

Akné a psychika

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

Kožní oddělení nemocnice v Jihlavě

Acne vulgaris je nejčastější chorobou pilosebaceózní jednotky. Velmi zajímavý a v naší literatuře málo zmiňovaný je vztah akné a psychiky. Psychologické faktory mohou hrát významnou roli u akné nejméně ve třech směrech. Za prvé, emoční stres může vést k exacerbaci akné. Za druhé, těžká akné může vést k rozvoji psychiatrických chorob, jako jsou snížená sebeúcta, sociální fobie a deprese. Konečně, primárně psychiatrické choroby, jako obsedantně kompulzivní choroby a psychózy, mohou být způsobeny stížnostmi, které se soustřeďují na akné. V článku jsou rozebrány všechny tři možnosti.

Klíčová slova: akné, psychika, kvalita života, deprese, sebevražda.

Acne and psychic

Acne vulgaris is the most common disease of pilosebaceous unit. The connection between acne and psychic is very interesting, but rarely mentioned in our literature. Psychologic factors may play a significant role in acne in at least three ways. First, emotional stress can exacerbate acne. Second, patients with serious acne can develop psychiatric problems, such as low self-esteem, social phobias or depression. Finally, primary psychiatric illnesses such as obsessive-compulsive disorder and psychosis may be based on a complaint that is focused on acne. In the article, all three possibilities are analysed.

Key words: acne, psychic, quality of life, depression, suicide.

Pediatr. praxi 2013; 14(1): 26–29

Úvod

Acne vulgaris je nejčastější chorobou pilosebaceózní jednotky. Postihuje zejména adolescenty a mladé dospělé. Prevalence je více než 95 % obyvatelstva, rozdíl je ale v závažnosti projevů u jednotlivých osob. V některých případech přetrvává onemocnění do dospělého věku. Podle převažujících morf a jejich počtu se dělí na čtyři základní formy: komedonickou, papulopustulózní, nodulocystickou a konglobátní akné. Velmi zajímavý a v naší literatuře málo zmiňovaný je vztah akné a psychiky. Psychologické faktory mohou hrát významnou roli u akné nejméně ve třech směrech. Za prvé, emoční stres může vést k exacerbaci akné. Za druhé, těžká akné může vést k rozvoji psychiatrických chorob, jako jsou snížená sebeúcta, sociální fobie a deprese. Konečně, primárně psychiatrické choroby, jako obsedantně kompulzivní choroby a psychózy, mohou být způsobeny stížnostmi, které se soustřeďují na akné.

Emoční faktory exacerbující akné

Profesionálové na mentální zdraví užívají termín psychofyziologický pro choroby charakterizované zjevnou fyzickou patologií, která může být zhoršena emočním stresem. Sem patří například peptický vřed, migréna, ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba. Také akné je možno zařadit do této skupiny chorob. Většina pacientů udává zhoršení akné při úzkosti, stresu nebo frustraci – např. při zkouškách, rodinných problémech apod. (1, 2). V rozhovorech se 4576 pacienty s různými dermatologickými problémy 55 % ze skupiny tr-

pících akné pozorovalo úzkou asociaci mezi epizodami emočního stresu a exacerbací akné (3). Průměrný interval mezi emočním stresem a viditelnými změnami byl dva dny. Jiná studie ukázala, že také intenzivní zlost může zhoršit akné (4). Na základě těchto faktů byl zkoumán efekt určitých relaxačních technik jako doplňku k medikamentózní terapii akné (5). Při užití těchto metod došlo k významně většímu zlepšení akné ve srovnání s případy, které byly léčeny pouze léky. A naopak přerušení těchto technik vedlo k exacerbaci akné.

Přesný mechanismus, proč psychologický stres vede k exacerbaci akné, není znám. Dosud bylo vysloveno několik hypotéz. Jedna z nich je založena na známém faktu, že během stresu se zvyšuje sekrece určitých stresových hormonů (6). Obdobně adrenální androgeny u žen mohou být také produkovány ve vyšším množství v odpovědi na emoční stres. Jak glukokortikoidy, tak androgeny jsou známy svým vlivem na exacerbaci akné. Proto se předpokládá, že stres může mít vliv na zhoršení akné indukci vyšších hladin právě těchto hormonů. Management psychofyziologických aspektů akné vyžaduje snížení emocionálního stresu určitými opatřeními, jako například úpravou životních očekávání, životního stylu a pracovních požadavků. Nápomocny mohou být různé techniky jako progresivní relaxace, autohypnóza a medikace (5).

Vliv akné na psychiku, psychiatrické choroby jako následek akné

Akné vede často k velké psychické zátěži (7, 8, 9). Omezení kvality života a s akné jako chorobou

spojený stres jsou srovnatelné s postižením u jiných chronicky zánětlivých dermatóz, jako jsou lupénka či neurodermatitida (10). Dle studie Morgana, a kol. (11) 24 % pacientů s akné a 21 % pacientů s lupénkou hodnotí svoje obtíže jako „extrémně zatěžující“. Dle závěru tohoto sledování má akné ve srovnání s lupénkou větší vliv na psychiku a lupénka naopak větší vliv na aktivitu, ačkoli rozdíl nebyly statisticky významné. V jedné z posledních studií Magin, a kol. (12) rozбором psychologické morbidity u pacientů s akné, lupénkou a atopickým ekzémem byla zjištěna větší psychosociální morbidita, nižší sebevědomí a výraznější neurotické rysy než u jedinců bez kožních chorob. Nejvíce je postižena psychika dospívajících a mladých dospělých. Je také potvrzeno, že obecně větší psychosociální vliv je u žen než u mužů (13). Často neexistuje úzká korelace mezi kvalitou života a závažností akné. Také zlepšení objektivního stavu po léčbě často nekoreluje se zlepšením kvality života (14, 15, 16). Proto by kritériem k léčbě a naopak i k hodnocení efektu léčby mělo být kromě objektivního nálezu (stupně závažnosti akné) i subjektivní hledisko (kvalita života) (17).

Několik kontrolovaných studií ukázalo zvýšený stupeň úzkosti u pacientů s akné (18, 19, 20). Ukázalo se, že stupeň úzkosti pozitivně koreluje se závažností choroby: čím závažnější akné, tím vyšší stupeň úzkosti (20). Psychiatrické následky mohou být závažné. Často pozorovaným problémem je porucha sebeúcty, která může vést ke klinické depresi, k sociální fobii nebo ke vzniku obou. Deprese se většinou manifestuje jedním nebo několika znaky nebo symptomy, jako jsou

vynechání společenských nebo pracovních aktivit, nedostatek koncentrace, zvýšená plačtivost nebo myšlenky na sebevraždu (21). Dále mohou být patrné fyzické známky zahrnující nespavost nebo naopak zvýšenou spavost, nechutenství nebo naopak zvýšenou chuť k jídlu. Zhoršení výkonnosti ve škole, sociální poruchy, absence ve škole a delikventní chování jsou známkou toho, že adolescent může být signifikantně depresivní (22). U akné je ve velkém procentu poškození obličeje. Protože vzhled obličeje je velmi důležitým aspektem ve vnímání vzhledu těla, není jisté překvapením fakt, že u náchylnějších jedinců s obličejovou akné může vzniknout nezanedbatelný psychosociální hendikep. Teenageři mají tendenci být zvýšeně citliví na svůj vzhled. Pacienti mají obavu ze sociálního kontaktu, což vede k sociální fobii. To může závažně ovlivnit jejich životní styl (23). Také starší osoby nejsou imunní k negativnímu vlivu akné na jejich schopnost sociální interakce (24). Studie 100 pacientů s průměrným věkem 23 let potvrdila, že akné signifikantně ovlivnila sociální interakce, jako schůzky, jídlo mimo byt a sport (25). Ve Velké Británii bylo procento nezaměstnaných jednoznačně vyšší u pacientů s akné proti kontrolní skupině: 16,2 % vs. 9,2 % u mužů a 14,3 % vs. 8,7 % u žen (26). Tato čísla ukazují, jaký vliv může mít akné na schopnost osoby fungovat ve společnosti.

Lékař by měl mít vždy na paměti, že akné, která se mu jeví jako nevýznamná, může být některými pacienty vnímána jako velmi závažná. Část pacientů vždy vnímá svoji akné jako mnohem závažnější stav, než jak je objektivně posuzována lékařem. Proto je důležité při vyšetření vložit několik otázek na pacientův názor na stav jeho akné. Často můžeme být překvapeni jeho odpovědí. Pomoci mohou i jednoduché dotazníky (27). Léčebné strategie by pak měly zahrnovat nejen snížení objektivní závažnosti akné, ale i vylepšení subjektivního názoru pacienta na jeho obtíže. To vše musí být skloubeno s očekáváním pacienta stran výsledků terapie.

Léčba pacientů, u nichž se rozvine psychiatrická choroba jako následek akné, by měla být vždy komplexní. Agresivní léčebné metody jsou stejně důležité jako adresné psychiatrické metodiky. Řádná léčba samotné akné je v rukou dermatologa. Když byly ženy, které byly závažně stresovány svou akné, léčeny perorálním izotretinoinem, zlepšil se významně i jejich psychický stav (28). Smíšená populace byla testována před a po léčbě perorálním izotretinoinem na přítomnost symptomů úzkosti a deprese (29). Skupina léčená izotretinoinem vykazovala signifikantní snížení symptomů po léčbě. Navíc pacienti s největším zlepšením skóre byli ti, u nichž se nejvíce zlepšil

kožní nález. Dále jsou často nutné i psychoterapeutické možnosti léčby deprese a sociální fobie. Ty zahrnují individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii a rekreační léčbu (30). Dermatolog by měl navrhnout pacientovi, který trpí závažnými psychickými či psychiatrickými symptomy z disfigurující akné některou z výše uvedených léčebných možností nebo ještě lépe, odeslat ho k psychologické či psychiatrické konzultaci. Někdy je zapotřebí léčit i psychofarmaky. Ta mohou zlepšit symptomy deprese, když je deprese příčinný činitel akné. Ačkoliv antianxiózní medikace může zklidnit pacienta se sociální fobií, definitivní léčba většinou vyžaduje psychoterapii nebo behaviorální terapii.

Málo známým faktem je možnost suicidia z důvodu existence kožních chorob. Názor většiny dermatologů je, že jejich pacienti nikdy nezemřou. Nicméně někteří pacienti s kožními chorobami mohou být svým zjevem natolik znepokojeni, že mohou úspěšně dokončit pokus o sebevraždu (31, 32, 33). Častější jsou sebevraždy (asi v 75 %) u mužů. Obecně mezi mentální choroby, které jsou příčinou suicidií, patří depresivní syndromy, alkoholismus, poruchy osobnosti a neafektivní psychotické choroby (34), důležitá je i socio-ekonomická deprivace. K tomuto seznamu je nutno přidat právě i kožní choroby. Ve sledování období posledních 20 let Coterilla a Cunliffa z roku 1997 (35) bylo nalezeno 16 pacientů (7 mužů a 9 žen) s dermatologickými problémy, kteří dokonali sebevraždu. Jejich průměrný věk byl 20,4 roky. Mezi nejčastější kožní příčiny patřily: akné (7 pacientů), dysmorfofobie (3 pacienti) a lidé s dlouhotrvající kožní chorobou (lupénka apod.). Dermatolog by si měl všimnout výrazných známek úzkosti či deprese, které by mohly vést k suicidálním tendencím. Jinak se i dobrý dermatolog může stát špatným lékařem (35).

Psychiatrické choroby s vlivem na akné

I relativně lehké primárně psychiatrické choroby se mohou soustředit kolem akné. Např. teenageři mohou využít akné jako záminku, jak se vyhnout problémům v sociální oblasti či v zaměstnání, které vznikají v procesu individuálního psychologického vývoje. Naneštěstí ne všechny emoční otázky, které se soustřeďují kolem akné, jsou nezávažné.

Acne excoriée, při které pacienti neustále seškrabují svoje léze, je příkladem závažnější souvislosti mezi akné a primární psychiatrickou chorobou (36, 37). Výsledkem jsou různá znetvoření ze škrábání (37). Když léčíme pacienty, kteří si impulzivně seškrabávají morfy, je důležité rozpoznat, zda se diagnóza acne excoriée

vztahuje jen na behaviorální manifestace nebo k přirozeně přítomné psychopatologii. Primární psychiatrické poruchy mohou mít jednoduchý habitus a/nebo jde o mnohem závažnější stav, jako je obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), u které nutkavému pocitu seškrabovat akné léze nemůže pacient „odolat“. U menší části pacientů s acne excoriée reprezentuje tato manifestaci preexistující deprese nebo deziluze. Acne excoriée s OCD může být léčena antidepresivy s antikompulzivními vlastnostmi, jako jsou např. clomipramin nebo fluoxetin hydrochlorid. Dále je vhodná motivace pacienta ke kontrole kompulzivního jednání. Jestliže je hlavní psychopatologií acne excoriée preexistující deprese, jsou v terapii třeba psychoterapie a antidepresiva. Další možnou skupinou jsou pacienti s deziluzí. Ti jsou dle definice nepřístupní racionální diskuzi. V Evropě je termín monosymptomatická hypochondriální psychóza užíván k popisu této či jiných forem fixovaných deziluzionálních chorob (37). Acne excoriée sekundární po deziluzi patří do stejné diagnostické kategorie jako deziluze parazitózy, při které pacienti mají fixní klamnou ideu týkající se specifického aspektu jejich zdraví. Základem léčby je zde antipsychotická medikace.

Závěr

Interakce mezi psychickými procesy a akné se odehrává na několika rovinách. Je proto velmi důležité rozlišit daný typ souvislosti a léčbu zaměřit dle příčiny. Nejdůležitější je vyloučit psychiatrickou chorobu, ať již primární nebo sekundární. Její léčba patří vždy do rukou psychiatra. Neméně důležité je ale prohodit s pacientem možné emocionální příčiny zhoršení akné a ty dle možností vyloučit. V neposlední řadě je nutné zhodnotit vliv akné na psychiku pacienta. Jedině takto komplexní přístup vede nejen k objektivnímu zlepšení akné, ale i ke zlepšení subjektivního vnímání vzhledu pacienta, a tím i k výraznému zlepšení kvality jeho života.

Převzato z Dermatol. praxi 2012; 6(3): 131–134.

Literatura

1. Sulzberger NB, Zaidens SH. Psychogenic factors in dermatologic disorders. *Med Clin North Am*, 1948; 32: 669–685.
2. Shalita AR. Treatment of refractory acne. *Dermatology* 1980; 3: 23–24.
3. Griesemer RD. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Psychiatr Ann*, 1978; 8: 407–412.
4. Lorenz TH, Graham DT, Wolf S. The relation of life stress and emotions to human sebum secretion and to the mechanism of acne vulgaris. *J Lab Clin Med*, 1953; 41: 11–28.
5. Hughes H, Brown WJ, Lawlis GF, et al. Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. *Psychosomat Res*, 1983; 27(3): 185–191.

6. Levi I. Endocrine reactions during emotional stress. New York: Grune & Stratton, 1967.
7. Dalgard F, Dieler U, Holm JO, et al. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne. Results from a population survey. *J Am Acad Dermatol* 2009; 59: 746–751.
8. Krejci-Manwaring J, Kerchner K, Feldman SR, et al. Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *Int J Psychiatry Med*, 2006; 36: 121–130.
9. Pawin H, Chivot M, Beylot C, et al. Living with acne. A study of adolescents' personal experiences. *Dermatology* 2007; 215: 308–314.
10. Mallon E, Newton JN, Klassen A, et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672–676.
11. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, et al. Dermatology quality of life scales – a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136: 202–206.
12. Magin PJ, Pond CD, Smith WT, et al. A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2008; 22: 1435–1444.
13. Serup J, Lindblad AK, Maroti M, et al. To follow or not to follow dermatological treatment – a review of the literature. *Acta dermato-venereologica* 2006; 86: 193–197.
14. Yolac Yarpuz A, Demirci Saader E, Erdi Sanli H, et al. Social anxiety level in acne vulgaris patients and its relationship to clinical variables. *Turk Psikiatri Derg* 2008; 19: 29–37.
15. Hahm BJ, Min SU, Yoon MY, et al. Changes of psychiatric parameters and their relationship by oral isotretinoin in acne patients. *J Dermatol* 2009; 36: 255–261.
16. Jones-Caballero M, Chren MM, Soler B, et al. Quality of life in mild to moderate acne: relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 219–226.
17. Kaymac Y, Taner E, Tayner Y. Comparison of depression, anxiety and life quality in acne vulgaris patients who were treated with either isotretinoin or topical agents. *Int J Dermatol* 2009; 48: 41–46.
18. Garrie SA, Garrie EV. Anxiety and skin diseases. *Cutis*, 1978; 22: 205–208.
19. Van den Meeren HLM, Van Der Schaar WW, Van der Bucl CMAM. The psychological impact of severe acne. *Cutis*, 1985; 7: 84–86.
20. Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN, et al. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18(2): 325–332.
21. American Psychiatric Association, Diagnosis and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987: 222.
22. Goldman HH, ed. Review of general psychiatry. East Norwalk, CT: Lange, 1984: 497.
23. Panconesi E, Cossidente A, Giorgini S, et al. A psychosomatic approach to dermatologic cosmetology. *Int J Dermatol*, 1983; 22: 449–454.
24. Jowett S, Ryan T. Skin diseases and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20(4): 425–429.
25. Shuster S, Fischer GH, Harris E, et al. The effect of skin disease on self-image. *Br J Dermatol* 1978; 99: 18–19.
26. Cunliffe WJ. Acne and unemployment. *Br J Dermatol* 1986; 115: 379–383.
27. Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for Life? *Dermatology* 1997; 195(Suppl 1): 15–21.
28. Cunliffe WJ, Hull SM, Hughes BR. The benefit of isotretinoin in the severely depressed/dysmorphic patient. Second International Congress on Psychiatry and Dermatology, University of Leeds (abstrakt), 1989.
29. Rubinow DR, Peck GI, Squillace KM, et al. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17(1): 25–32.
30. Greist GH. Treatment of obsessive compulsive disorder: psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl 8): 44–80.
31. Monk BE, Rao YJ. Delusions of parasitosis with fatal outcome. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 341–342.
32. Cotterill JA. Skin and psyche. *Proc R Coll Phys Edinburgh*, 1995; 25: 29–33.
33. Isometa E, Henriksson M, Marttunen M, et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *Br Med J* 1995; 310: 1366–1367.
34. Gunnel DJ, Peters TJ, Kammerling RM, et al. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions and socioeconomic deprivation. *Br Med J* 1995; 311: 226–230.
35. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137: 246–250.
36. Kent A, Drummond LM. Acne excoriée – a case report of treatment using habit reversal. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14: 163–164.
37. Sneddon J, Sneddon I. Acne excoriée: a protective device. *Clin Exp Dermatol* 1983; 8: 65–68.

MUDr. Zuzana Nevalová, Ph.D.

Kožní oddělení nemocnice v Jihlavě
Vrchlického 59, 586 01 Jihlava 1
znevalova@atlas.cz

