

مروری بر جنبه‌های سایکوسوماتیک آکنه و لگاریس (جوش‌های غرور جوانی)

ندا ادیبی^۱، علی طغیانی^۲

چکیده

آکنه (جوش) به عنوان یک بیماری تأثیرگذار در ظاهر فرد می‌تواند باعث اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی در بیمار شود و این مشکلات می‌توانند مانند یک بیماری جدی جسمانی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. مشکلات و عوارض روحی ایجاد شده توسط آکنه لازم است به شدت در فرایند درمان مورد توجه قرار گیرد، در غیر این صورت یک درمان پوستی صرف ممکن است به نتایج درمان مطلوب نرسد.

عوارض روان‌شناختی آکنه همیشه ارتباطی با شدت آن ندارد و حتی یک آکنه خفیف در فردی که به ظاهر خود حساس است، می‌تواند باعث اضطراب یا افسردگی شدید شود. از این رو پیشنهاد می‌شود که بیمارانی که مبتلا به آکنه هستند و در عین حال از علائم اضطراب و افسردگی و یا احساس بد شکلی شکایت دارند، به طور همزمان توسط متخصص پوست، روان‌پزشک و روان‌شناس یا روان‌پرستار به صورت یک همکاری بین رشته‌ای درمان شوند.

واژه‌های کلیدی: آکنه و لگاریس، بیماری‌های روان‌تنی، مقاله مروری.

نوع مقاله: مروری

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۶

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۸

مقدمه

آکنه یا جوش‌های غرور جوانی به طور عمده در دهه دوم و سوم عمر ایجاد می‌شوند و محل‌های شایع ابتلا به آن در صورت و پشت کمر و گاه‌گاه در قسمت سینه، بازوها یا سایر قسمت‌های بدن است (۱). افزایش ترشح چربی پوست به همراه ازدیاد پرولیفراسیون باکتریال در ایجاد آکنه مؤثرند. ژنتیک، عوامل هورمونی و استرس‌های روحی در اتیولوژی آکنه مؤثر شناخته شده‌اند (۲-۴). آکنه به طور متوسط تا ۸۵ درصد از نوجوانان ۱۱-۳۰ سال را درگیر می‌کند (۵). متوسط سن شروع آکنه در دختران نوجوان ۱۵-۱۲ و در پسران ۱۸-۱۶ سالگی است و در ۱۰ درصد از افراد تا ۴۰ سالگی ادامه خواهد داشت (۱).

چه عواملی در ایجاد و تشدید آکنه مؤثرند؟ با وجود این که تاکنون مطالعات متعددی با هدف بررسی تأثیر تغذیه در آکنه انجام شده است، اما ارتباط واضحی بین رژیم غذایی و آکنه شناخته نشده است. به عنوان نمونه در یک مطالعه مشخص شده است که وقتی اسکیموها در رژیم غذایی معمول خود تغییر عادت می‌دهند و به رژیم‌های غذایی غربی رو می‌آورند، شانس وقوع آکنه در آن‌ها بیشتر می‌شود (۶). در مطالعات دیگر رژیم‌های غذایی با اندکس کربوهیدرات بالا مثل شیر گاو را در وقوع آکنه مؤثر دانسته‌اند (۷). با وجود مطالعات موجود نمی‌توان به ارتباط منطقی بین آکنه و رژیم غذایی پی برد، اما لازم است که بیماران از هر نوع ماده

Email: nedaadibi705@gmail.com

۱- متخصص پوست، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

۲- دانشجوی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران.

غذایی که احساس می‌کنند، متعاقب آن دچار عود آکنه می‌شوند، پرهیز کنند و انجام مطالعات دقیق‌تر در این ارتباط توصیه می‌شود.

به نظر می‌رسد که علاوه بر عامل تغذیه، عوامل دیگری نیز در این زمینه نقش دارند. به عنوان مثال گزارش شده است که در ۷۸ درصد از بیماران عود آکنه بیشتر در سیکل‌های قاعدگی دیده شده است (۸). با توجه به عدم وجود شواهد کافی برای تأثیر رژیم غذایی، بهداشت فردی، دفعات و نوع مواد شوینده صورت و نور خورشید در ایجاد آکنه، توصیه‌های لازم جهت جلوگیری از وقوع آکنه در هر بیمار به شرایط فردی وی بستگی خواهد داشت (۹).

اثر استرس و وضعیت‌های روان‌شناختی بر ایجاد آکنه

اغلب بیماران معتقد به اثر استرس‌های روحی بر ایجاد آکنه هستند (۱۰، ۱۱). استرس در ۵۰ درصد از موارد می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید آکنه شود (۸، ۱). مطالعات تجربی اندکی اثر استرس بر آکنه را مورد بررسی قرار داده‌اند.

در اتیولوژی جوش صورت عوامل مختلفی در توجیه اثر استرس بر آکنه مطرح شده است. مطالعات اخیر نشان داده است که سلول‌های چربی موجود در پیاز مو رسته‌های مخصوص هورمون‌های مترشحه ناشی از استرس، مانند هورمون آزادساز کورتیکو تروپین (CRH یا Corticotropin-releasing hormone)، ملانوکورتین و نورو پپتید Y و بتا اندروپین دارند (۱۲، ۳). پس از اتصال این هورمون‌ها به گیرنده‌های سطح سلول‌ها چربی اپیدرم، تولید و ترشح سیتوکین‌های التهابی القا می‌شوند. به این ترتیب استرس به غدد سباسه منتقل شده، باعث افزایش ترشح چربی و ایجاد و تشدید آکنه می‌شود (۱۳).

در جریان استرس، افزایش ترشح کورتیکو استروئیدها و آندروژن‌های آدرنال باعث بدتر شدن آکنه می‌شود. ماده P مترشحه در جریان آکنه باعث تحریک لیپوژنز غدد سباسه و در نتیجه تحریک همانندسازی باکتری پروپیونی باکتریوم

اکنس (P.acnes) می‌شود که باکتری اصلی مؤثر در پاتوژنز آکنه است (۱۴).

استرس‌های روحی همچنین می‌تواند تا ۴۰ درصد سرعت ترمیم زخم را نیز کاهش دهد، که به عنوان یک فاکتور در تأخیر ترمیم ضایعات آکنه نیز اثر می‌کند (۱۵). موارد متعددی از عود آکنه در زنان جوان متعاقب استرس ناشی از ازدواج و تأهل نیز گزارش شده است (۱۶).

تشخیص‌های افتراقی آکنه از دیدگاه سایکوسوماتیک

۱- خراشیده کردن و آسیب پوستی سایکو ژنیک (Neurotic excoriation)

این اصطلاح به تخریب و خراش دادن پوست به فرم نوروتیک و آسیب زدن ارادی و خراشاندن پوست نرمال یا دارای نا منظمی‌های اندک اطلاق می‌شود.

در ۲ درصد از بیماران پوستی احتمال وقوع این وضعیت وجود دارد. در این بیماران اغلب علائم همراه روان‌پزشکی، به خصوص اختلالات خلقی و اضطرابی شایع است.

بیماران با علائم آسیب پوستی سایکو ژنیک به طور شایع بیماری‌های همراه مانند اختلالات وسواس به چربی پوست، احساس بد شکلی و بد فرمی بدن، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، تریکو تیلو مانیا و اختلال شخصیت وسواس- جبری و اختلالات شخصیت مرزی را دارند (۱۷).

SSRIs (مهار کننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین) به عنوان درمان آسیب پوستی سایکو ژنیک مؤثر شناخته شده‌اند (۱۷، ۱۸). مطالعه واضحی در مورد اثر درمان‌های رفتار درمانی و سایکودینامیک تراپی در آسیب پوستی سایکو ژنیک وجود ندارد. گرچه درمان‌های تغییر عادت (Habit reversal therapy) در این زمینه مؤثر است (۱۷، ۱۳).

۲- بیماری خود بد شکل انگاری (Body dismorphic disorder)

خود بد شکل انگاری نوعی سندرم است، که به وسواس ناشی از احساس بد شکلی، به دلیل تصویر ذهنی نامناسب

آکنه و پرسش‌نامه‌های اختصاصی پوست

بیماری‌های پوستی به شیوه‌های مختلفی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آکنه اثر می‌گذارد.

در یک مطالعه که با استفاده از پرسش‌نامه Skin dex (یک پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی که سه حیطه عملکرد، عواطف و علایم را در سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی تشخیص می‌دهد)، در ۶۰ بیمار مبتلا به آکنه نشان داد که در این بیماران اثری که آکنه در عملکرد و عواطف فرد می‌گذارد، شبیه اثری است که بیماری‌های مزمنی همچون پسونیازیس بر جا می‌گذارد، گر چه علایم بالینی کمتری را تجربه می‌کنند.

بدون توجه به شدت بیماری هر چه بیمار مبتلا به آکنه مسن‌تر باشد، شدت تأثیر در کیفیت زندگی بیشتر خواهد بود (۳۲).

با استفاده از پرسش‌نامه نحوه سازگاری با بیماری‌های مزمن (CSD = Adjustment to chronic Skin disorder) که جنبه‌های سازگاری با آکنه به خصوص اضطراب اجتماعی، احساس بی‌حمایتی و خلق اضطراب، افسردگی و اثر بر کیفیت زندگی را می‌سنجد، نشان داده است که بیماران مبتلا به آکنه در کلیه جنبه‌ها به جز خلق مضطرب افسرده نمره کمتری نسبت به جمعیت نرمال می‌گیرند (۳۳-۳۵).

هر چه سطح تسهیلات بیمار بالاتر باشد، نمره کمتری در CSD می‌گیرند که نشان می‌دهد قدرت سازگاری بهتری با بیماری دارند.

Gloor و همکاران نیز نشان دادند که سطح تحصیلات فرد بر کیفیت زندگی مبتلایان به آکنه مؤثر است (۳۶).

اثر تخریبی آکنه بر کیفیت زندگی بیماران

تخریب روان‌شناختی که مبتلا به آکنه ایجاد می‌کند در گذشته توسط Zaidem و Sulzberger گزارش شده است (۱۰).

به نظر می‌رسد که دیگر هیچ بیماری منفردی مانند آکنه نتواند به این شدت باعث آسیب روانی و اختلال سازگاری بین والدین و فرزندان، احساس عدم اعتماد به نفس شود. با وجود

فرد از خود به غلط یا ناشی از مشکلات کوچک جسمی اطلاق می‌شود.

گر چه این بیماری یک بیماری روان‌پزشکی است، اغلب بیماران برای بر طرف نمودن کاستی‌هایی که به ظاهر خود تصور می‌کنند، به متخصصین پوست یا جراحان پلاستیک مراجعه می‌کند. درمان جراحی یا دارویی اغلب باعث رضایت بیمار نمی‌شود و درمان روان‌پزشکی نیز بسیار چالش برانگیز است (۱۹). شیوع این سندرم ۵-۷٪ درصد در جامعه گزارش شده (۲۱، ۲۰)، در کلینیک‌های پوست و مراکز زیبایی بروزی به ترتیب معادل ۱۱/۹ و ۱۸/۴ درصد دارد (۲۳، ۲۲). در یک مطالعه روی ۱۸۸ بیمار مبتلا به خود بد شکل انگاری، ۴۶ درصد از بیماران به دلیل این مشکل قبل از این به متخصص پوست مراجعه کرده بودند و ۳۸ درصد نیز درمان‌های پوستی دریافت کرده بودند (۲۴).

گاهی بیماران مبتلا به خود بد شکل انگاری از آکنه شدید و بد شکل کننده شاک می‌هستند (۲۷-۲۵).

به طور تیپیک به بیماران دچار خود بد شکل انگاری حداقل یک بار تلاش برای خودکشی داشته‌اند (۲۹، ۲۸). این بیماران باید تحت نظارت یک روان‌شناس درمان شوند، به خصوص در افرادی که فاصله واضح بین مسأله مورد شکایت بیمار و آن چه در ظاهر بیمار وجود دارد، دیده می‌شود. مداخلات روان‌درمانی لازم است، زیرا شانس خودکشی در این گروه را نباید نادیده گرفت (۳۰-۲۸).

چون اغلب بیماران خود بد شکل انگاری به متخصصین رشته‌های زیبایی، به جای روان‌پزشک مراجعه می‌کنند، از این رو متخصصین رشته‌های جراحی زیبایی و پوست بهتر است آشنایی کاملی با این سندرم و مداخلات درمانی آن مانند رفتار درمانی شناختی (Cognitive behavioral therapy یا CBT) و SSRIs داشته باشند.

از گزارش‌های فردی بیمار از خود (Brief self reporting) می‌توان برای اسکرین کردن بیماران جهت خود بد شکل انگاری استفاده کرد (۳۱).

اختلالات روان‌پزشکی بیماران مبتلا به آکنه

مطابق با متون موجود، تاکنون هیچ اختلال شخصیتی اختصاصی در بیماران مبتلا به آکنه در مطالعات گزارش نشده است (۴۴-۴۶)، اما این بیماران به درجاتی از سایر اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند. به عنوان نمونه Ropp و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۴۷۹ بیمار مبتلا به آکنه نشان دادند که میزان خشم در بیماران مبتلا به آکنه با نمره کیفیت زندگی و رضایت از درمان آن‌ها بستگی دارد (۴۷). همچنین بیماران مبتلا به آکنه نسبت به جمعیت نرمال عصبی‌تر و دارای مکانیسم‌های دفاع از خود نامناسب‌تری بودند و بر عملکرد ارگان‌های بدن خود بیشتر تمرکز داشتند (۴۸).

در مطالعه Picordi و همکاران نیز با استفاده از پرسش‌نامه GHQ-12، نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به آکنه نسبت به افراد سالم مشکلات روان‌شناختی بیشتری را داشتند (۴۹).

Gupta تأکید کرده است که در بیماران مبتلا به آکنه دیررس (ابتلا به آکنه بعد از سن ۲۵ سالگی) همواره باید مراقب خطر خودکشی بود (۵۱، ۵۰).

بیماران مبتلا به آکنه نسبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های دردناک مزمن کمتر دچار ناتوانی هستند، اما شیوع افسردگی در آن‌ها معادل بیماران مبتلا به پسوریازیس بستری شده در بیمارستان است (۵۱). Rubinow و همکاران پس از درمان بیماران مبتلا به آکنه، کاهش شدت اضطراب را در آن‌ها مشاهده کردند. به خصوص در بیمارانی که با مصرف ایزوترتینوئین بهبود واضح پیدا کردند، میزان کاهش اضطراب آن‌ها بیشتر بوده است. به نظر می‌رسد که این عامل به دلیل ناتوانی طولانی مدتی است که آکنه در موقعیت‌های اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند. به علاوه بیماران مبتلا به آکنه اعتماد به نفس پایین‌تری دارند (۵۲).

اگر چه گزارشات، ارتباط بین مصرف ایزوترتینوئین با افسردگی و خودکشی را مطرح نموده‌اند، با این حال مطالعات اپیدمیولوژیک نشان دهنده ارتباط معنی‌داری نبوده‌اند.

این مسأله جنبه‌های سایکولوژیک آکنه اغلب در درمان آن به فراموشی سپرده می‌شود و باعث کاهش پذیرش درمان توسط بیمار و شکست درمان می‌شود (۳۷-۳۹).

در مطالعه KOO (به نقل از Maisonneuve و همکاران)، ۷۰ درصد از ۴۷۹۷ بیمار مبتلا به آکنه به این سؤال که آیا احساس طرد شدن توسط اجتماع دارید؟ پاسخ مثبت داده‌اند (۴۰). به نظر می‌رسد که این احساس طرد شدگی تنها یک تصور ذهنی نباشد و در واقعیت هم به درجاتی وجود داشته باشد. زیرا در افراد مبتلا به آکنه با سن ۱۸-۳۰ سال شانس بیکاری مبتلایان بیشتر از بیماران با پوست نرمال است (۴۱).

Mutley و Finlay صد بیمار مبتلا به آکنه را با یک پرسش‌نامه استاندارد شده (Acne disability index = ADI) سنجش کردند تا مشخص کند که چه قدر توسط بیماری خود، تحت تأثیر قرار گرفته‌اند و نشان دادند که میزان ناتوانی ناشی از آکنه با شدت آکنه و به خصوص با شدت آن در صورت و قفسه سینه و پشت کمر مرتبط بوده است (۴۲). در این مطالعه به بیماران پیشنهاد شده است که بین دریافت ۵۰۰ پوند و یا درمان آکنه یکی را انتخاب نمایند. ۸۷ درصد از بیماران درمان آکنه را ترجیح دادند و همه آن‌هایی که ۵۰۰ پوند را انتخاب کرده بودند، آکنه خفیف داشتند.

در مطالعه Mallon و همکاران بر روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به آکنه، پاسخ‌های بیماران به پرسش‌نامه SF-36 را با نتایج بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های ناتوان کننده جسمی مقایسه کردند، متوجه شدند که بیماران مبتلا به آکنه مشکلات اجتماعی، روان‌پزشکی و احساسی عاطفی مشابهی با آسم مزمن، تشنج، دیابت، درد کمر و آرتروز را تجربه می‌کنند. در این مطالعه تنها بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی مشکلات بیشتر روحی نسبت به بیماران مبتلا به آکنه گزارش کردند (۴۳). بیماران مبتلا به آکنه احساس نمی‌کنند که از لحاظ فعالیت‌های مشارکتی ناتوانی دارند، اما کاهش واضحی را در کیفیت زندگی اجتماعی خود تجربه می‌کنند.

آکنه و متغیرهای روان‌شناختی بیماران گزارش نکرده‌اند (۵۷). Gloor و همکاران گزارش کردند که شدت بیماری به الزام ارتباطی با تحریک شدن بیمار برای پیگیری درمان ندارد. شاید توصیف این وضعیت به این دلیل باشد که بیماری که به ظاهر خود بسیار اهمیت می‌دهند، با ضایعات خفیف‌تری احتیاج به مراجعه به پزشک را در خود احساس کرده‌اند و بر خلاف این، بیماران با آکنه شدید احتمال دارد که احساس بد شکلی کمتری داشته‌اند و کمتر نسبت به ظاهر خود حساس بوده‌اند. این موضوع ناشی از کمتر حس کردن غیر قابل کنترل بودن بیماری یا ترس از طرد شدن توسط سایرین بوده، که اجازه داده‌اند آکنه با بین شدت پیشرفت کند (۳۶).

اثر جوش‌های صورت در برقراری روابط بین فردی غیر قابل تردید است، گر چه ارتباط واضحی با شدت جوش‌ها ندارد، به جز در بیمارانی که جوش‌های آن‌ها در ناحیه تنه قرار دارد (۶۰-۵۸).

بیماران مبتلا به آکنه به چه فاکتورهایی وابسته‌اند
Boss و Hunecke گزارش کرده‌اند که ۷ فاکتور بر مبتلایان به آکنه مؤثر است (۶۱):

- ۱- محل و قابلیت رویت بودن آکنه
- ۲- مزمن بودن بیماری
- ۳- جنس و سن
- ۴- تجارب دوران کودکی
- ۵- ارزشی که فرد به ظاهر خود می‌گذارد
- ۶- اعتماد به نفس
- ۷- مشکلات عاطفی

کدام بیماران مبتلا به آکنه به دنبال درمان هستند
تنها ۱۷-۲۲ درصد از بیماران مبتلا به آکنه به دنبال درمان دارویی هستند، بسیاری از بیماران به درمان‌های سنتی و تجربی روی می‌آورند. در واقع شدت آکنه مهم‌ترین معیار است که در درخواست فرد برای درمان مؤثر است (۳۷، ۸). Kramer و Garralela گزارش کرده‌اند که ۳۸ درصد از

به نظر منطقی می‌رسد که، متخصصین برای بیماران مبتلا به آکنه شدید ایزوترتینوئین را ادامه دهند. اما هم به بیمار و هم به خانواده وی در مورد علایم افسردگی توضیح داده، در هر ویزیت، بیمار از نظر علایم افسردگی مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت نیاز به روان‌پزشک ارجاع داده شده، قطع داروی ایزوترتینوئین باید مد نظر قرار گیرد (۵۳).

جنبه‌های سایکوانالیزی آکنه

در صورتی که کودک نتواند در دوران کودکی تصویر ذهنی مثبتی از خود و اعتماد به نفس مناسبی کسب کند، آکنه در دوران نوجوانی که دوران حساسی از لحاظ روان‌شناسی می‌باشد، می‌تواند اثر تخریبی واضحی به جا گذارد.

مطالعات گوناگونی نشان داده‌اند که، کودکانی که ناتوانی‌های جسمی دارند، به اثرات روان‌شناختی نامناسب ناشی از آکنه در دوران نوجوانی حساس‌تر هستند (۵۵، ۵۴، ۴۶).

مطالعات در مورد عمق آسیب روانی ناشی از آکنه در حد گزارشات موردی (Case-report) است و در این مطالعات مشکلات روانی به طور عمده در بیماران با آکنه مداوم و مقاوم به درمان دیده شده است. در مطالعه‌ای که تأثیر روانی آکنه را از دیدگاه بیماران و پزشکان مورد ارزیابی قرار داده‌اند، دیدگاه بیماران و پزشک ارتباط مشخص و معنی‌داری با هم نداشته است. تنها در ۳۹ درصد از بیمارانی که به شدت از آکنه خود احساس ناخوشایندی داشتند، متخصص پوست نیز طی ویزیت بیمار متوجه مشکل مشابه شده است. به نظر می‌رسد که درماتولوژیست به اندازه کافی احساس همدردی لازم با بیمار مبتلا به آکنه نمی‌کند. حتی متخصصین پوستی که متوجه اضطراب و افسردگی بیمار خود شده‌اند، در اغلب موارد هیچ اقدام اضافه‌تری برای برطرف کردن این حالت نکرده، در حیطه مراقبت‌های روان‌پزشکی متخصصین پوست احتیاج به تجربه بیشتری دارند (۵۶).

شدت عینی و ذهنی آکنه در ذهن بیمار

Gieler و Welp ارتباط واضحی بین شدت بالینی واقعی

آکنه و پذیرش آن توسط بیماری (Compliance)

تصورات اشتباهی در جامعه در مورد عوامل تشدید کننده آکنه وجود دارد. این تصورات غلط به اضافه انتظارات غیر واقعی از درمان، پذیرش بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این عامل باعث ارتباط نامناسب پزشک و بیمار می‌شود (۳۵، ۶۵)

در مطالعه Korczak بر روی ۳۱۶۲ بیمار مبتلا به آکنه، تنها ۱۷ درصد از بیماران به دنبال درمان رفته بودند. در این میان ۴۳ درصد از درمان خود راضی نبودند و ۴۸ درصد معتقد بودند که پزشک بیماری آن‌ها را تشخیص نمی‌دهد و ۴۷ درصد معتقد بودند که اطلاعات کافی در مورد بیماری‌شان توسط پزشک به آن‌ها داده نشده است (۳۷).

در مطالعه Zaghoul و همکاران بر روی ۴۰۳ بیمار مبتلا به آکنه، ارتباط معکوسی بین نمرات DLQI (نمره کیفیت زندگی) و پذیرش دارو درمانی توسط بیمار گزارش کردند. جنسیت زن، ازدواج کردن، استخدام بودن و عدم پرداخت هزینه درمان از ویژگی‌های همراه با افزایش مصرف دارو و DLQI پایین‌تر بوده‌اند. شایع‌ترین عللی که باعث قطع درمان شده بود، فراموشی و خسته شدن از درمان بوده است (۶۷).

آکنه و سایکوتراپی

درمان‌های سایکودینامیک همراه آکنه فقط در گزارش موردها (Case-report) منتشر شده است (۶۸).

Hughe و همکاران بهبود واضحی را در ۳۰ بیمار مبتلا به آکنه بعد از کاربرد تکنیک Bio feedback supported relaxation گزارش کرده‌اند (۶۹). اثر هیپنوتیزم در درمان آکنه چندان مشخص نیست. رویکردهای رفتاری زیست‌شناختی در بیماران مبتلا به آکنه دست‌کاری شده (Excoriee acne) مؤثر شناخته شده است (۷۰، ۱۷)

Gupta گزارش کرده است که درمان ترکیبی اولانزاپین و سایکوتراپی در درمان آکنه Excariee مؤثر است (۷۱).

Havtmarin و Panconesi گزارش کرده‌اند که اولین قدم در درمان سایکوتراپی مشاوره است و درماتولوژیست‌ها باید از

نوجوانان ۱۶-۱۳ سال مراجعه کننده به پزشکان عمومی یک بیماری روان‌پزشکی داشته‌اند. گر چه فقط ۲ درصد از آن‌ها با شکایت علایم روان‌پزشکی مراجعه کرده‌اند و در سایر افراد آکنه شایع‌ترین علامت جایگزین علایم روان‌پزشکی بوده است (۶۲).

در مطالعه smith و Rajmossen، مشخص شد که ۸۶ درصد از بیماران مبتلا به آکنه فقط استفاده از آب و صابون را در درمان آکنه کافی می‌دانسته‌اند و با بررسی بر ۳۱۷ بیمار بین ۱۶-۱۴ سال، که از بین این جمعیت ۵۰ درصد مبتلا به آکنه بوده‌اند. ۸۲ درصد از مبتلایان به آکنه معتقد بوده‌اند که تنها راه حل درمان آکنه شستشوی مکرر صورت با آب و صابون است. ۵۰ درصد نوشیدن بیشتر آب، ۳۵ درصد پوشش دادن صورت با کرم، ۲۱ درصد تغییر رژیم غذایی، ۹ درصد استفاده از درمان‌های گیاهی و تنها ۳ درصد مراجعه به متخصص پوست و استفاده از داروهای تجویز شده را مؤثر دانسته‌اند. در درمان بیماران مبتلا به آکنه ارتباط خوب پزشک و بیمار در پذیرش درمان توسط بیمار بسیار مؤثر است و باید پزشک حتماً به تصورات ذهنی بیمار از شدت آکنه خود در جهت افزایش کیفیت درمان توجه کند (۶۳).

آکنه و مکانیسم‌های انطباقی

لزوماً همه بیماران مبتلا به آکنه به دنبال درمان نیستند. از بین بیمارانی که به دنبال درمان هستند، هم بیماران سالم از لحاظ عاطفی دیده می‌شود و هم بیمارانی که دارای درجاتی از افسردگی، تفکرات خودکشی، تمایل به انزوا و گوشه‌گیری اختلالات انطباقی و احساس بد شکل بودن هستند (۶۵، ۶۴، ۳۵، ۲۳).

آکنه می‌تواند اثرات نامطلوبی بر روابط اجتماعی و میل جنسی افراد داشته باشد. وجود سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی تطابق فرد مبتلا را با آکنه تحت تأثیر قرار می‌دهد، گر چه برخی جنبه‌های روان‌شناختی آکنه با درمان بهتر می‌شود، اما به نظر می‌رسد که افسردگی و اضطراب اجتماعی در مبتلایان به آکنه مقاوم به درمان است (۶۶).

اطلاعات پایه‌ای در مورد سایکوتراپی و سایکوفارماکولوژی برخوردار باشند و در بیماران مشکل، بهترین درمان ارجاع به مشاور است (۷۲).

نتیجه‌گیری

آسیبی که توسط ابتلا به آکنه در یک فرد جوان ایجاد می‌شود، اغلب کمتر از واقعیت تخمین زده می‌شود و ممکن است در ارتباط بین پزشک و بیمار اختلال ایجاد کند. بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک تنها یک پنجم بیماران مبتلا به آکنه درمان مناسب را دریافت می‌کنند. به نظر می‌رسد که مشکلات سایکولوژیک بیمار اغلب در پشت آکنه آن‌ها پنهان شده، این مشکلات سایکولوژیک است که بیمار را به مشاوره با پزشک وادار می‌کند. به نظر ضروری می‌رسد که فاکتورهای روانی و اجتماعی در درمان مبتلایان به آکنه مد نظر قرار گیرد. به خصوص

مردان مبتلا به آکنه کنگولوباتا (نوعی آکنه شدید که عمدتاً ناحیه تنه را درگیر می‌کند)، نیاز به توجه ویژه به جنبه‌های افسردگی و تمایل به خودکشی دارند. در کل به نظر می‌رسد که ارتباط واضحی بین شدت آکنه و مشکلات روحی و عاطفی حاصل از آن وجود نداشته باشد. جنبه‌های روان تنی آکنه به خصوص در صورتی که شک به اختلالات اضطرابی و افسردگی وجود دارد و به خصوص در صورت وجود علائم مشکوک به خودکشی، بیماری‌های احساس بد شکلی، یا مکانیسم انطباقی مختل و انزوای اجتماعی در فرد مبتلا به آکنه باید مد نظر قرار گیرند.

در آکنه ارتباط بین پزشک و بیمار به دلیل این که این بیماری از نظر درماتولوژیست‌ها، تشخیص سریع و راحت و درمان کاملاً مشخص دارد، اغلب کوتاه مدت است. اما باید به پزشکان پوست متذکر شویم که درمان آکنه صرفاً درمان جوش‌های سطحی پوست نیست.

References

1. Rook A, Burns T. Rook's textbook of dermatology. 8th ed. New York: John Wiley and Sons; 2010. p. 15-38.
2. Rzyany B, Kahl C. Epidemiology of acne vulgaris. J Dtsch Dermatol Ges 2006; 4(1): 8-9.
3. Zouboulis CC, Seltmann H, Hiroi N, Chen W, Young M, Oeff M, et al. Corticotropin-releasing hormone: an autocrine hormone that promotes lipogenesis in human sebocytes. Proc Natl Acad Sci U S A 2002; 99(10): 7148-53.
4. Gieler U. Psychosomatische Aspekte der Akne. Der Hautarzt 1988; 39(Supplement VIII): 117-8.
5. Dreno B, Poli F. Epidemiology of acne. Dermatology 2003; 206(1): 7-10.
6. Belisario JC. Acne vulgaris: its aetiology and treatment. 1951. Australas J Dermatol 2000; 41(Suppl): S23-S49.
7. Melnik B. Milk consumption: aggravating factor of acne and promoter of chronic diseases of Western societies. J Dtsch Dermatol Ges. 2009; 7(4): 364-70.
8. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15(6): 541-5.
9. Magin P, Pond D, Smith W, Watson A. A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. Fam Pract 2005; 22(1): 62-70.
10. Sulzberger MB, Zaidens SH. Psychogenic factors in dermatologic disorders. Med Clin North Am 1948; 32: 669-85.
11. Shalita AR. Treatment of refractory acne. Dermatology 1980; 3: 23-4.
12. Zouboulis CC, Eady A, Philpott M, Goldsmith LA, Orfanos C, Cunliffe WC, et al. What is the pathogenesis of acne? Exp Dermatol 2005; 14(2): 143-52.
13. Zouboulis CC, Bohm M. Neuroendocrine regulation of sebocytes -- a pathogenetic link between stress and acne. Exp Dermatol 2004; 13(Suppl 4): 31-5.
14. Toyoda M, Morohashi M. New aspects in acne inflammation. Dermatology 2003; 206(1): 17-23.
15. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, MacCallum RC, Laskowski BF, Malarkey WB. Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. Arch Gen Psychiatry 1999; 56(5): 450-6.
16. Harrington CI. Post-adolescent acne and marital break-up. Br J Dermatol 1997; 137(3): 478-9.
17. Kent A, Drummond LM. Acne excoriee--a case report of treatment using habit reversal. Clin Exp Dermatol 1989; 14(2): 163-4.
18. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. J Clin Psychiatry 1997; 58(8):341-7.

19. Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg* 2005; 31(5): 553-8.
20. Phillips KA, Dufresne RG, Jr. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. *Prim Care* 2002; 29(1): 99-111.
21. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res* 2002; 109(1): 101-4.
22. Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(3): 105-8.
23. Phillips KA, Dufresne RG, Jr., Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(3): 436-41.
24. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(9): 570-7.
25. Hull SM, Cunliffe WJ, Hughes BR. Treatment of the depressed and dysmorphic acne patient. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16(3): 210-1.
26. Patterson WM, Bienvenu OJ, Chodyncki MP, Janniger CK, Schwartz RA. Body dysmorphic disorder. *Int J Dermatol* 2001; 40(11): 688-90.
27. Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(1): 29-35.
28. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 1996; 14(3): 457-63.
29. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137(2): 246-50.
30. Studt HH, Riehl A, Gollnick H. Acne conglobata: personality and psychological sequelae in 13-cis-retinoic acid therapy. Initial results. *Z Hautkr* 1986; 61(10): 743-54.
31. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46(6): 549-55.
32. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol* 1998; 134(4): 454-8.
33. Stangier U, Gieler U, Ehlers A. Entwicklung eines Fragebogens zur krankheitsbewältigung bei hauterkrankungen (Marburger Haut-Fragebogen, MHF). *Diagnostica* 1998; 44: 30-40.
34. Stangier U, Ehlers A, Gieler U. Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten: (FBH). Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie; 1996.
35. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U. Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology* 1998; 196(1): 108-15.
36. Gloor M, Eicher C, Wiebelt H, Moser G. Sociological studies in acne vulgaris. 2. Effect of the disease on the evaluation of clinical picture and motivation for therapy. *Z Hautkr* 1978; 53(24): 905-13.
37. Korczak D. The psychological status of acne patients. Personality structure and physician-patient relations. *Fortschr Med* 1989; 107(14): 309-13.
38. Bittcher V. Psychosoziales Umfeld des Akne-Patienten. *Arztl Kosmetol* 1984; 14: 398.
39. Draelos ZK. Patient compliance: enhancing clinician abilities and strategies. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32(5 Pt 3): S42-S48.
40. Maisonneuve H, Cambazard F, Levy E, Thivolet J. Evaluation of numbers and cost of severe acne in France. *Ann Dermatol Venereol* 1987; 114(10): 1203-9.
41. Cunliffe WJ. Acne and unemployment. *Br J Dermatol* 1986; 115(3): 386.
42. Motley RJ, Finlay AY. How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol* 1989; 14(3): 194-8.
43. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140(4): 672-6.
44. Lucas CJ, Ojha AB. Personality and acne. *J Psychosom Res* 1963; 7: 41-3.
45. Kenyon FE. Psychosomatic aspects of acne: a controlled study. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1966; 52(1): 71-8.
46. Koblenzer CS. *Psychocutaneous Disease*. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 1987. p. 313-7.
47. Rapp DA, Brenes GA, Feldman SR, Fleischer AB, Jr., Graham GF, Dailey M, et al. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *Br J Dermatol* 2004; 151(1): 183-9.
48. van der Meeren HL, van der Schaar WW, van den Hurk CM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985; 36(1): 84-6.
49. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143(5): 983-91.

50. Gupta MA, Gupta AK. The psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol* 2001; 19(3): 360-3.
51. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139(5): 846-50.
52. Rubinow DR, Peck GL, Squillace KM, Gantt GG. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17(1): 25-32.
53. Hull PR, D'Arcy C. Acne, depression, and suicide. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 665-74.
54. Hill-Beuf A, Porter JD. Children coping with impaired appearance: social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6(4): 294-301.
55. Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 619-27.
56. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SK, Griffiths CE. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol* 2004; 151(6): 1227-33.
57. Welp K, Gieler U. Acne vulgaris: morphologic, endocrinologic and psychosomatic aspects. *Z Hautkr* 1990; 65(12): 1139-45.
58. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20(4): 425-9.
59. Lim CC, Tan TC. Personality, disability and acne in college students. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16(5): 371-3
60. Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN, Fulton JE. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18(2 Pt 1): 325-33.
61. Bosse K, Hünecke P. Entstellung – Erleben und Verarbeitung der äußeren Erscheinung. *Beiträge zur Dermatologie* 1980; 8: 251-69.
62. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 508-13.
63. Rasmussen JE, Smith SB. Patient concepts and misconceptions about acne. *Arch Dermatol* 1983; 119(7): 570-2.
64. Motley RJ, Finlay AY. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exp Dermatol* 1992; 17(1): 1-3.
65. Koo J. The psychosocial impact of acne: patients' perceptions. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32(5 Pt 3): S26-S30
66. Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999; 140(2): 273-82.
67. Zaghoul SS, Cunliffe WJ, Goodfield MJ. Objective assessment of compliance with treatments in acne. *Br J Dermatol* 2005; 152(5): 1015-21.
68. Sneddon J, Sneddon I. Acne excoriee: a protective device. *Clin Exp Dermatol* 1983; 8(1): 65-8.
69. Hughes H, Brown BW, Lawlis GF, Fulton JE, Jr. Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. *J Psychosom Res* 1983; 27(3): 185-91.
70. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15(5): 351-9.
71. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excoriee: a case report. *J Cutan Med Surg* 2001; 5(1): 25-7.
72. Panconesi E, Hautmann G. Psychotherapeutic approach in acne treatment. *Dermatology* 1998; 196(1): 116-8.

Acne vulgaris: A review of the psychodermatologic aspects

Neda Adibi¹, Ali Toghiani²

Abstract

Acne vulgaris is a disfiguring disease which can induce anxiety, depression, and other psychological problems particularly in young adults. Like any other serious physical disease, these problems can disturb the quality of life among the affected patients. However, not paying enough attention to the psychological aspects of the disease while treating acne would lead to treatment failure and high noncompliance rates. Acne severity and psychological side effects are not necessarily related. Even mild acne can induce a major depressive situation or severe anxiety in patients with hypersensitivity to their general appearance. The following review focused on the psychosomatic aspects of acne as one of the most common psychodermatologic problems.

Keywords: Acne vulgaris, Psychosomatic medicine, Review.

Type of article: Review

Received: 27.12.2011

Accepted: 27.02.2012



1. Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: nedaadibi705@gmail.com

2. Medical Student, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.