



Fonksiyonel pruritusun öfke ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisinin incelenmesi

The relationship of functional pruritus with anger and associated psychiatric disorders

Güldehan Atış, İlknur Kıvanç Altunay*, Gülşen Tükenmez Demirci**, Bahadır Bakım***, Atilla Tekin****, Rabia Önem*****, Oğuz Karamustafaloğlu*****

Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Polikliniği, İstanbul, Türkiye

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

**Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

***Çanakkale Ondokuz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

****Cizre Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şırnak, Türkiye

*****Nevşehir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Nevşehir, Türkiye

Öz

Amaç: Fonksiyonel pruritus (FP) somatizasyon bozuklukları arasında değerlendirilmektedir. Bastırılmış öfke, somatizasyon gelişiminde rol oynamaktadır. Bastırılmış öfkenin FP'deki rolü bilinmemektedir. Amacımız FP hastalarında, kaşınıtı şiddeti ile öfke, öfke kontrolü ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Dermatoloji polikliniğinde FP nedeniyle takip edilen 40 hasta çalışmaya alındı. FP tanısı Fransız Psikodermatoloji Grubu Fonksiyonel Pruritus tanı kriterlerine dayanarak konuldu ve kaşınıtının olası sistemik ve dermatolojik nedenleri ekarte edildi. Hastaların kaşınıtı şiddeti "5-nokta likert skalası" ile ölçüldü. Hastaların öfke duygusu ve ifadesini ölçmek amacıyla, hastalardan "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği" doldurmaları istendi. Psikiyatrik bozukluklar Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.) plus 5 testi ile psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 30'u kadın (%75) 10'u (%25) erkek iken ortalama yaş 46,55±13,20 idi. Kaşınıtı şiddeti ve kaşınıtı süresi ile öfke puanları karşılaştırıldığında; sürekli öfke ve içe dönük öfke ile kaşınıtı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,349$, $p=0,027$ ve $r=0,417$, $p=0,007$). M.I.N.I. test sonuçlarına göre; hastaların 29'unda (%72,5) eşlik eden psikiyatrik bozukluk saptanırken 13'ünde (%27,5) psikiyatrik bozukluk saptanmadı. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastaların, sürekli öfke ve dışa dönük öfke puanları, eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Ayrıca eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda öfke kontrol puanları da daha düşük saptandı. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda kaşınıtı süresi ile sürekli öfke ve içe dönük öfke puanları arasında pozitif korelasyon saptanırken kaşınıtı şiddeti ile öfke puanları arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: Somatoform psikodermatolojik bozukluk olan FP'ye psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik etmektedir ve FP öfke hali ve öfke kontrolü ile ilişkili görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kaşınıtı, öfke, öfke kontrolü, anksiyete, depresyon

Summary

Background and Design: Functional itch disorder is assessed among somatization disorders. Suppressed anger may play a role in the development of somatization and, thus, functional itch disorder. Our aim was to evaluate the relationship of severity of itching with anger, expression of anger and psychiatric disorders in patients with functional itch disorder.

Materials and Methods: Forty patients who were diagnosed with functional itch disorder were enrolled into the study. Functional itch disorder was diagnosed according to the suggested diagnostic criteria from the French psychodermatology group. Pruritus severity was

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Güldehan Atış, Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Polikliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 532 792 70 93 E-posta: guldehan.atis@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 10.11.2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.04.2015

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

evaluated using the five-point Likert scale. The State-Trait Anger Expression Index was used to assess state anger, trait anger and anger expression and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Plus 5.0.0 was used for determining psychiatric status.

Results: A total of 40 patients (30 (75%) females, 10 (25%) males) with a mean age 46.55±13.20 years were enrolled in the study. According to the results of the M.I.N.I., psychiatric comorbidities at the time of itching were existent in 29 (72.5%) patients, whereas 13 (27.5%) patients did not have any other psychiatric symptom. Pruritus duration was correlated with anger trait and anger-in subscale scores in all patients. ($r=0.349$, $p=0.027$, $r=0.417$, $p=0.007$, respectively). Trait anger and anger-out subscale scores were statistically higher in patients with psychiatric disorders ($p<0.05$). Anger control scores were also lower in this group. Pruritus duration was correlated with trait-anger and anger-in subscale scores in patients with psychiatric disorder.

Conclusions: Functional pruritus (FP) as a somatoform psychodermatologic disorder seems to be related with anger levels and anger management styles; and psychiatric disorders are frequently accompanied by functional pruritus.

Keywords: Pruritus, anger, anger control, anxiety, depression

Giriş

Kaşımaya yol açan ve hoş gitmeyen bir duygu olarak tanımlanan kaşıntı, dermatolojik hastalıkların en sık saptanan semptomu olarak karşımıza çıkmaktadır¹. Özellikle deri döküntüsü olmaksızın ortaya çıkan kronik kaşıntı (KK), dermatologlar için tanı ve tedavide zorluk yaratmaktadır². KK'si bulunan hastaların %10-50'sinde altta yatan nöropsikiyatrik, hematolojik, metabolik veya neoplastik nedenler bulunmaktadır. Bir çalışmada KK'si olan hastaların %70'inde psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği gösterilmiştir³. Altta yatan herhangi organik nedenin saptanamadığı durumlarda KK "idyopatik pruritus" ya da "pruritus sine materia" olarak da adlandırılabilirle birlikte günümüzde "idyopatik pruritus" teriminden uzaklaşmıştır.

Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi'ne göre 'International Classification of Disease' (ICD-10) fonksiyonel pruritus (FP) somatoform yada disosiyatif bozukluklar içerisinde değerlendirilmektedir^{4,6}. Altta yatan psikolojik faktörler nedeniyle bu tarz kaşıntısı olan hastalara tanı koymak güçlük oluşturmaktadır. Zira organik kökenli kaşıntılarda psikojenik faktörler için içine karışabileceği gibi psikojenik kaşıntı olarak değerlendirile olasılığı bulunan subklinik ya da gizli organik hastalıklar da olabilir. FP tanısı ancak kaşıntıya neden olabilecek diğer dermatolojik ve sistemik nedenler elendikten sonra bazı kriterlerin varlığı halinde konulabilmektedir⁷. Fransız Psikodermatoloji Grubu (FPDG), yakın zamanda FP için tanı kriterlerini belirlemiş ve psikolojik faktörlerin gerek tetikleyici olarak rol oynadığı, gerekse kaşıntıyı şiddetlendirip kronikleştirdiği KK'nın FP adı altında yeni bir kimlik kazanmasını sağlamıştır. Ayrıca FP'nin Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-IV) de tanımlanmamış somatoform bozukluklar içerisinde değerlendirilmesini önermiştir^{1,8}. Dolayısıyla FP yeni ve güncel bir kavram olarak idyopatik pruritusun yerini almaktadır.

Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere karşı verilen son derece doğal, evrensel, saldırganlık ve şiddet içermeyen, yaşamın devamı için gerekli duygusal bir tepkidir⁹. Öfke yönetimi kişiler arasında farklılık göstermekle birlikte öfke ile başa çıkmanın en sağlıklı yolu, saldırganlık içermeyen dışa yansıtmaktır^{10,11}. Eğer öfke sağlıklı bir şekilde ifade edilemezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendisine döner, psikosomatik rahatsızlıklara ya da depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yol açabilir⁸. Bastırılmış düşmanlık ve öfke somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etmen olarak tanımlanmıştır. İfade etme şekline göre; depresif bozuklukta somatizasyonun öfke dışa vurumuna, anksiyete bozukluklarındaki somatizasyonun ise öfkenin bastırılmasına bağlı gelişebileceği belirtilmektedir¹².

Literatürde, psoriasis, alopesi areata, ürtiker, fibromiyalji ve akne vulgaris gibi somatoform bozukluklarla öfke ve öfke kontrolü arasındaki ilişkinin irdelendiği çeşitli çalışmalar mevcuttur¹³⁻¹⁸. Ancak öfke ve öfke

kontrolü ile görece yeni bir tanım olan FP arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Amacımız FP hastalarında öfkenin kontrolü ve ifade tarzları ile eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştırmak, ek olarak bu parametrelerin kaşıntı şiddeti ve süresi ile ilgisi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Dermatoloji polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü, 40 FP hastası çalışmaya alındı. Kaşıntıya neden olabilecek ek sistemik ya da dermatolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. FP tanısı FPDG tanı kriterlerine dayanılarak konuldu. Kaşıntıya yol açabilecek organik nedenleri dışlamak amacıyla, hastalardan ayrıntılı anamnez alındı, eşlik eden hastalıklar ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Rutin laboratuvar testleri istenerek ayrıntılı dermatolojik muayeneleri yapıldı. Kaşıntının şiddetini belirlemek için "5-nokta likert skalası" kullanıldı. 5-nokta likert skalasında, 1 puan kaşıntının hafif olduğu durumları yansıtırken, 5 puan çok şiddetli kaşıntıyı ifade etmektedir¹⁷. Hastaların sosyodemografik özellikleri, kaşıntı süresi, eşlik eden sistemik hastalıklar, laboratuvar parametreleri, kullandıkları ilaçlar, mevcut FP tanı kriterleri ve dermatolojik muayene bilgilerini içeren standart form dolduruldu. Psikiyatrik bozuklukları ortaya koymak amacıyla "Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Formu" (M.I.N.I.) psikiyatrist tarafından uygulandı ve hastalardan "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği" doldurmaları istendi.

Fransız psikodermatoloji grubu fonksiyonel pruritus tanı kriterleri

Zorunlu kriterler

- 1- Lokalize veya jeneralize primer deri lezyonu olmayan kaşıntı,
- 2- Altı haftadan uzun süren KK,
- 3- Somatik bir nedenin olmayışıdır.

Yardımcı kriterler

- 1- Kaşıntının psikolojik etkilere yol açan yaşam olayı ile kronolojik ilişkisi,
- 2- Stresle kaşıntının şiddetinin artması,
- 3- Gece uykusunun olumsuz etkilenmesi,
- 4- Dinlenme esnasında kaşıntının belirgin olması,
- 5- Diğer psikojenik bozuklukların eşlik etmesi,
- 6- Psikotrop ilaçlara yanıt,
- 7- Psikoterapilere yanıt olmasıdır.

FPDG'ye göre FP tanısı için 3 tanesi zorunlu kriter olmak üzere toplam altı kriterin varlığında FP tanısı konulabilmektedir¹.

Kısa uluslararası nöropsikiyatrik görüşme formu

Sheehan ve ark.¹⁹ tarafından 1998'de geliştirilen DSM-IV ve ICD-10'daki eksen 1 psikiyatrik rahatsızlıklar için düzenlenmiş ve yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Klinisyen tarafından yaklaşık 20 dakikada yapılır. Her

bir psikiyatrik bozukluk için yapılandırılmış tarama soruları sorulmakta ve evet cevabı alınması halinde ayrıntılı değerlendirmeye geçilmektedir. Form Engeler²⁰ tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği

Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, 34 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzı ölçeklerinin içe dönük öfke (8 madde), dışa dönük öfke (8 madde) ve öfke kontrolü (8 madde) alt ölçekleri vardır. Bireyin kendisinden "hiç", "biraz", "oldukça" ve "tümüyle" seçeneklerinden en uygun ifade işaretlemesi istenir. Spielberger²¹ tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1994 yılında Ozer²² tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel analiz

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde frekans, oran, ortalama ve standart sapma değerleri kullanıldı. Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov ile test edildi. Parametrik olmayan kesikli verilerin analizinde Mann-Whitney U testi, korelasyon analizinde ise Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon analizi uygulandı. Analizler için SPSS 19.0 programı kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 46,55±13,20 olan 30'u (%75) kadın, 10'u (%25) erkek olmak üzere toplam 40 hasta dahil edildi. Hastaların 25'i (%62,5) ilkökul, 10'u lise (%25), 5'i (%12,5) ortaokul mezunu idi. Hastaların 6'sı (%15) bekar iken, 34'ü (%85) evli idi. Yirmi üç hasta (%57,5) ev hanımı, 4 hasta (%10) emekli ve 13 hasta (%32,5) çalışmaktaydı. M.I.N.I. test sonuçlarına bakıldığında; hastaların 29'unda (%72,5) eşlik eden psikiyatrik bozukluk saptanırken 13'ünde (%27,5) psikiyatrik bozukluk saptanmadı. Hastaların 8'inde (%20) depresyon, 8'inde (%20) depresyon-anksiyete miks bozukluk, 7'sinde (%17,5) anksiyete bozukluğu ve 3'ünde (%7,5) ağır bozukluğu saptandı. Bir hastada (%2,5) antisosyal kişilik organizasyonu, 1 hastada (%2,5) hipokondriyazis ve 1 hastada (%2,5) somatizasyon bozukluğu saptandı. Çalışmaya katılan hasta sayısının az olması ve hastaların eşlik eden psikiyatrik bozuklukları çeşitlilik göstermesi nedeniyle, eşlik eden psikiyatrik hastalara dayanılarak istatistiksel inceleme yapılmadı. Literatürde öfke değerlendirmesinin en çok depresyonlu hastalarda yapılması nedeniyle hastalar depresif bozukluğu olanlar ve diğer psikiyatrik bozukluklar olmak üzere iki grupta incelendi. Depresif bozukluğu olan hastalar ile diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastaların kaşıntı şiddeti ve süresi ile öfke puanları karşılaştırıldığında depresif bozukluğu olan grupta kaşıntı şiddeti ve sürekli öfke puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu. (p=0,08 ve p=0,01). Kaşıntı şiddeti ve kaşıntı süresi ile öfke puanları (sürekli öfke, içe dönük öfke, dışa dönük öfke, öfke kontrolü) karşılaştırıldığında; sürekli öfke ve içe dönük öfke ile kaşıntı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0,349, p=0,027 ve r=0,417, p=0,007). Ancak kaşıntı şiddeti ile öfke puanları arasında korelasyon bulunmadı (p>0,05) (Tablo 1). Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastaların, sürekli öfke ve dışa dönük öfke puanları, eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). Ayrıca eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda öfke kontrol puanları da daha düşük saptandı (Tablo 2). Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda kaşıntı süresi ile sürekli öfke (p=0,047) ve içe dönük öfke (p=0,010) puanları arasında pozitif korelasyon saptanırken kaşıntı

şiddeti ile öfke puanları arasında ilişki saptanmadı. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalarda kaşıntı şiddeti ile öfke kontrolü arasında korelasyon saptandı (p=0,018).

Tartışma

Öfke, algılanan tehdite karşı gösterilen sağlıklı bir reaksiyon olmakla birlikte başa çıkılmaması ya da kontrol edilememesi halinde bir takım sorunlara yol açabilmektedir. Örneğin somatizasyon gelişiminde öfkenin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir²³. Literatürde öfke ve somatizasyonla karakterize olan fiziksel hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Dermatoloji alanında çalışmalar daha çok ruhsal stresle tetiklenen hastalıklar olarak bilinen psoriasis, akne ve alopesi areatada yapılmıştır. Doruk ve ark.¹³ psoriasis ve alopesi areatada öfke ve öfke ifade tarzlarını incelemişler ve iki grup arasında fark bulamamışlardır. Kum ve ark.¹⁸ akneli ergenlerde öfke düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında, kontrol grubu ile akneli grup arasında öfke düzeyi ve öfke ilişkili alt ölçekler açısından anlamlı bir fark bulamamış ve bu sonucun çalışmaya katılan hastaların çoğunun akne şiddetinin hafif olmasına bağlı olabileceğini vurgulamışlardır. Yine aynı çalışmada sürekli öfke ve içe dönük öfke puanlarının artışı ile yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği rapor edilmiştir. Güleç ve ark.¹⁴ psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı fibromiyalji sendromlu hastalarda yaptıkları çalışmada, anksiyete ve içe dönük öfkeyi kontrol grubuna göre hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmış bulmuşlardır. Aynı çalışmada öfke, düşmanlık, saldırganlık ve öfke ile başa çıkma tarzları incelenmiş

Tablo 1. Kaşıntı şiddeti ve süresi ile öfke puanları arasındaki ilişki (Pearson korelasyon analizi)

	5-nokta likert skala (r değeri)	Kaşıntı süresi (r değeri)
5-nokta likert skala puanı	-	0,218
Sürekli öfke puanı	0,150	*0,349
İçe dönük öfke puanı	0,009	**0,417
Dışa dönük öfke puanı	0,097	0,259
Öfke kontrol puanı	-0,235	0,100

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 2. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda kaşıntı süresi, şiddeti ve öfke puanları arasındaki ilişki

	Eşlik eden psikiyatrik bozukluk		p
	Var	Yok	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
5-nokta likert skala puanı	3,45±1,21	3,90±0,94	0,294
Kaşıntı süresi (ay)	36,50±33,19	65,90±133,03	0,698
Sürekli öfke puanı	15,45±4,46	24,38±6,82	**0,000
İçe dönük öfke puanı	14,64±4,13	17,69±4,74	0,069
Dışa dönük öfke puanı	12,45±3,53	17,76±5,62	**0,004
Öfke kontrol puanı	24,64±5,37	20,48±6,05	*0,033

*p<0,05, **p<0,01, SS: Standart sapma

ve öfke ile başa çıkma tarzlarının kronik ağrı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Aslında KK, kronik ağrının deriye eşdeğer yansımaları olarak kabul edilir^{1,2,4}. Çalışmamızda, sürekli öfke ve içe dönük öfke puanları ile kaşıntı süresi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç şiddetli öfke ve bastırılmış öfkenin, tıpkı kronik ağrıda olduğu gibi FP'de de uzun süreli kaşıntı ve hastalık progresyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Kaşıntının psikiyatrik nedenleri ele alındığında; depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, şizofreni, taktil halüsinasyonlar gibi psikiyatrik bozukluklar ve çeşitli psikosomatik bozukluklar saptanabilir⁶. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar ile kaşıntı ilişkisi iyi bilinmektedir^{23,25-27}. Depresif duygu durumu kaşıntının şiddetinin artmasına yol açabilir^{28,29}. Benzer şekilde anksiyetenin artması da kaşıntının artmasına yol açabilmektedir. Öte yandan depresyon ve öfke arasında da bir ilişki vardır ve birçok çalışmada depresyon ile bilhassa bastırılmış öfkenin ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Öfkenin bir alt tipi olan bastırılmış ya da diğer bir deyişle içe dönük öfke, depresyonun bir klinik bulgusu olabilir³⁰⁻³³. Bazı çalışmalarda ise dışa dönük öfke, depresif semptomlarla ilintili bulunmuş ve şiddet davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir^{33,34}. Çalışmamızda izole depresif bozukluğu olan grup ele alınıp diğer hastalarla kaşıntı şiddeti ve süresi ile öfke puanları açısından karşılaştırıldığında depresif bozukluğu olan grupta kaşıntı şiddeti ve sürekli öfke puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuç depresif duygu durumu ile kaşıntı şiddetinin ve yaşanan öfkenin ilişkili olduğunun bir göstergesidir. Sürekli öfke daha çok fiziksel, davranışsal ve psikolojik rahatsızlık durumlarıyla ilintili olup sürekli öfke düzeyleri yüksek olan kişiler daha çok düş kırıklığı, kızgınlık ve tehdit algısı yaşarlar^{35,36}. Bu durumda depresyon ile birlikte şiddetli KK'sı olan bireylerin sürekli öfke riski altında oldukları söylenebilir. Psikiyatrik bozukluğu bulunan FP'li hastaların sürekli öfke ve dışa dönük öfke puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanırken, öfke kontrol puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Yani bu hastalar genel olarak öfke denetiminde zorlanmakta, öfkelerini dışa yansıtmaktadırlar. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur^{23,25}. Aynı hasta grubunda kaşıntı şiddeti ile öfke puanları arasında ilişki saptanmazken, kaşıntı süresi ile sürekli öfke ve içe dönük öfke puanları arasında korelasyon saptanması yaşanan öfkenin bastırılmasında kaşıntının bir savunma mekanizması olarak devreye girebileceğini düşündürmektedir²⁸. Psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara baktığımızda bu grupta kaşıntı şiddeti ile, öfke kontrolü puanlarının negatif korelasyon gösterdiğini, yani bu kişilerde kaşıntı şiddeti arttıkça öfkelerini kontrol etmekte zorluk yaşadıklarını görmekteyiz. Bununla birlikte bu grup hastalar öfke ifade tarzlarında psikiyatrik komorbiditesi olan gruptaki hastalara göre daha sağlıklı görünmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmanın iki önemli kısıtlılığı bulunmaktadır. Birincisi çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az olmasıdır. Daha fazla hastanın katılımının sağlanmasıyla, demografik özellikler ile öfke puanları kıyaslanıp, öfke durumuna etki edebilecek başka faktörler ortaya konulabilir. Ayrıca hasta sayısının artırılması hastaların eşlik eden psikiyatrik hastalıklara göre de kıyaslanmasına olanak sağlayacaktır. Diğer kısıtlılığı ise sağlıklı kontrol grubunun olmayışıdır. Sağlıklı kontrol grubu ile öfke puanlarının kıyaslanması öfke ve kaşıntı arasındaki ilişkiyi daha net bir şekilde ortaya koyabilir.

Sonuç olarak; somatoform bozukluk olan FP, öfke düzeyi ve öfke ifade tarzıyla ilişkili görünmektedir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğun olduğu

durumlarda sürekli bir öfkeye sahip oldukları ve bu öfkenin daha çok dışa yönelik olduğu saptanmıştır. Yani bu hastalar öfkelerini bastırmaktan çok dış dünyaya yönlendirmektedirler. Ancak bu grup hastada kaşıntı süresi arttıkça ya da kaşıntı kronikleştikçe hastanın yaşadığı panik durumu azalarak yaşanan öfke dışa yansıtılmaktan çok içe dönmekte ve hasta bu kaygıyla baş etmek için kaşıntı mekanizmasını daha uzun süre kullanmaktadır. Psikiyatrik komorbiditenin olmadığı durumlarda ise hasta kronik bir öfkeye sahip olmaksızın sadece durumsal öfkesini kontrol etmekte zorluk yaşamaktadır. Bu bilgiler dışında FP hastalarında psikolojik/psikiyatrik muayenelerin önemli olduğu anlaşılmakta ve var olan bir psikiyatrik bozukluğun hastanın tedavisini zorlaştırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğun ortaya konulup, tedavisinin düzenlenmesi açısından, gerekli durumlarda psikiyatristler ile iş birliğinden kaçınılmalıdır.

Yazarlık Katkıları

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır, Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır, Konsept: İlknur Kıvanç Altunay, Güldehan Atış, Oğuz Karamustafaloğlu, Dizayn: İlknur Kıvanç Altunay, Güldehan Atış, Veri Toplama veya İşleme: Güldehan Atış, Gülşen Tükenmez Demirci, Atilla Tekin, Bahadır Bakım, Rabia Önem, Analiz veya Yorumlama: Güldehan Atış, Literatür Arama: İlknur Kıvanç Altunay, Güldehan Atış, Gülşen Tükenmez Demirci, Atilla Tekin, Bahadır Bakım, Rabia Önem, Yazan: İlknur Kıvanç Altunay, Güldehan Atış, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir, Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Misery L, Alexandre S, Dutray S, et al: Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group. Acta Derm Venereol 2007; 87:341-4.
2. Greaves MW: Pathogenesis and treatment of pruritus. Curr Allergy Asthma Rep 2010; 10:236-42.
3. Ferm I, Sterner M, Wallengren J: Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. Acta Derm Venereol 2010; 90:395-400.
4. "International Classification of Diseases 10th Revision". World Health Organization 2010.
5. Schneider G, Driesch G, Heuft G, Evers S, Luger TA, Ständer S: Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. Clin Exp Dermatol 2006; 31:762-7.
6. Stander S, Weishaar E, Mettang T, 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.
7. Weishaar E, Kucenic MJ, Fleischer AB Jr: Pruritus: a review. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 2003; 213:5-32
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM IV-TR) Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 485-511.
9. Modrcin-McCarthy MA, Pullen L, Flannery Barnes AF, Alpert J: Childhood anger: so common, yet so misunderstood. J Clin Adolesc Psychiatr Nurs 1998; 11:69-77.
10. Fassino S, Daga GA, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG: Anger and personality in eating disorders. J Psychosom Res 2001; 51:757-64.
11. Starner TM, Peters RM: Anger expression and blood pressure in adolescents. J Sch Nurs 2004; 20:335-42.

12. Gollwitzer M, Eid M, Jürgensen R: Response styles in the assessment of anger expression. *Psychol Assess* 2005; 1:56-69.
13. Doruk A, Tunca M, Koç E, Erdem M, Uzun Ö: Alexithymia, anger-anger management style and temperament-character profiles in males with alopecia and psoriasis. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29:1503-9.
14. Güleç H, Sayar K, Topbaş M, Karakucak M, Ak I: Alexithymia and anger in women with fibromyalgia syndrome. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:191-8.
15. Phillips KA, Siniscalchi JM, McElroy SL: Depression, anxiety, anger and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q* 2004; 75:309-20.
16. 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.
17. Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F: Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2008; 22:1062-9.
18. Kum Ö, Erturan İ, Aktepe E: The evaluation of quality of life, self-esteem, peer relationship and anger levels in adolescents with acne at an university hospital: a case control study. *Anatolian J Psychiatry* 2014; 15:150-6.
19. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:22-33.
20. Engeler A: (M.I.N.I.) Araçları Türkçe Uyarlama 5.0.0.GSK, İstanbul, 2004.
21. Spielberger CD, Jacobs G, Russel F: Assessment of anger: the state trait anger scale. *Advances in Personality Assessment*. Ed. Butcher JN, Spielberger CD. Hillsdale, NJ:LEA, 1993; 159-87.
22. Ozer AK: A preliminary study of trait anger and anger expression scale. *Türk Psikiyatri Derg* 1994; 9:26-35.
23. Koh KB, Park JK: The relation between anger management style and organ system-related somatic symptoms in patients with depressive disorders and somatoform disorders. *Yonsei Med J* 2008; 49:46-52.
24. Shimada SG, LaMotte RH: Behavioral differentiation between pain and itch in mouse. *Pain* 2008; 139:681-7.
25. Türkçapar H, Güriz O, Ozel A, Işık B, Dönbak Orsel S: Relationship between depression and anger in patients with antisocial personality disorder. *TürkPsikiyatri Derg* 2004; 15:119-24.
26. Verhoeven EW, de Klerk S, Kraaimaat FW, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Evers AW: Biopsychosocial mechanisms of chronic itch patients with skin diseases: a review *Acta Derm Venereol* 2008; 88:211-8.
27. İkiz T: Paris psikosomatik okulu. *Türk Psikiyatri Dizini* 2008; 3:119-27.
28. 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.
29. Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA: Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990; 123:769-74.
30. Hisli Şahin N, Durak Batgün A, Koç V: The relationship between depression, and interpersonal style, self-perception and anger. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22:17-25.
31. Baeg S, Wang KS, Chee IS: Anger in elderly patients with depressive disorder. *Psychiatry Investig* 2011; 8:186-93.
32. Begley TM: Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *J Organ Behav* 1994; 15:503-16.
33. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK: Relationship of anger and anger attacks with depression: a brief review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255:215-22.
34. Terasaki DJ, Gelaye B, Berhane Y, Williams MA: Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students. *BMC Public Health* 2009; 9:13.
35. Martin R, Watson D: Style of anger expression and its relation to daily experience. *Pers Soc Psychol Bull* 1997; 23:285-94.
36. Lopez FG, Thurman CW: High trait and low trait angry college students: a comparison of family environments. *J Conselling Development* 1993; 77:523-37.