

הפרעת חיטוט בעור

תקציר:

הפרעת חיטוט בעור מוכרת שנים ארוכות, אך נוספה לספר האבחנות של האגודה האמריקאית (DSM-5 - Diagnostic and statistical manual) רק במהדורה האחרונה, כחלק מהפרעות טורדניות-כפייתיות. בשנים האחרונות זוכה הפרעה זו להכרה רבה יותר, הן בשל שכיחותה והן בשל ייחודה, בכך שהיא מביאה לפגיעה גופנית ונפשית משמעותית. במאמר זה, נסקרת הספרות הנוגעת להפרעה זו, וכן מובאת פרשת חולה, נערה שלקתה בהפרעת חיטוט בעור כחלק מפסיכופתולוגיה מורכבת יותר.

סקרים אפידמיולוגיים הראו ששכיחות הפרעת חיטוט בעור נעה בין 3%-5% בקרב האוכלוסייה הכללית, עם תוצאות הטרוגניות לגבי התפלגות ההפרעה לפי מין וגיל. במחקרים אחרונים מקובל לסווג הפרעה זו תחת הפרעות של התנהגות חזרתית הקשורה לגוף (BFRB's - body focused repetitive behaviors). בנוסף, נמצא קשר מנגנוני עם הפרעות דיכוי תנועה וטיקים וכן עם הפרעות השייכות לקשת טורדנית-כפייתית.

הטיפול בהפרעה זו יכול להיות תרופתי או פסיכולוגי, כאשר קיימות ראיות ממחקרים לתועלת של תרופות נוגדות דיכאון וחרדה ממשפחת המעכבים הסלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין וכן לאנאצטילציסטאין (N-Acetyl-Cysteine). טיפולים פסיכולוגיים שונים שנחקרו והוכחו יעילותם כוללים בעיקר פרוטוקולים קוגניטיביים התנהגותיים, שבחלקם פותחו באופן מיוחד עבור הפרעה זו.

תומר מבורן
בועז שטרן
סילבנה פניג
אלן אפטר
נועה בן-ארויה מילשטיין

המחלקה לרפואה פסיכולוגית, מרכז שניידר לרפואת ילדים, פתח תקווה

מילות מפתח: הפרעת חיטוט בעור; הפרעה טורדנית-כפייתית; פסיכופרמקולוגיה; טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. **KEY WORDS:** Excoriation (Skin-Picking) disorder; Obsessive compulsive disorder; Psychopharmacology; Cognitive behavioural therapy

הקדמה

הפרעת חיטוט בעור (skin picking disorder, excoriation, dermatilomania) היא הפרעה פסיכיאטרית שנוספה למדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות של האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה (DSM-5 - Diagnostic and statistical manual of the American psychiatric Association) במהדורתה האחרונה. לפי הקריטריונים האבחוניים, ההפרעה כוללת חיטוט חזרתי בעור המוביל לפצעים, במקביל לניסיונות של המטופל להפסיק את פעולת התלישה. כמו כן, קיימת פגיעה משמעותית בתפקוד כתוצאה מפעולה זו, בהיעדר מצב רפואי או נפשי אחר המהווה סיבה מספקת לחיטוט חוזר בעור [1].

מבחינת הבנת הבסיס של ההפרעה והגדרתה, ניתן להעלות מספר אפשרויות תיאורטיות שונות. המאפיינים הקליניים דומים בראש ובראשונה להפרעות נוספות של התנהגויות חזרתיות המתמקדות בגוף (BFRB - Body Focused Repetitive Behaviors) כמו טריכוטילומניה וכסיסת ציפורניים. אפשרויות נזולוגיות אחרות הן הכללה תחת הפרעות תנועה כמו הפרעת טיקים או תסמונת טורט. ניתן לראות גם זיקה משמעותית להפרעה טורדנית-כפייתית, הכוללת גם היא הסתמנות של פעולה חזרתית בלתי רצויה שקשה להימנע ממנה [2].

הקושי לקבוע במדויק את ההשתייכות של הפרעה קיים במקרי גבול נוספים של התנהגויות שאינן רצוניות וגורמות לסבל כמו טריכוטילומניה [3]. יש מספר קטגוריות של תנועות

לא רצוניות או לא רצויות: (1) הרגל (habit) כמו כסיסת ציפורניים או חיטוט באף; (2) טיקים (פשוטים ומורכבים); (3) תנועות סטריאוטיפיות; (4) מניירים; (5) טקסים כפייתיים [4]. ההבחנה בין קטגוריות אלו איננה תמיד ברורה וחד משמעית, ופעמים רבות קלינאים חלוקים בדעתם לגבי האבחנה. עם זאת, קיימים הבדלים מסוימים הן מבחינת המופע החיצוני והן מבחינת החוויה הסובייקטיבית (מנטלית). מבחינה קלינית ניתן להבחין בבדיקה במורכבות הפעולה - האם מדובר בתנועה קצרה ופשוטה או בתנועה ממושכת ומורכבת יותר. ניתן לקבוע גם את המידה שבה יכול המטופל לשלוט או להימנע מביצוע הפעולה. אומנם קשה להיפטר גם מהרגלים לא רצויים, אך על פי רוב, כאשר מודעים לכך, ניתן להימנע מביצוע ההרגל. לעומת זאת, בטיקים מטופלים רבים מדווחים על יכולת התאפקות לטווח קצר בלבד, אם בכלל, גם במקרים של מודעות גבוהה. מבחינה מנטלית יש לעמוד על מספר מרכיבים: מידת הדחף לביצוע הפעולה, האם הצורך נתפס כפיזיולוגי בלבד או בעל מרכיבים רגשיים של מתח ומצוקה, מידת ההזדהות הפנימית עם ביצועה (אגוסינטוני או אגודיסטוני) ומידת הסבל שנגרם למטופל.

הפרעת חיטוט בעור מסווגת בספר האבחנות של האגודה האמריקאית תחת הפרעות טורדניות-כפייתיות. בספרות המקצועית רווח מושג של קשת טורדנית-כפייתית (OC spectrum), שלפיו יש מנעד של הסתמנויות שונות להפרעת בסיס של מחשבות והתנהגויות חוזרות, הנע בין הפרעה טורדנית-כפייתית מלאה העונה על כל הקריטריונים לבין

מקרים חלקיים יותר כמו חיטוט בעור. עם זאת, הפרעת חיטוט בעור מציגה תמונה אפידמיולוגית שונה מהפרעה טורדנית כפייתית, כך שבחיטוט בעור השכיחות בנשים מוגברת ואילו בהפרעה טורדנית-כפייתית השכיחות דומה בין המינים. בנוסף, התגובה לטיפול תרופתי היא שונה בהשוואה בין ההפרעות.

אפידמיולוגיה

במאמרם של Grant וחב' [2], נאמדת שכיחות מפתיעה בגודלה של הפרעה זו – בין 2%–5% מהאוכלוסייה כתלות בסוג המדגם. סקר שאלונים ממוחשב שנערך בברזיל העלה שכיחות של 3.4% מכלל האוכלוסייה, והשכיחות בנשים גבוהה יותר ללא תלות בגיל [5]. במאמרם של Grant וחב' [2] ההיארעות הסתמנה כדר-שלבית – שכיחות מוגברת בין סוף תקופת הילדות לתחילת תקופה ההתבגרות ובין הגילים 30–45 שנים. בין השנים 2012–2014 נערך סקר דומה בישראל, בקרב מטופלים ובני משפחה שהגיעו לקופת חולים, רופאי משפחה ומרפאת עור. באמצעות סקר שאלונים עלתה שכיחות גבוהה מעט יותר של 5.4% לאורך החיים. במחקר זה לא היו הבדלים בין המינים וגם לא בין אוכלוסייה יהודית לאוכלוסייה ערבית. מבחינת חתך הגילים היו יותר מקרים מתחת לגיל שלושים מאשר מעליו, וזאת למרות שהשאלונים סווגו לנבדקים גיל 17 שנים ומעלה בלבד. כמו כן, נמצאה בקרב אלו שסבלו מהפרעת חיטוט בעור שכיחות גבוהה יותר של הפרעת דיכאון, חרדה, הפרעה טורדנית-כפייתית, צריכת אלכוהול והפרעה בדימוי הגוף [6]. תחלואה נלווית דומה נמצאה גם בברזיל [5]. על אף השכיחות המשמעותית במדגמי אוכלוסייה, הפנייה לטיפול בתלונה של חיטוט בעור היא נדירה למדי, ועל פי רוב מגיעים לטיפול רק בעקבות הפרעה נלווית אחרת. ההפרעה פוגעת במספר מוקדים של התפקוד היומיומי, גורמת לתחושת אשמה ובושה, מביאה לבזבוז זמן ולפגיעה גופנית ניכרת. ההימנעות מפנייה לטיפול יכולה לנבוע הן מחסמים שכיחים העומדים בפני פנייה לטיפול בבריאות הנפש באופן כללי והן מחסמים ספציפיים להפרעה זו. נראה כי בהפרעה זו קיימת בקרב המטופלים תחושת בושה, אשר מונעת מהם לפנות לעזרה. בנוסף, קיים חוסר מודעות בקרב רופאים ומטופלים לכך שקיימת אבחנה כזו ולטיפולים אפשריים.

פתוגנזה ואטיולוגיה

בשנת 2002 זוהה גן בודד שהיעדרו בעכברים הוביל להתנהגות של תלישת עור ושיער. במאמר מדווח על עכברי knockout לגן *hoxb8* התולשים שיער ועור באופן אינטנסיבי ומתמשך, לעצמם ולחבריהם. המחקרים בדקו האם השינוי הגנטי מוביל למחלת עור או לחסר תחושת מסוים ולא מצאו עדות לכך. יתר על כן, הם מראים שגן זה מתבטא באזורי מוח הנחשבים כשייכים להפרעה טורדנית-כפייתית [7]. במחקר נוירודימותי שנערך לאחרונה נמצא, כי בקבוצת הלוקים בהפרעה קיים מיתאם בין ממצאי הדימויות לתוצאות הבדיקות הקוגניטיביות. כך, נמצא מיתאם חיובי בין עובי הקורטקס האוקסיפיטלי השמאלי לטרלי ליכולות אינהיביטוריות במבחן לדיכוי תנועה אוטומטית (SSRT – stop signal reaction time). לדעת המחקרים, תוצאות אלו מעידות על הפגיעה האפשרית ביכולות דיכוי תנועה בקרב

הלוקים בהפרעת חיטוט בעור [8].

במחקר MRI תפקודי מהשנה האחרונה שנבדקו בו תפקודים ניהוליים, נמצאה בקרב הלוקים בהפרעה תת פעילות של אזור הכולל את הסטריאטום הדורסלי והסינגולייט הקדמי בשני הצדדים, וכן אזורים פרונטליים של ההמיספרה הימנית, בהשוואה לנבדקי קבוצת הבקרה. ממצאים אלו לא עלה מיתאם עם חומרת התסמינים או עם גיל הופעת המחלה. אזורים אלו מעורבים הן ביצירת הרגלים והן בשליטה או בדיכוי של תנועות [9]. המחקרים התרופתיים להלן מבוססים על פתולוגיה הקשורה לתהליכים סינפטיים ולחוסר איזון של נוירורנסמיטורים.

בנוסף, לעיתים קיימת הופעה של הפרעת חיטוט בעור כתגובה לטיפול תרופתי בפסיכוסטימולנטים. קיימת סברה כי הטיפול בפסיכוסטימולנטים גורם להעלאת הטונוס הדופמינרגי באזורים סטריאטיים וכתוצאה מכך נפגעת יכולת עיכוב התגובה המוטורית [10]. לעומת זאת, יש גם דיווחים על הפרעת חיטוט בעור שבאה כתחלואה נלווית יחד עם הפרעת קשב, והטיפול בפסיכוסטימולנטים הביא להטבה בשתי ההפרעות כאחד [11]. יתרה מכך, לעיתים ההפרעה היא משנית למחלת עור, להפרעה במלחי מרה, לאלרגיה ועוד.

מבחינה פסיכודינמית הוצעו מספר תיאוריות אפשריות: ביטוי של זעם מודחק כלפי דמויות הוריות סמכותניות, תיעול של לחץ וחרדה עקב קונפליקטים פנימיים וכן הצעה שמדובר בדרך לגירוי אוטו-ארוטי כתחליף לאוננות [12].

דוגמה קלינית

נדגים נקודות אופייניות במפגש עם הפרעה זו על ידי תיאור מקרה קליני מהמרפאה לרפואה פסיכולוגית שניידר. נערה בת 16, עם רקע של הפרעת קשב וריכוז וקשיים חברתיים, פנתה לאשפוז יום להפרעות אכילה בשניידר עקב ירידה ניכרת במשקלה. במהלך הטיפול חוותה מספר התקפי חרדה שהובילו להפנייתה

לפסיכיאטר ילדים. בקבלתה למרפאה הפסיכיאטרית הציגה תסמין מרכזי של הפרעה טורדנית-כפייתית מלווה בחרדה, שהתבטאה בהנחת מלכודות מחפצים שונים בחדר, מתוך חרדה שמה יפלוש אליו, וספירה כפייתית של המלכודות ומיקומן. הוחל בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול משפחתי, יחד עם טיפול תרופתי בנוגדי דיכאון וחרדה (פלואוקסטיין 20 מ"ג ליום), בבנודיזפינים קצרי טווח בתקופה של מתח משמעותי (קלונזפאם 0.25 מ"ג ליום למשך שבועיים) וכן בפסיכוסטימולנט (ליסדקסאמפטמין מזילאט-ויאנס 70 מ"ג ליום).

לאורך השנתיים שבהם עברה את הטיפולים השונים שנזכרו לעיל, השתפר מצבה של החולה באופן משמעותי בתחומי החרדה, הטקסים, היכולות החברתיות ושמירה על משקל הגוף.

■ **הפרעת חיטוט בעור היא שכיחה למדי באוכלוסייה הכללית, ועשויה להתלוות להפרעות כמו דיכאון, חרדה ושימוש בחומרים.**

■ **נערכו מספר מחקרים העוסקים בבסיס הגנטי והנוירואנטומי של הפרעה זו. מבחינת הגדרת הפרעה ומאפייניה בספרות, היא שייכת הן לקטגוריה של הפרעות דיכוי תנועה והן לקשת הטורדנית-כפייתית.**

■ **קיימים טיפולים מבוססי ראיות להפרעת חיטוט בעור - הוכחה יעילותן של תרופות נוגדות דיכאון וחרדה ממשפחת המעכבים הסלקטיביים של ספיגה חוזרת לסרוטונין ותרופות נוספות, וכן של פרוטוקולי טיפולים התנהגותיים שונים.**

לא בחומרת המחלה [14]. מחקר כפול סמיות אחר נערך על למוטריג'ין ולא הראה כל הבדל לעומת אינבו (טבלה 1) [15]. מעורבותה של המערכת הגלוטמטרגית בהפרעות אובססיביות שונות, יחד עם ההבנה של תפקידו של הגלוטמט כנוירוטרסמיטר אקסיטטורי, הובילו לניסיונות טיפול בתרופות המשפיעות דרך מנגנון זה. במחקר כפול סמיות שנבחן בו הטיפול ב-N-Acetyl-Cysteine לעומת אינבו בהפרעת חיטוט בעור, הודגם שיפור מובהק בתסמינים של כפייתיות וחזרתיות ובהערכה קלינית של המטפל, ללא הבדל משמעותי בתפקוד פסיכוסוציאלי [16].

מחקרים פתוחים נערכו על תרופות רבות ממשפחת המעכבים הסלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין (פלובוקסמין, אסצטילופרם, סרטורלין, פלואוקסטין וציטלופרם) [17]. בסקירה של המחקרים הללו הודגם שיעור תגובה בין 40%-70%, וחלק מהמטופלים הגיעו להקלה משמעותית בתסמינים וחלקם להפוגה מלאה. במחקר פתוח על למוטריג'ין (תרופה המשמשת גם כנוגדת-כפיון וגם כמייצבת מצב רוח) הודגם שיעור תגובה של 67%, אך כאמור לעיל תרופה זו לא הוכיחה את יעילותה כשהשוותה לאינבו (פלצבו). קיימים גם תיאורי פרשות חולים שטופלו באינוזיטול, באנטגוניסטים אופיאוידיים וכן בהגברת הטיפול בנוגדי דיכאון וחרדה באמצעות תרופות נוגדות-פסיכוזא, שהודגם בעקבותיהם שיפור קליני [18]. מטה אנליזות שנערכו על הטיפולים התרופתיים השונים כללו גם את המחקרים הפתוחים, ולכן אינן מספקות רמת ראיות משביעת רצון. בחלקן נמצאה תועלת בתרופות ממשפחת המעכבים הסלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין בלבד [19], ובחלקן לא נמצאה תועלת מובהקת בטיפול תרופתי בכלל [18, 20].

טיפולים פסיכולוגיים

טיפולים פסיכולוגיים מקובלים המיושמים ומתוארים בספרות, מתבססים על פרוטוקולים והמשגות של טיפולים קוגניטיביים התנהגותיים קלאסיים בשילוב אלמנטים של טיפולים אחרים. טיפול התנהגותי בהיפוך תגובה - Habit Reversal Therapy

לקראת סוף הטיפול הופיעה תלונה חדשה של גירוד כפייתי בקרקפת המוביל לתלישת עור, ללא תלישת שיערות. הנערה תיארה תחושת גרד המציקה לה ומובילה אותה לגירוד עד זוב דם או עד שנוטלת גלדי עור באצבעותיה ומסירה אותם. לאחר הפסקת הטיפול במעורר (סטימולנט) חל שיפור מסוים בהפרעת החיטוט בעור, אך ניסיון הפסקה של הטיפול בנוגד הדיכאון גרם להחמרה חוזרת. הומלץ לחזור לטיפול תרופתי וכן הופנתה להערכה וטיפול במרפאה הפסיכוסומטית בשניידר לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי המשלב טיפול בביופידבק.

קיימות מספר נקודות חשובות ללימוד מפרשת חולה זו. ראשית, מטופלת זו טופלה בשל הפרעה אחרת, ואילו תלונה על חיטוט בעור הופיעה בשלב מאוחר של הטיפול. ניתן לראות זאת כתחלואה נלווית לבעייתה העיקרית, או לחלופין, לשים לב לכרונולוגיה של הופעה במקביל לשיפור בבעיה העיקרית. כך ניתן להציע, כי הפרעת החיטוט בעור באה כביטוי חלופי לגורמי דחק פנימיים שלא נפתרו. בנוסף, סמיכות הופעת ההפרעה לטיפול במעוררים (סטימולנטים) מצביעה על גורם אפשרי נוסף. לבסוף, ניתן לראות במקרה זה את התגובה הטובה לטיפול תרופתי בנוגדי דיכאון וחרדה יחד עם טיפול פסיכולוגי מותאם.

טיפול תרופתי

בסקירת הספרות שערכנו, נמצאו מספר מחקרים שנעשו על יעילותם של טיפולים תרופתיים או פסיכולוגיים להפרעת חיטוט בעור. בין הפרסומים ניתן למצוא מספר מחקרים כפולי סמיות עם הקצאה אקראית, ניסויים פרוספקטיביים פתוחים, פרשות חולים ומטה-אנליזות. התרופות הנבדקות ביותר הן ממשפחת המעכבים הסלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין. במחקר כפול סמיות שנבחן בו הטיפול בפלואוקסטין לעומת אינבו (פלצבו) בחולי הפרעת חיטוט בעור, הודגם שיפור מובהק סטטיסטית במצב הקליני הכללי ובדיווח המטופל (הודגם שיפור קליני בעיני המטפל ובבדיקה ויזואלית של העור, אך לא חל שיפור בשאלון תסמיני לחיטוט בעור) [13]. באופן דומה, במחקר נוסף הודגם, כי טיפול בציטלופרם מוביל לשיפור באיכות החיים ובמצב הכללי, אך

טבלה 1:

תוצאות מחקרים אקראיים כפולי-סמיות בטיפול תרופתי להפרעת חיטוט בעור

מחקר	תרופה	נבדקים	מדדים	תוצאות
Simeon D, 1997 [13]	Fluoxetine	6 בקבוצת המחקר, 11 בקבוצת בקרה	CGI-I, VAS, SPTS	שיפור מובהק בשניים מהמדדים במוצע נבדקים לעומת ביקורות
Bloch MR, 2001 [17]	Fluoxetine	4 בקבוצת המחקר, 4 בקבוצת בקרה	MGH-SPS, YBOCS	שיפור משמעותי ב-MGH
Arbabi M, 2008 [14]	Citalopram	23 בקבוצת המחקר, 22 בקבוצת בקרה	VAS, GHQ, Y-BOCS	שיפור משמעותי בשתי הקבוצות, פער מובהק רק באיכות חיים ותסמיני OC
Grant E, 2010 [15]	Lamotrigine	16 בקבוצת המחקר, 16 בקבוצת בקרה	SP-SAS, CGI, NE-YBOCS, SDS, etc.	לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין הקבוצות
Grant E, 2016 [16]	N-Acetyl-Cysteine	35 בקבוצת המחקר, 31 בקבוצת בקרה	NE-YBOCS, CGI, cognitive tasks	שיפור מובהק סטטיסטית בשני השאלונים ביחס לקבוצת הבקרה

CGI - clinical global impression
 VAS - visual analogue scale
 SPTS - Skin Picking Treatment Scale
 MGH SPS - Massachusetts General Hospital skin picking scale
 Y-BOCS - Yale Brown obsessive compulsive scale

GHQ - global health questionnaire
 SP-SAS - Skin Picking Symptom Assessment Scale
 NE-Y-BOCS - Neurotic Excoriation Yale Brown obsessive compulsive scale
 SDS - Sheehan Disability Scale

הטבעיים של הילד ולהפוך כוחות אלו לזמינים בכל עת שהוא בוחר בכך. ביופידבק היא שיטה המשלבת טכנולוגיית מחשבים מתקדמת עם עקרונות רפואיים. תוכנות מחשב ידידותיות, אשר פותחו במיוחד לצורך זה, עוזרות לילד להוריד מתח ולחץ ולשפר את הוויסות הרגשי דרך משחק. באמצעות התוכנה, הילד מתרגל טכניקות הרפיה ודמיון מודרך, תוך העמקת המודעות האישית לתחושות הגוף ולהשפעת אופן החשיבה ותכניה על התגובות הפיזיולוגיות. התרגול והיישום בחיי היומיום המגמה נועדו להשיג שליטה, ויסות ואיזון במערכות שונות בגוף.

לסיכום

הפרעת חטוט בעור היא הפרעה שכיחה למדי באוכלוסייה הכללית, בין 2%–5% לפי מחקרי אוכלוסייה, והשכיחות גבוהה יותר בקרב מטופלים פסיכיאטריים, ולפי חלק מהמחקרים גבוהה יותר בנשים. הפרעה זו פוגעת הן בגופו של המטופל והן באיכות חייו ורווחתו הפסיכוסוציאלית, אך מעטים בלבד פונים לקבלת תמיכה וטיפול. לאחרונה הפרעה זו קיבלה הכרה רשמית עם הכנסתה למהדורה העדכנית של ספר האבחנות של האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה (DSM5), עקב עניין גובר בעולם ועיסוק מחקרי שהצדיק הגדרה עצמאית. הפרעה זו עומדת בזיקה עם הפרעות נוספות של התנהגויות חזרתיות הקשורות בגוף, עם הקשת הטורדנית כפייתית ועם הפרעות אחרות של ויסות תנועה. מחקרים התנהגותיים, נוירולוגיים ודימוטיים נערכו על מנת לעמוד על טיבן של הזיקות הללו, והתמונה עדיין לא הובהרה די הצורך.

הטיפול בהפרעה יכול להיות תרופתי, מאחר שיש הוכחות ממחקרים ליעילות של נוגדי דיכאון וחרדה ממשפחת המעכבים הסלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין, וכן ליעילות של טיפול ב-N-Acetyl-Cysteine. נחקרו בנוסף טיפולים נוגדי פסיכוזא, למוטריג'ין ותרופות נוספות. יעילותם של טיפולים פסיכולוגיים והתנהגותיים אף היא נתמכת בספרות המחקר, בפרט פרוטוקולים ספציפיים של טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) וטיפול בהיפוך תגובה (HRT) שפותחו ונבדקו בהפרעה זו. אף טיפולי 'דור שלישי' ואחרים הוצגו ונחקרו ברחבי העולם, כולל תרפיית קבלה ומחויבות (ACT), היפנוזה וביופידבק. ●

מחבר מכותב: תומר מבורך
מרכז שניידר לרפואת ילדים
רחוב קפלן 14, פתח תקווה
דוא"ל: tomerme@cclalit.org.il

ביבליוגרפיה

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington. 2013. 991 p.
2. Grant J, Skin Picking Disorder | American Journal of Psychiatry
3. [Internet]. The American Journal of Psychiatry. 2012. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2012.12040508>
3. Shoenfeld N, Rosenberg O, Kotler M & Dannon

(HRT) מוכר כשיטה יעילה לבעיות של התנהגות חזרתית מסוגים שונים. הטיפול כולל תיעוד עצמי ומתמקד במודעות להתנהגות החזרתית וביכולת להתגבר על הדחף כאשר הוא מופיע. בנוסף, יש טיפולים עם מרכיב של התרת צימוד (decoupling), הכוללים אימון למציאת פעילות אחרת היכולה לענות על הדחף הפנימי ולהחליף את ההתנהגות המפריעה. שני מחקרים כפולי סמיות עם הקצאה אקראית (טיפול מול רשימת המתנה) נערכו על טיפול זה בהפרעת חטוט בעור, והראו תועלת לאחר תקופה קצרה וכן במהלך מעקב של כחודשיים לאחר תום הטיפול [21].

במחקר נוסף נבחן טיפול קוגניטיבי התנהגותי קצר מועד שכלל מפגש קבלה וארבעה מפגשי טיפול שכל אחד מהם נמשך 45 דקות בלבד. הטיפול התמקד בשינוי של דפוסי מחשבה והתנהגויות הקשורות לחטוט בעור. הערכות במהלך הטיפול, עם סיומו וחודשיים לאחר מכן, העלו שיפור ניכר במדדים שונים הקשורים לחומרת ההפרעה, עם מובהקות סטטיסטית וגודל אפקט משמעותי [22].

בשל המרכיב הברור של חרדה ומתח בהפרעה זו, נערכו ניסיונות טיפוליים בהתערבויות שונות שנועדו להשפיע על הרגשתו הכללית של המטופל, רווחתו הנפשית והיכולת לקבל את מצבו. מתוארים טיפולים באמצעות יוגה, התעמלות אירוביות, דיקור סיני, ביופידבק, היפנוזה ועוד. המידע המחקרי בספרות לגבי התערבויות אלו אינו מספק, אך מציע כיוונים אפשריים חדשים [23]. טיפול המשלב כלים מסוג זה יחד עם טיפולים קוגניטיביים מסורתיים נקרא טיפול בקבלה ומחויבות (ACT Acceptance and Commitment Therapy). בטיפול זה עובדים על מחשבה מסתגלת הכוללת את קבלת המצב הנוכחי, קשיבות (mindfulness), הגדרה של ערכים וסדרי עדיפויות, וקבלת מחויבות לכך. טיפול זה נחקר בפני עצמו [24] ובשילוב עם טיפול בהיפוך תגובה והראה תוצאות ראשוניות חיוביות [25]. בכתב העת "שיחות" פורסמה פרשת חולה מפורטת של טיפול בטריכוטילומניה (הפרעת תלישת שיער), הדומה בהסתמנותה הקלינית להפרעת חטוט בעור. הטיפול המוצג שם ניתן לילדה בת תשע וכלל עבודה התנהגותית דרך ניטור עצמי עם משימות של שליטה עצמית, עבודה על חיזוקים חיוביים ודימוי עצמי, וכן שינוי קוגניציות של מחשבות שליליות, דמיון מודרך ומשחקים [26]. טיפול פסיכותרפיה ארוך טווח בגישה דינמית עשוי להתמקד בעידון ובתיעול של הדחפים התוקפניים, וביישוב הקונפליקט הפנימי שהוביל אליהם [12,27].

בהפרעה מורכבת זו נדרש טיפול אינטגרטיבי המשלב מעקב פסיכיאטרי וטיפול תרופתי לפי הצורך, יחד עם טיפולים פסיכולוגיים קלאסיים וגישות נוספות. במרפאה הפסיכוסומטית במרכז שניידר לרפואת ילדים מטופלים ילדים הלוקים בהפרעות פסיכוסומטיות מסוגים שונים. הפרעות אלו באות לידי ביטוי בתלונה גופנית כלשהי שנובעת מגורמים נפשיים ומושפעת מהם. הטיפול במרפאה משלב טיפול קוגניטיבי התנהגותי, היפנוזה וביופידבק, אשר נותנים מענה גם לחלק הפסיכולוגי וגם לחלק הגופני, ומובאים בחשבון יחסי הגומלין בין גוף לנפש. היפנוזה מאפשרת לילד לנצל את יכולות הריכוז, המחשבה והדמיון כדי להתמודד עם בעיות גופניות ונפשיות. הגישה הישירה אל האזורים היצירתיים והפחות מודעים של הנפש מאפשרת למטפל לעורר את כוחות הריפוי

- PN, Tricotillomania: Pathopsychology Theories and Treatment Possibilities. *IMAJ*. 2012;14 (February):125-9.
4. *Kurlan RM, Habits, Mannerisms, Compulsions, and Stereotypies*. In: *Hyperkinetic Movement Disorders* [Internet]. Oxford University Press; 2015 [cited 2018 Jul 19]. p. 99-105. Available from: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199925643.001.0001/med-9780199925643-chapter-7>.
 5. *Machado MO, Köhler CA, Stubbs B & al, Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample*. *CNS Spectr* [Internet]. 2018;1-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29730999>.
 6. *Leibovici V, Koran LM, Murad S & al, Excoriation (skin-picking) disorder in adults: a cross-cultural survey of Israeli Jewish and Arab samples*. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2015;58:102-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25682319>.
 7. *Greer J, Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice*. - PubMed - NCBI [Internet]. *Neuron*. 2002. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11779477>.
 8. *Blum AW, Chamberlain SR, Harries MD & al, Neuroanatomical Correlates of Impulsive Action in Excoriation (Skin-Picking) Disorder*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2018; appineuropsych 17050090. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29685064>
 9. *Odlaug BL, Hampshire A, Chamberlain SR & Grant JE, Abnormal brain activation in excoriation (skin-picking) disorder: Evidence from an executive planning fMRI study*. *Br J Psychiatry*. 2016 Feb;208(2):168-74.
 10. *Kara T & Akaltun İ, Newly Developed Skin Picking After Methylphenidate Treatment in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Possible Mechanisms*. *Clin Neuropharmacol* [Internet]. 2018;41(1):28-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29298167>.
 11. *Bernardes C, Mattos P & Nazar BP, Skin picking disorder comorbid with ADHD successfully treated with methylphenidate*. *Rev Bras Psiquiatr (Sao Paulo, Brazil 1999)* [Internet]. 2018;40(1):111. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29590267>.
 12. *Sadock B & Sadock V RP, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 2015. 434-436 p.
 13. *Simeon D, A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking*. - PubMed - NCBI [Internet]. *J Clin Psychiatry*. 1997. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9515971>.
 14. *Arbabi M, Farnia V, Balighi K & al, Efficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking, a randomized double blind placebo controlled trial*. *Acta Med Iran* [Internet]. 2008; Available from: https://www.researchgate.net/publication/236891721_Efficacy_of_citalopram_in_treatment_of_pathological_skin_picking_a_randomized_double_blind_placebo_controlled_trial.
 15. *Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR & Kim SW, A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response*. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2010;30(4):396-403. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20531220>.
 16. *Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA & al, N-Acetylcysteine in the Treatment of Excoriation Disorder: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2016;73(5):490-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007062>.
 17. *Bloch MR, Elliott M, Thompson H & Koran LM, Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results*. *Psychosomatics* [Internet]. 2001;42(4):314-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11496020>.
 18. *Lochner C, Roos A & Stein DJ, Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options*. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2017;13:1867-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5522672>.
 19. *Selles RR, McGuire JF, Small BJ & Storch EA, A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder*. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2016;41:29-37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143352>.
 20. *Carvalho AR, Maças A, Ferreira JS & al, Skin Picking Disorder, a New Old Diagnosis: Case Report and Brief Review*. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015;30:1497. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815320551>.
 21. *Teng EJ, Woods DW & Twohig MP, Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation*. *Behav Modif* [Internet]. 2006;30(4):411-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16723422>.
 22. *Schuck K, Keijsers G & Rinck M, The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control*. *Behav Res Ther* [Internet]. 2010;49:11-7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/47383883_The_effects_of_brief_cognitive-behaviour_therapy_for_pathological_skin_picking_A_randomized_comparison_to_wait-list_control.
 23. *Torales J, Barrios I & Villalba J, Alternative Therapies for Excoriation (Skin Picking) Disorder: A Brief Update*. *Adv Mind Body Med* [Internet]. 2017;31(1):10-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28183072>.
 24. *Twohig MP, Hayes SC & Masuda A, A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking*. *Behav Res Ther* [Internet]. 2006;44(10):1513-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368072>.
 25. *Flessner CA, Busch AM, Heideman PW & Woods DW, Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing*. *Behav Modif* [Internet]. 2008;32(5):579-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18334614>.
 26. טלמור זטלר-רום דנא. טלמור זטלר-רום דנא. 2014; כח: 8-192.
 27. *Ribeiro1 Â, Ribeiro JP & Orlando von Doellinger, A skin-picking disorder case report: a psychopathological explanation*. *J Bras Psiquiatr*. 2013;



חברי ההסתדרות הרפואית בישראל

**בואו להיות לקוחות PREMIUM בלאומי
וליהנות מהצעה מצוינת:**

לראשונה! מענק השתתפות בדמי החבר לרופאים חברי הר"י

- ◀ הטבות בניהול חשבון עסקי ופרטי כולל הלוואות אטרקטיביות
- ◀ פטור מעמלות עו"ש ל- 3 שנים או הלוואה בגובה 30,000 ₪ ללא ריבית לפותחי חשבון חדש
- ◀ הטבות באשראי, במסחר בניירות ערך ובמט"ח
- ◀ כרטיס אשראי ייחודי לחברי הר"י



לאומי איתך. **premium**

הורידו את אפליקציית הבנקאות | חייגו *5522
המתקדמת בישראל | leumi.co.il

לאומי רשאי לשנות או להפסיק את התנאים בכל עת וללא הודעה מוקדמת < הטבות למצטרפים חדשים בכפוף לעמידה בתנאי המבצע > אי עמידה בפירעון ההלוואה עלול לגרור חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל > פרטים מלאים ומחייבים בקשר להטבות ולאשראי בסניפי לאומי ובאתר.