

UTICAJ UDRUŽENIH PSIHOSOMATSKIH FAKTORA NA KLINIČKU SLIKU ACNE VULGARIS

AUTORI

Dejanović L.¹, Relić M.²

¹ Dermatovenerološka Klinika, KBC Priština, Gračanica, Srbija

² Medicinski fakultet Priština, Kosovska Mitrovica, Srbija

KORISPONDENT

LIDIJA DEJANOVIĆ

Dermatovenerološka Klinika, KBC
Priština, Gračanica, Srbija

✉ dejanovic@yahoo.com

SAŽETAK

Akne vulgaris su hronično inflamatorno obolenje pilosebacealne jedinice. Dermatološka obolenja često su asocirana sa psihološkim problemima koje ima pacijent. Psihodermatološke bolesti (akne) su asocirani sa kožnim simptomima koje nisu direktno povezani sa psihom, ali reaguju na emocionalne situacije, kako što je stres. Cilj ovog rada je da se utvrdi da li postoje određene psihološke karakteristike, koje su zajedničke za čitavu grupu obolelih, i da li postoji korelacija između težine kliničke slike i psiholoških parametara. Naše istraživanje je obuhvatilo 30 pacijenata sa tri klinička oblika akni. Za identifikaciju i dijagnostiku psihičkih poremećaja korišćen je test ličnosti Kornel-index. Zastupljeni rezultati su neurastenični parametri, parametri konverzije i parametri psihopatije u različitom procentu kod oba pola i različite kliničke slike. Dobili smo pokazatelje za grupisanje više jednovremenih nalaza. Pokazali smo korelaciju udruženih 2-6 psihosomatskih poremećaja kod muškog pola sa lakšim oblikom akni. Kod ženskog pola sa bilo kojim oblikom akni, odgovorni su bili 7-12 udruženih nalaza. Udruženost više psihosomatskih faktora može da bude odgovorna za pojavu bilo kog oblika acne vulgaris.

Ključne reči: psihodermatološki poremećaj, oblik kliničke slike, psihološki parametri.

UVOD

Akne vulgaris su svakodnevni kožni poremećaj koji se javlja kod 85% adolescenata i mladih. Zadnjih godina došlo je do pomeranje uzrasta, od školske dece do starijih tinejdžera i do radne populacije (iako češće u blažem obliku, ali trajnijem). Od posebnog značaja je psihosocijalni uticaj akni kod adolescenata, životnom dobu u kojem njihova pojava dovodi do potrebe za suočavanjem sa promenom u telesnom izgledu, koji je značajan i bez akni. Drugo i same godine adolescencije su kritično doba za razvoj identiteta, koji je važan deo u razvoju slike o sebi, vlastitom telu, polna sazrevanja i socijalizacija osobe [1]. Uticaj acni na slici o svome telu je glavni factor koji se povezuje sa simptomima depresije i suicida [2].

Acne vulgaris i Psoriasis vulgaris, često se smatraju nevažnim u usporedbi sa bolestima drugih organskih sistema, ali instrukcije za ispitivanje kvaliteta života ukazali su da ove bolesti mogu da rezultiraju sa smanjenim samopoštovanjem, poteškoćama u društvenom funkcioniranju, kako i u povećanju incidencije anksioznosti, depresije i suicida [2]. Brojna su istraživanja pokazala da 30-50% bolesnika sa aknama u uzrastu od 12-20 godina imaju simptome anksioznosti, depresije, osećanje stida i socijalne izolacije, smanjenje samopoštovanja i samopouzdanja [2,3,4,5,6].

Kožne bolesti kao što su: acne vulgaris, psoriasis vulgaris, alopecia areata, dermatitis atopica, purpura psihogenes, rosacea, dermatitis seborhoica i urticaria

pripadaju grupi psihosomatskih poremećaja. Akne vulgaris je obolenje kože koje je značajno povezano sa stresom. Važno je znati da nije uzrokovano stresom, ali ga stres pogoršava [7].

Klinička slika acne vulgaris. Postoji polimorfizam. Fizički znaci su seboreja, ne-upaljena i upaljena oštećena koža i ožiljci. Postoje 3 tipa ne-upaljena oštećenja kože: mikrokomedoni, komedoni i zatvoreni komedoni [8].

Inflamatorna oštećenja mogu biti papule ili pustule, i noduli. Kongestivne folikularne papule su hronične, eritematozne, umereno bolne i javljaju se u naletima, dok se dubole folikularne papule nalaze u dermu i sporo se resorbuju. Pored velikih pustula mogu se videti i duboki inflamacioni nodusi. Veće ciste javljaju se kao subkutana formacija sa jasno naznačenom fluktuacijom, a pokrivena koža je normalne boje ili lako inflamovana. Ove promene nastaju inkapsulacijom makrofagnog infiltrata i predstavljaju pseudociste [9].

CILJ RADA

Sa obzirom da kog akni vulgaris određeni emocionalni problemi (stres), duboko ukorenjeni od perioda ranog detinjstva do prepubertetske faze u razvoju, kod određene strukture ličnosti dovode do psihodermatoze, glavni cilj ovog rada je da se rasvetli etiopatogeneza akni.

MATERIJAL I METODE

U okviru ovog rada obrađeni su ambulantno lečeni bolesnici. 30 bolesnika je pregledano i na osnovu njihovih kožnih promena izvršena je kategorizacija akni.

Za objektivizaciju težine kliničke slike izvršena je kategorizacija akni po W.J. Cunliff-u(10).

- lakši oblik akni (0.1-1) - diseminovani komedoni i pustule
- srednje teški oblik akni (1-4) - inflamirani komedoni i pustule
- težak oblik akni (5-10) - brojne papulopustule i diseminovani nodusi i ciste [10,11].

Intenzitet promena (lezija) je vrednovana po skali od 0-3 [12].

- 0 (Nema promena);
- 1 (do 5 morfe);
- 2 (od 6 do 15 morfa);
- 3 (više od 15 morfa).

Vrednovanje eritema

- 0 nema
- 1 blag
- 2 srednje jak
- 3 jak

Zbir vrednosti je ukupan skor promena.

Na svakom kontrolnom pregledu merene su kožne promene od strane ispitivača i data je ocena (skor) intenziteta promena.

Za identifikaciju i dijagnozu psihičkih poremećaja korišćen je test ličnosti-Kornel index [13].

Statistička obrada podataka. Dobijeni rezultati su obrađeni sledećom metodologijom statističke obrade.

- prikupljanje i statističko sređivanje podataka
- tabeliranje statističkih podataka
- testiranje dobijenih rezultata statističkim testovima: studentovim t-testom,
- χ^2 , Mann-Whitney.

- kada je razlika očigledna tada se ona po pravilu ne dokazuje.

REZULTATI

Psihosomatski status (kornel index) u odnosu na pol prikazan je u Tabeli 1. gde se vidi da anksioznost, hipersenzitivnost, agresivnost, hipohondričnost i paranoidne tendencije su zastupljene u velikom procentu kod oba pola.

Tabela 2. prikazuje zastupljenost kliničkog oblika akni u odnosu na pol. Primenom statističke procedure dokazuje se da postoji signifikantna razlika u raspodeli verovatnoća težine oblika akni u odnosu na pol ($p=0.042<0.05$). Ova razlika se ogleda u tome da je kod ženskog pola sa signifikantno velikom verovatnoćom zastupljen lakši oblik akni (78.6% prema 21.4%), a kod muškog pola slična je verovatnoća zastupljenosti lakšeg i težeg oblika akni (43.7% prema 56.3%).

Pojavu akni srednje teškog i teškog oblika kod ženskog pola su ređa pojava: kod 3 bolesnice bilo je ovog oblika akni od ukupno 14 obolelih. Analiza malog broja

bolesnica (3) u odnosu na broj nalaza psihosomatskog statusa (12) ne daje pouzdane rezultate, tako da prikazani rezultati mogu poslužiti kao informativni.

U Tabeli 3. prikazan je klinički oblik akni u odnosu na pol i psihosomatski status. Uočava se sledeće ; kod muškog pola primenom studentovog t testa dokazuje se da sledeći nalazi pojedinačno utiču na pojavu akni lakšeg oblika: anksioznost 87.7%; paranoidne tendencije 85.7%; hipersenzitivnost 57.1%; depresivnost, opsesivno-kompulzivne smetnje, agresivnost, hipohondričnost i fobične tendencije 42.9%; ostali nalazi psihosomatskog statusa:impulsivne tendencije 28.6%, a inhibitorno, gastrointestinalno i kardiovaskularno konverzivne smetnje 14.3%.

Kod pojave akni srednje teških i teških oblika akni kod muškog pola pojedinačni nalazi: anksioznost, paranoidne tendencije, hipohondričnost 100%; hipersenzitivnost i agresivnost 88.9%;opsesivno-kompulzivne smetnje, impulsivne i fobične tendencije 55.6%; kardiovaskularno konverzivne smetnje 44.4% ostali nalazi sa manjom verovatnoćom utiču na pojavu akni srednje teškog i teškog oblika akni.

Kada se posmatraju pacijenti ženskog (N=11) slika je drugačija. Najveći uticaj na pojavu acni lakšeg oblika ima 11 od 12 nalaza psihosomatskog statusa :

Anksioznost 100%; Hipersenzitivnost i paranoidne tendencije 90.9%, Agresivnost 81.8%; Inhibitorno konverzivne smetnje , impulsivne i fobične tendencije 72.7%; opsesino kompulzivne smetnje, hipohondričnost 63.6%; depresivnost 45.5% ($p=0.081$ do $p=0.409>0.05$). Samo gastrointestinalno konverzivne smetnje sa signifikantno manjom verovatnoćom su vezane za pojavu akni lakšeg oblika).

GI- gastrointestinalne
KV-kardiovaskularne

Ovaj veliki broj nalaza, kada se posmatra njihov pojedinačni uticaj, na daje dovoljno validan odgovor o uticaju na pojavi akni bilo kog oblika ni kod jednog pola. Uočeno je da je pokazatelj o grupisanju više jednovremenih nalaza dao rezultate. Adekvatno opredelenje usledilo je grupisanjem jednovremenih nalaza (psihosomatskog statusa) od 2 do 6 i od 7 do 12. Tabela 4. Primenom statističke procedure (Mann- Whitney U, χ^2 test), dobili smo sledeće rezultate.Udružene psihosomatske smetnje bilo koje od navedenih klasa (2 do 6 ili 7 do 12) na sličan način su raspoređene kod oba pola. Međutim kod muškog pola u obe klase verovatnoće su međusobno slične, za razliku od ženskog pola gde je verovatnoća udruženih, jednovremenih, nalaza 7-12 signifikantno veća od verovatnoće nalaza od 2-6. Od ovoga sledi da se prikaže kako udruženi nalazi korelišu sa pojavom akni lakšeg, odnosno srednje i težeg oblika, posebno kod muškog i ženskog pola.

Dalje ispitivanje primenom statističkih procedura pokazuje da kod muškog pola lakši oblici akni (85.7% prema 14.3) u korelaciji sa klasom od 2-6 udruženih nalaza, a kod srednje teškog i teškog oblika akni udruženost nalaz obe klase jednaka. Kod ženskog pola situacija je drugačija. Naime i kod lakšeg i srednje teškog i teškog oblika akni, radi se o uticaju psihosomatskog statusa u klasi od 7-12 (81.8 prema 18.2) za lakši oblik i 100% za srednje težak i teški oblik akni.

Tabela 1. Raspodela verovatnoća Korenel indexa pacijenata prema polu

Psihosomatski status-kornel index	Muški (N=16)		Ženski (N=14)	
	N	%	N	%
Anksioznost	15	93.8	14	100
Hipersenzitivnost	12	75.0	13	92.9
Depresivnost	4	25.0	6	42.9
Ops.komp.smetnje	8	50.0	10	71.4
Paran.tendencije	15	93.8	13	92.9
Agresivnost	11	68.8	11	78.6
Hipohondričnost	12	75.0	10	71.4
Inh.konv.smetnje	4	25.0	10	71.4
GIkonv. smetnje	2	12.5	7	50.0
KVkonv. smetnje	5	31.3	8	57.1
Impul. tendencije	7	43.8	9	64.3
Fobične tenden.	8	50.0	11	78.6

Tabela 2. Raspodele verovatnoća oblika akni u odnosu na pol

Oblik akni	Muški		Ženski	
	N	%	N	%
Lakši	7	43.7	11	78.6
Srednje teški i teški	9	56.3	3	21.4
Ukupno	16	100.0	14	100.0

Tabela 3. Raspodele verovatnoća oblika akni u odnosu na pol i psihosomatski status

Psihosomatski status-nalaz	Oblik akni (Muški pol N=16)				Oblik akni (Ženski pol N=14)			
	Lakši (N=7)		Srednje teški i teški (N=9)		Lakši (N=11)		Srednje teški i teški (N=3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anksioznost	6	85.7	9	100.0	11	100.0	3	100.0
Hipersenzitivnost	4	57.1	8	88.9	10	90.9	3	100.0
Depresivnost	3	42.9	1	11.1	5	45.5	1	33.3
Opses-kompilsične smetnje	3	42.9	5	55.6	7	63.6	3	100.0
Paranoid.tendencije	6	85.7	9	100.0	10	90.9	3	100.0
Agresivnost	3	42.9	8	88.9	9	81.8	2	66.7
Hipohondričnost	3	42.9	9	100.0	7	63.6	3	100.0
Inhib. konverzivne smetnje	1	14.3	3	33.3	8	72.7	2	66.7
GI konverzivne smetnje	1	14.3	1	11.1	4	36.6	3	100.0
KV konverzivne smetnje	1	14.3	4	44.4	7	63.6	1	33.3
Impulsivne tenden.	2	28.6	5	55.6	8	72.7	1	33.3
Fobične tendencije	3	42.9	5	55.6	8	72.7	3	100.0

Tabela 4. Raspodele verovatnoća udruženih nalaza psihosomatskog statusa u odnosu na pol

Psihosomatski status (udruženi nalazi) Broj	Muški		Ženski	
	N	%	N	%
Od 2-6	9	56.2	4	33.3
Od 7-12	7	43.8	8	85.7
Ukupno	16	100.0	12	100.0

U Tabeli 5. vidi se da kod muškog pola sa lakšim oblikom akni i u obe klase se vidi određeno grupisanje, (da kod većeg broja se udružuje više istih nalaza). T.j prisutna je anksioznost oko 20-60%, dok je redak događaj 5%, a na kraju paranoidne tendencije od 10-60% i udruženost nalaza od 2-6 klase.

Kod pacijenata muškog pola sa srednje teškim i teškim oblikom akni, kada postoji udruženost od 2-6 nalaza, najznačajniji uticaj imaju anksioznost (10-60%), hipersenzitivnost (5-30%), paranoidne tendencije (10-20%), isto i agresivnost, a hipohondričnost (5-10%). Kod klase od 7-12, najznačajniji uticaj imaju: anksioznost od 10-50%, hipersenzitivnost od 5-30%, paranoidne tendencije od 10-60%, agresivnost od 20-70% i hipohondričnost 5%.

U Tabeli 6. prikazane su podaci broja udruženih nalaza za svakog ispitanika ženskog pola sa lakšim,

odnosno srednje teškim i teškim oblikom akni u odnosu na psihosomatski status za klase 2-6 i 7-12 udruženih nalaza. Uočava se da udruženost nalaza je u klasi 7-12 kod lakšeg oblika akni. Anksioznost (70-90%); hipersenzitivnost (index 10%, retko 60-100%); opsesivno kompulzivne smetnje (30-70%); paranoidne tendencije (10-60%); agresivnost (20-70%); inhibitorno konverzivne smetnje (10-20%); kardiovaskularne (60-80%, ređe 5-10%); impulsivne (30-60%) i fobične (od 20-70%).

Bolesnici ženskog pola sa srednje teškim i teškim oblikom akni, bile su samo 3 (od 14), i imale su udruženost nalaza u klasi od 7-12. Dominantni su Anksioznost (40-60%); opsesivno kompulzivne smetnje (5%), paranoidne (10-20%), gastrointestinalne (10-60 i do 70%) i fobične tendencije (10-20%).

Tabela 5. Udruženi nalazi psihosomatskog statusa - Kornel index (%) kod ispitanika muškog pola u odnosu na pojavu lakšeg, srednje teškog i teškog oblika akni

Udruženi nalazi		MUŠKI POL (N=7) lakši oblik akni											
Od-do	Br. po pacijentu	Psihosomatski status - kornel index %											
		a	s	d	o	p	t	h	i	g	k	n	f
2-6	2	40			10								
	3	5	5			20							
	3					10		10					20
	4	20		10		10							5
	6	20	10	60	10	20	70						
7-12	6	60	5			10	20	5				30	
	12	90	40	60	50	60	70	70	30	50	40	30	60
Udruženi nalazi		MUŠKI POL (N=9) srednje teški i teški oblik akni											
Od-do	Br. po pacijentu	Psihosomatski status - kornel index %											
		a	s	d	o	p	t	h	i	g	k	n	f
2-6	4	20				20	20	5					
	5	20	10			10	20	10					
	5	50	5			10	10	5					
	7	40	20		10	10		5			10		5
7-12	7	10	30			20	20	5	10			30	5
	8	50	10		30	20	50	5				30	20
	8	30	10		10	10	70	5			10	60	
	10	50	5		30	60	40	5	10		10	10	5
	12	60	10	90	30	90	30	10	5	10	10	30	5

Šifra nalaza: a-anksioznost; s-hipersenzitivnost ; d-depresivnost; o-opsesivno kompulzivne smetnje, p-paranoidne tendencije; t- agresivnost ; h-hipohondričnost; i-inhibitorno-konverzivne smetnje; g-gastrointestinalno konverzivne smetnje; k-kardiovaskularno konverzivne smetnje; n-impulsivne tendencije; f-fobične tendencije

Tabela 6. Udruženi nalazi psihosomatskog statusa - Kornel index (%) kod ispitanika ženskog pola u odnosu na pojavu lakšeg, srednje teškog i teškog oblika akni

Udruženi nalazi		ŽENSKI POL (N=11) lakši oblik akni											
Od do	Br. po pacijentu	Psihosomatski status - kornel index %											
		a	s	d	o	p	t	h	i	g	k	n	f
2-6	3	10	5			5							
	3	10				5		5					
	7	10	5				10	5	10	10	10		
	8	80	40			70	70		20			60	60
7-12	8	90	40	10			50				10	30	70
	9	80	5			30	20		20	40		30	30
	11	70	20	10		30	10	30	10		80	30	40
	11	90	20	100		30	40	5	10		80	60	60
	11	40	30			30	30	5	10		80	60	60
	12	70	10	10		50	20	5	10	5	5	5	20
	12	90	50	60		40	40	40	20	5	60	60	5
Udruženi nalazi		ŽENSKI POL (N=3) srednje teški i teški oblik akni											
Od do	Br. po pacijentu	Psihosomatski status - kornel index %											
		a	s	d	o	p	t	h	i	g	k	n	f
7-12	8	40	5			30	10	10	10	10			20
	9	50	5			10	10	10	5	10	30	60	10
	10	60	20	10		10	20	40	5		60	30	20

DISKUSIJA

Acne vulgaris su veoma često obolenje kože koje se javlja kod 85% adolescenata i mladih [14].

Adolescencija je veoma dug, prelazni period između detinjstva i odraslog doba. Psihički i telesni procesi u ovoj razvojnoj fazi su otvoreni za promenu i uzajamno su razvojno zavisni, tako da se broj psihosomatskih poremećaja može očekivati kod pojedinaca prirodno sklonih psihosomatskom tipu reagovanja, kao i kod pojedinaca u sredinama i porodicama koje ne uvažavaju emocionalne i psihološke potrebe i u kojima vlada jaka inhibicija slobode ponašanja, misli i osećanja. Još od uspostavljenja koncepta psihosomatskih poremećaja u radovima F. Aleksander-a i Dunbarove, preko radova pariske i bostonske

škole pa sve do novih studija, uočavaju se zajedničke psihološke odrednice psihosomatske ličnosti bez obzira na vrstu poremećaja. Prikupljeno je dosta podataka koji potvrđuju mišljenje da psihosomatski bolesnici poseduju nekoliko zajedničkih psiholoških osobina [15].

U ovom radu smo dokazali da su kod ispitanika muškog pola sa lakšim oblikom akni zastupljeni neuras-tenični parametri: anksioznost, fobija, hipersenzitivnost, depresivnost i opsesivnost; parametri konverzije: inhibitorne, GI, KV, hipohondričnost parametri psihopatije: impulsivnost, agresivnost i paranoidnost.

Kod muškaraca sa srednje teškom i teškom kliničkom slikom acne vulgaris, svi parametar, i neuras-tenični, parametri konverzije i psihopatije su zastupljeni u većem procentu. Kod ispitanika ženskog pola sa lakšim

oblikom akni svi nalazi su izraženi u visokim procentima, dok pojava srednje teškog i teškog oblika akni kod ispitanika ženskog pola je ređa pojava i analiza psihosomatskih rezultata ne daje pouzdane rezultate.

Pikardi i sar. [16] su pronašli visok uticaj psiholoških faktora kod akni, (>30%) koristeći upitnik SHQ12.

Garrie i Garrie [17] koristeći STAI (test ličnosti koji meri anksioznost), pokazuje signifikantno visoke skorove anksioznosti kod pacijenata sa aknama, međutim Medansky [18], nije našao visoke skorove za anksioznost kod pacijenata sa težim oblikom akni.

Polengi i sar. [19] su ispitali 33 pacijenata sa aknama i pokazali da su imali najviše pacijenata sa depresijom i konfliktnom strukturom ličnosti, ali nisu uspeli da dokažu povezanost obih faktora sa kliničkom slikom.

Rapp i sar. [20] su pokazali da kod 479 obolelih od akni, bes izazvan kvalitetom života obolelih u vezi je sa njihovim zadovoljstvom sprovedenom terapijom.

U našem radu pomoću Kornel index-a dobili smo značajan broj poedinačnih nalaza psihosomatskih faktora koji su vezani za pojavu akni. Kod muškog pola sa lakšim oblikom akni prisutno je 8 od 12 psiholoških parametara, a kod srednje teškog i teškog oblika 9 od 12 parametara. Kod ženskog pola sa lakšim oblikom akni prisutno je 11 od 12, dok ispitanice sa srednje teškim i teškim oblikom nisu bile adekvatne za ispitivanje. Zbog nevalidnosti pojedinih

nalaza o uticaju na pojavu akni bilo kog oblika kod oba pola, dobili smo pokazatelje za grupisanje više jednovremenih nalaza kod određenih oblika akni. Rezultati koji smo dobili pokazali su korelaciju udruženih 2-6 psihosomatskih parametara sa pojavom lakšeg oblika akni kod muškog pola, dok kod ženskog pola sa bilo kojim oblikom akni, odgovorni su bili parametri u klasi od 7-12.

ZAKLJUČAK

Kožne promene kod acne vulgaris su česta psihosomatska manifestacija kod pacijenata sa psihosomatskom poremećajima. Za pojavu akni određenog kliničkog oblika kod oba pola, mogu da budu odgovorni udruženi psihosomatski faktori, tako da psihosomatski faktori imaju veliki značaj u pojavu acne vulgaris.

LITERATURA

1. Koo JYM, Smith LL: Psychologic Aspects of Acne. *Pediatr Dermatol* 1991;8:185-8
2. Smith JA, Krowchuk DP. Impact of acne on quality of life in adolescents. U: Rajagoplan R, Sheertz EF, Anderson RT, eds. *Care management of skin diseases: Life quality and economic impact*. New York: Marcel Dekker, 1998.
3. Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-50.
4. Koo JYM. The psychosocial aspects of acne: Patient's perceptions, *J Am Dermatol* 1995;32:26-30
5. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patients. *Dermatol Therapy* 2006; 19:237-40.
6. Morgan M, Mc Creedy R, Simpson J i sar. *Dermatology quality of life Scales: a measure of the impact of skin diseases* *Br J Dermatol* 1997;136:202-6.
7. Buljan D., Šitum M., Buljan M: Dijagnostika i klasifikacija psihodermatoloških poremećaja. U: Buljan D., Šitum M., Buljan M., Živković Vurnek M: *Psihodermatologija*; Naklada Slap, 2008; 3: 77-9.
8. Schering's dermatology and Immunology research Groups. The fundamentals of acne. In: *The management of acne*, Published by Schering AG Center of Dermatology; 30:4-5.
9. Milojević M., Bašanović J.: Akne. U: *Dermatovenerologija*. Vojnomedicinski zavod. Vežalpress, Beograd. 2000;65:729-35.
10. Cunliffe WJ. Acne Grading in: *A brief guide to the management and Treatment of acne*. SHCLC. Reprint March 1992:14-5.
11. Gollnich HPM. *J Dermatol* 1999; 15(suppl 3). 1-4.
12. Paravina M, Novine u lečenju akni, Novine u estetskoj medicini i dermokozmetici. 2004;44-53.
13. Weider A et al. The Kornel index: American group Therapy Association annual Meeting, 1954.
14. Rademaker M, Garioch JJ, Simpson NB. Acne in School - children; no Longer a concern for dermatologist, *Br. Med J.* 1989; 298:217-19.
15. Stoudemire A, McDaniel JS. Psychological factors affecting medical condition. Chapter 25. In: Kaplan HI, Sadock B (ed). *Comprehensive textbook of Psychiatry*, Seventh edition in CD-ROM, Philadelphia, Williams&Wilkins, 2000.
16. Picardi A, Abeni D. Et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients; an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000. 143: 983-91-
17. Garrie S, Garrie E. Anxiety and skin disease in cutis, 1979; 22:205-8.
18. Medansky R. Self- evaluation of acne and emotion: a pilot study in: *Psychosomatics* 1981; 22:379-83.
19. Polenghi MM, Zizak S, Molinari E. Emotions and acne in: *Dermatol Psychosom* 2002; 3:20-25.
20. Rapp DA, Brenes GA et al. Anger and acne; implications for quality of life patients satisfactions and clinical care, *Br J Dermatol* 2004; 151(1):183-9.

THE INFLUENCE OF UNITED PSYCHOSOMATIC FACTORS ON CLINICAL FEATURES OF ACNE VULGARIS

Dejanović L.¹, Relić M.²¹ Clinic for dermatological diseases KBC- Priština, Gračanica² Clinic for dermatological diseases Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica**SUMMARY**

Acne is a chronic inflammatory disorder of the pilosebaceous unit. Dermatological disorders are often associated with a variety of psychological problems which the patient have. Psychodermatologic disorders (acne) are associated with skin problems that are not directly connected to the mind, but that react to emotional states, such as stress. The aim of this article is to show if there is any psychological characteristic which are common for the whole group of ill-patients from acne, as well as whether there is correlation between any type of acne and psychological parameters. Own exploration consist at thirty patients with three clinical type of acne. Personality test-Kornel index were used for identification and diagnostic psychosomatic disorders. The results are: neurastenic parameters, parameters of conversion and parameters of psychopathy in different percent at both sex, and different clinical features. We show correlation united 2-6 psychosomatic disorders in male sex with softly type of acne. In female sex with any type of acne are responsible 7-12 united findings. The association of several psychosomatic factors could possibly be responsible for the onset of acne at any type.

Keywords: psychodermatological disorder, the form of clinical features, psychosomatic parameters.
