle antihistaminikler ile yapılan standart tedavi

ler yararlı olmaz. Bununla birlikte denenebilir. Özellikle sedatif etkili olan birinci kuşak H₁ antihistaminiklerden yarar sağlamak mümkün olabilir. İster topikal, ister sistemik olsun steroidler psikojen kaşıntıda fayda sağlamaz; ancak yangısal özellikler varsa kullanılabilir. Kuruluk kaşıntıyı tetiklediği için deriyi nemlendirmek önemlidir. Krutlar ve eksüda varlığında enfeksiyon olasılığı göz önünde tutularak lokal ve sistemik antibiyotikler seçilmelidir. Aşırı ekskoriye eden ve derisiyle oynayan hastalarda bunu önlemek için kapatıcı örtüler kullanılabilir (15,21).

B-Psikiyatrik Tedavi: İlaç tedavisi ve psikoterapi olmak üzere iki bölümde incelenmelidir. Etiyolojiye yöneliktir, alta yatan psikopatolojinin düzeltilmesini amaçlar ve tedavinin esas bölümünü oluşturur. Antidepresan ve/veya anksiyolitik ajanlar ve antipsikotiklerden oluşan bu grupta selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SSNRI) ve trisiklik antidepresanlar, dopamin blokeri ve nöroleptik bir ilaç olan pimozid, atipik bir antipsikotik olan olanzapin gibi ilaçlar yer alır (34,35). SSRI grubundan paroksetin ve SSNRI grubundan mirtazapinin inatçı kaşıntıda faydalı olabileceği bildirilmektedir (36). Trisiklik antidepresanlardan doksepinin antidepresan özelliğinin yanında güçlü bir antipruritik etkiye sahip olduğu bilinmekle birlikte tüm bu ilaçları kullanırken intihar riskini daima dikkate almak gerekir (35). Delüzyonel parazitoz gibi özel durumlarda pimozid gibi nöroleptik bir ajan, risperidon gibi antipsikotikler ya da son zamanlarda etkinliği bildirilen olanzapin kullanımı önerilebilir (28,37). İç görü odaklı psikoterapi ve psikanaliz özellikle yaşam kalitesinin ciddi olarak bozulduğu ve dermatolojik ve psikofarmakolojik tedaviye kolay yanıt vermeyen genç hastalarda yararlı olabilir (38).

Kaynaklar

1. Peharda V, Gruber F, Kastelan M, Brajac I et al. Pruritus an important symptom of internal diseases. Acta DermatoVenerologica. Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/acta-apa/acta-apa-00-3/acta-apa-00-3.html>
2. Savin JA. How should we define itching? J Am Acad Dermatol 1998; 38: 268-9.
3. Hiranek N: Itch: a symptom of occult disease. Aust Fam Physician 2004;33:495-9.
4. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, et al. Itch: scratching more than the surface. QJM 2003 ;96:7-26.
5. Bernhard JD. Itch and pruritus: what are they show should itches be classified? Dermatol Ther 2005; 18: 288-91.
6. Bernhard JD. Pruritus. Lancet 1995; 345: 1584.
7. Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M . Itch. Lancet 2003 ; 361:690-4.
8. Harth W, Hermes B, Niemi V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. EJD 2006;16: 607-14.
9. T-J Goon A, Yosipovitch G, Chan YH, Goh CL. Clinical characteristics of generalized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore. Int J Dermatol. 2007 ;46:1023-6.
10. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV). (Çev. Ed. E Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995: 337-63.
11. Gieler U. Pruritus and other somatoform disorders. Available at: <http://www.psychodermatologie.cz/symposium>
12. Koblenzer CS. Psychocutaneous Disease. Orlando: Grune & Stratton;1989: 49-54.
13. Misery L, Alexandre S, Dutray S, Chastaing M, et al. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested

diagnosis criteria from the French psychodermatology group. Acta Derm Venereol. 2007;87:341-4.

14. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepletowski JC, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. Acta Derm Venereol 2007;87:291-4.
15. Yosipovitch G, Samuel LS. Neuropathic and psychogenic itch. Dermatol Ther 2008; 21: 32-41.
16. Walling HW, Swick BL. Psychocutaneous syndromes: a call for revised nomenclature. Clin Exp Dermatol 2007; 32: 317-19.
17. Çalığışu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. Comprehensive Psychiatry 2003;44: 256-61.
18. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. CNS Drugs 2001;15:351-9.
19. Gupta MA. Evaluation and treatment psychogenic pruritus and self excoriation. J Am Acad Dermatol 1995;32: 532-33.
20. Hatch ML, Paradis C, Friedman S, et. al. Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. J Am Acad Dermatol 1992 ;26:549-51.
21. Krishnan A, Koo J. Psyche, opioids, and itch: therapeutic consequences. Dermatol Ther 2005; 214:305-309.
22. Mercan S, Kıvanç Altunay I: Dermatolojide kendini yaralama davranışları ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkileri. Dermatose 2006 ;4: 227-234.
23. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. Dermatol Clin 1996;14: 447-55
24. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF: The self-inflicted dermatoses: a critical review. Gen Hosp Psychiatry 1987; 9:45-52.
25. Fjellner B, Arnetz BB. Psychological predictors of pruritus during mental stress. Acta Dermato Venereol 1985;65: 504-508
26. Wallengren J. Neuroanatomy and neurophysiology of itch. Dermatol Therapy 2005; 18: 292-303.
27. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatological correlates. Arch Dermatol 1988;124: 1052-7.
28. Mercan S, Altunay IK, Taskintuna N, et. al. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of delusional parasitosis. Int J Psychiatry Med. 2007; 37: 29-37.
29. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. Dermatol Clin 1996;14: 447-55.
30. Koo J, Gambla C. Delusions of parasitosis and other forms of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Dermatol Clin 1996;14: 429-502.
31. Greaves MW. Recent advances in pathophysiology and current management of itch. Ann Acad Med Singapore 2007; 36:788-92.
32. Kıvanç Altunay I, Mercan S. Brachioradial pruritus associated with depression and anxiety. Dermatologia Kliniczna 2007;9 (Supp1):31.
33. Koo J, Gambla C, Fried R. Pseudopsychodermatologic disease. Dermatol Clin 1996;14:525-30
34. Greaves MW. Itch in systemic disease: therapeutic options. Dermatol Ther 2005;18:323-7.
35. Koo J, Lebowhl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. Am Fam Physician 2001;64:1873-1878.
36. Hundley JL, Yosipovitch G. Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: a pilot study . J Am Acad Dermatol 2004;50:889-91.
37. Lee CS. Delusions of parasitosis. Dermatol Ther. 2008;21:2-7
38. Koblenzer CS . The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. Dermatol Clin 2005;23:619-27.