



Psychologische Aspekte und Lebensqualität bei Patienten mit Akne

Nach einem Vortrag von Dr. med. Severin Lächli, Universitätsspital Zürich, Symposium Akne-Management, 91. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV), 4. September 2009, Basel

Die Einschränkung der Lebensqualität bei Aknepatienten ist gross, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Die Akne korreliert mit psychischen Variablen wie Angststörung und Depression. Mit der Behandlung der Akne bessern sich sowohl die Lebensqualität als auch die psychischen Faktoren. Der behandelnde Arzt sollte deshalb die einschränkenden Faktoren beachten sowie Risikopatienten für primäre Psychopathologien erkennen. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei grundlegend.

Psychologische Aspekte und Lebensqualität sind bei der Akne zentrale Themen. Aus Befragungen mit dem Dermatology Life Quality Index, aknespezifischen Auswertungen oder dem General Health Questionnaire geht hervor, dass Aknepatienten sich in ihrer Lebensqualität ebenso stark eingeschränkt fühlen wie Patienten mit Asthma, Epilepsie, Diabetes, chronischen Rückenschmerzen oder Arthritis –

Erkrankungen, die gemeinhin als ernsthafte betrachtet werden als Akne. Sozial und emotional fühlen sich die Aknebetroffenen im Vergleich sogar noch stärker beeinträchtigt. Dies betrifft besonders den sozialen Kontakt mit Freunden und Bekannten. Die Akne wirkt sich aber auch negativ auf die schulische Leistung aus und benachteiligt bei der Stellensuche. Die Arbeitslosigkeit ist bei den Betroffenen signifikant erhöht. Eine Studie drückt den Verlust an Lebensqualität durch immaterielle Kosten aus, indem Patienten angeben, wie viel sie bereit wären zu bezahlen, wenn sie von der Krankheit vollständig geheilt würden. Die Studie zeigt, dass Akne hohe direkte medizinische sowie hohe indirekte ökonomische Kosten verursacht, aber noch deutlich höhere immaterielle Kosten.

Eingeschränkte Lebensqualität unabhängig vom Schweregrad der Akne

Besonders betroffen sind die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die sich in einer verletzlichen Entwicklungsphase befinden, während der sich ihre Selbstwahrnehmung verändert und die Sozialkompetenz noch in Entwicklung begriffen ist. Sie können mit zusätzlichem Stress am schlechtesten umgehen. Die Hautveränderungen betreffen zudem das Gesicht, wo jeder sie unmittelbar sieht. Von den jungen Betroffenen wird das dann oft als Strafe für irgend-

ein Versagen ausgelegt. Deshalb erstaunt es nicht, dass die psychosozialen Konsequenzen der Akne signifikanter sind als die medizinischen.

Interessanterweise finden sich keine Relationen zwischen dem klinischen Schweregrad der Akne und der Einschränkung der Lebensqualität. Es gibt mehrere Studien, die zeigen, dass die Lebensqualität auch bei milder Akne eingeschränkt ist. Häufig verlangen Patienten mit geringen klinischen Symptomen eine Behandlung.

Allein aufgrund des klinischen Bildes ist es für den Arzt oft nicht ersichtlich, dass ein grosser Leidensdruck bestehen soll. Erwiesenermassen bessern sich aber mit der Behandlung der Akne die Einschränkungen der Lebensqualität bereits nach 12 Wochen signifikant, sowohl nach systemischer Behandlung mit Isotretinoin als auch nach topischer Behandlung. Es ist somit wichtig, die einschränkenden Faktoren in der dermatologischen Konsultation zu beachten und die Aknepatienten auch bei leichten Formen konsequent zu behandeln, wenn dadurch eine Verbesserung der Lebensqualität ermöglicht wird.

Assoziation zwischen Akne und psychischen Variablen

Die Akne korreliert mit psychischen Variablen wie Angststörung und Depression. In einer Studie mit Jugendlichen wurden bei mehr als einem Drittel im Zusammenhang mit Akne psychiatrische Auffälligkeiten wie Angst und depressive Verstimmungen, aber auch Wut, Hilflosigkeit und Frustration festgehalten. Obwohl bei jungen Männern moderate bis schwere Akne weiter verbreitet ist als bei jungen Frauen, sind Letztere häufiger von Angststörungen und Depressionen im Zusammenhang mit Akne betroffen. Auch bei Erwachsenen und Patienten mit geringer Ausprägung der Akne wurden diese Korrelationen hergestellt. Allerdings ist die Kausalität nicht eindeutig belegt. Es fehlen prospektive und Kohortenstudien.

Es gibt auch genügend Literatur, die nahelegt, dass emotionale und psychische Faktoren einen Einfluss auf die Verschlimmerung der Akne haben. Dies zeigten zum Beispiel Studien mit Studenten, die unter Prüfungsstress standen, wodurch es infolge der vermehrten Ausschüttung von Glukokortikoiden zu Akneexazerbationen kam. Es gibt auch Hinweise auf psychische Faktoren für die Entstehung oder die Aufrechterhaltung von Akne. Deshalb ist es insbesondere auch bei der Acne excoriée wichtig, abzuklären, ob eine primäre Psychopathologie dahintersteht. Fälle, die mit gewissen Persönlichkeitselementen wie Körperwahrnehmungs-, Zwangs- oder Wahnvorstellungen assoziiert sind, wurden vor allem bei Frauen dokumentiert.

Auch bei leichter bis moderater Akne können psychiatrische Komorbiditäten wie Depression oder Suizidgedanken eine Rolle spielen. Wichtig ist es, Risikopatienten zu erkennen. In der dermatologischen Konsultation ist es hilfreich, auf gewisse Parameter zu achten wie zum Beispiel: Bestehen Schwierigkeiten, einen Rapport mit dem Patienten herstellen zu können? Berichtet der Patient über eingeschränkte zwischenmenschliche Kontakte? Gibt es Hinweise auf Symptome einer Depression? Diese können bei Aknepatienten sehr diskret sein und sich auch nur als leichte Anhedonie oder leichten sozialen Rückzug manifestieren. Suizidgedanken werden beim Dermatologen wahrscheinlich selten verbalisiert. Bei Jugendlichen empfiehlt es sich, die Untersuchung und das Gespräch möglichst ohne die Eltern durchzuführen und Bezugspersonen zum Beispiel erst in der Therapiebesprechung mit einzubeziehen. Allenfalls können die psychologischen Aspekte auch bei einer Nachkontrolle zur Sprache kommen, wenn der junge Patient allein kommt.

Wenn der Arzt einen Risikopatienten identifiziert hat, ist seine Aufmerksamkeit bezüglich psychopathologischer Aspekte gefragt. In den meisten Fällen wird es sich jedoch um reaktive psychische Auffälligkeiten handeln, die sich mit der Behandlung bessern, da sich die psychischen Faktoren mit der Behandlung der Akne verbessern. Falls eine psychiatrische beziehungsweise eine psychopharmakologische Behandlung, eine Psychotherapie oder Biofeedback als hilfreich in Erwägung gezogen wird, ist der Patient weiterzuweisen. Dies wird aber in den wenigsten Fällen nötig sein. Manchmal reicht bereits ein empathisches Gespräch, denn nicht selten sind Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen in der Konsultation am hilfreichsten.

Problem der Compliance und Mythen über die Akne

Wie generell bei dermatologischen und chronischen Erkrankungen ist die Compliance auch bei der Akne ein grosses Problem. Oft werden Behandlungen abgebrochen. Medikamente, die verschrieben und nicht eingenommen werden, verursachen hohe Kosten. Andere Aknepatienten verwenden die Medikamente in subtherapeutischen Dosen oder erhöhen umgekehrt die Dosis gefährlich. Es besteht das Risiko von Antibiotikaresistenzen. Eine grosse Studie über die Compliance bei Akne mit über 600 Probanden hat mehrere Faktoren ermittelt, die mit schlechterer Compliance assoziiert sind und auf die der behandelnde Arzt ein besonderes Augenmerk zu richten hat (siehe auch *Tabelle*). Die Auswertung zeigt, dass bei topischen Therapien sowie bei wie-

Tabelle:

Faktoren, die mit einer schlechteren Compliance assoziiert sind
(nach Zaghoul 2005)

Die Compliance der Aknepatienten ist schlechter:

- bei Männern als bei Frauen
- bei starker Akne
- bei Arbeitslosen als bei Angestellten und bei diesen wiederum schlechter als bei Studenten
- bei Rauchern und Alkoholkonsumenten
- bei Patienten mit topischer Therapie
- bei Patienten mit wiederholter systemischer Therapie

derholter systemischer Therapie die Compliance schlechter ist und Männer allgemein eine schlechtere Compliance haben.

Das beste Instrument, die Faktoren schlechter Compliance zu erkennen und die Situation zu verbessern, ist das therapeutische Gespräch, das umso wichtiger ist, je eingeschränkter sich die Patienten fühlen und je jünger sie sind. Eine gute mündliche und schriftliche Information ist grundlegend und erfordert den entsprechenden Aufwand. Die Aknepatienten brauchen unter Umständen über Jahre regelmässige Kontrollen. Eine gut funktionierende Beziehung zwischen Arzt und Patient ist daher wesentlich. Zum Aufbau einer guten Beziehung gehört auch, dass der Arzt bewusst auf die subjektive Wahrnehmung des Patienten sowie dessen Vorstellungen und Mythen über die Krankheit eingeht und diese gezielt anspricht. Was die Patienten über die Entstehung der Akne denken, wurde verschiedentlich untersucht, unter anderem auch in einer Umfrage mit 546 Luzerner Mittelschülern im Alter von 15 bis 17 Jahren. Gut die Hälfte davon war von Akne betroffen, nur 20 Prozent dieser Jugendlichen hatten einen Arzt aufgesucht, von diesen wiederum die Hälfte den Hausarzt, die anderen einen Dermatologen. Gut ein Drittel fühlte sich durch die Akne psychisch belastet, wobei die jungen Frauen dies häufiger bejahten. Sehr viele dachten, die Akne sei psychisch bedingt. Als Auslösefaktoren nannte eine grosse Mehrheit

die Hygiene – was der Arzt in einem Patientengespräch berichtigen müsste – und bestimmte Nahrungsmittel – was der Ergänzung bedürfte, dass die Ernährung wahrscheinlich einen Einfluss hat, jedoch nicht ein einzelnes Nahrungsmittel dafür verantwortlich gemacht werden kann. Im Gegensatz zu den jungen Männern wussten die meisten jungen Frauen, dass die Akne vom Menstruationszyklus abhängig ist.

Schlussfolgerungen

Die Einschränkung der Lebensqualität bei Aknepatienten ist gross. Für den Patienten sind die psychischen Konsequenzen oft wichtiger als die medizinischen Faktoren. Auch eine leichte Akne kann sehr belastend sein. Alle diese Variablen bessern sich jedoch mit der Behandlung der Akne. Im Rahmen der ärztlichen Instruktion und Begleitung des Patienten ist es wichtig, dessen Vorstellungen über die Erkrankung zu erfragen und wo nötig Fakten zu ergänzen. ●

Regula Patscheider

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Mallon E. et al.: The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140 (4): 672–6.
2. Cunliffe W.J.: Acne and unemployment. *Br J Dermatol*. 1986; 115 (3): 386.
3. Bickers D.R. et al.: The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 55 (3): 490–500.
4. Baldwin H.E.: The interaction between acne vulgaris and the psyche. *Cutis* 2002; 70 (2): 133–9.
5. Aktan S. et al.: Anxiety, Depression, and Nature of Acne Vulgaris in Adolescents. *Int J Dermatol* 2000; 39: 354–357.
6. Fried R.G., Wechsler A.: Psychological problems in the acne patient. *Dermatol Ther*. 2006 Jul–Aug; 19 (4): 237–40.
7. Chiu A., Chon S.Y., Kimball A.B.: The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Arch Dermatol* 2003 Jul; 139 (7): 897–900.
8. Schulpis K. et al.: Psychological and sympatho-adrenal status in patients with cystic acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999; 13 (1): 24–7.
9. Gupta M.A., Gupta A.K.: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998; 139 (5): 846–50.
10. Zaghoul S.S., Cunliffe W.J., Goodfield M.J.: Objective assessment of compliance with treatments in acne. *Br J Dermatol*. 2005; 152 (5): 1015–21.
11. Goodman G.: Acne – natural history, facts and myths. *Aust Fam Physician* 2006; 35 (8): 613–6.