

# הפרעות סומאטופורמיות בילדים ומתבגרים

תקציר:

הפרעות סומאטופורמיות בקרב ילדים ומתבגרים עלולות לפגוע בלימודים ובתפקוד החברתי, ולגרום למצוקה פסיכולוגית רבה. האבחנה מורכבת, היות שלעיתים הפרעות אלו מדמות מחלות רפואיות, ולכן המטופלים נוטים לפנות לרופאי הילדים במקום לפסיכיאטרים או פסיכולוגים. המאפיין המשותף להפרעות אלו הוא הימצאותם של תסמינים גופניים המרמזים על מצב רפואי או פגם בתפקוד אשר בפועל אינו קיים. קריטריוני האבחון של הפרעות אלו, הנקראות קבוצת הפרעות הסומאטופורמיות, נקבעו עבור מבוגרים. בשל מיעוט במחקרים בילדים, נהוג להחיל את הקריטריונים של הפרעות סומאטופורמיות במבוגרים גם על ילדים, ללא התאמתם לסוגיות ההתפתחותיות. הפרעות הסומאטופורמיות השכיחות ביותר בילדים הן כאבי ראש שמקורם במתח וכאבי בטן נשנים. כמו כן, בקבוצת ההפרעות הסומאטופורמיות נכללות הפרעת סומאטיזציה, הפרעת פגימות גופנית (Body dysmorphic disorder), היפוכונדריה והפרעת המרה (Conversion disorder). הטיפול בהפרעות אלו נעשה על ידי שילוב של תרופות פסיכיאטריות ופסיכותרפיה. טיפול במעכבי קליטה מחדש של סרטונין יעיל לרוב בהפרעות סומאטופורמיות עם תחלואה נלווית של דיכאון וחרדה, ובהפרעת פגימות גופנית והיפוכונדריה. בלוקים בהפרעת המרה ניתן לטפל בבנודיאזפינים ובמעכבי קליטה סרטונין. בעוד שבהפרעת כאב נהוג לטפל במשככי כאב קלים, בתרופות תלת צקליות ובטרטול. מבחינה פסיכולוגית, נמצא שטיפול קוגניטיבי-התנהגותי, היפנוזה וביופידבק הם הטיפולים בעלי ההשפעה הרבה ביותר על הלוקים בהפרעות אלו.

אנדרס קוניצ'זקי  
דורון גוטהלף

היחידה לפסיכיאטריה של הילד, בית חולים לילדים אדמונד וילי ספרא, מרכז רפואי שיבא, תל השומר, רמת גן  
הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

מילות מפתח: הפרעות סומאטופורמיות; כאב; ילדים; היפנוזה; ביופידבק.  
KEY WORDS: Somatoform Disorders; Children; Pain; Hypnosis; Biofeedback.

## הקדמה

המטרה בסקירה זו היא להסב את תשומת לב הרופאים לקשת רחבה של הפרעות סומאטופורמיות בקרב ילדים ובני נוער, אשר אינן מוכרות דיין ולעיתים אינן מאובחנות נכון, לנוכח הדמיון הרב שלהן למחלות רפואיות. המאפיין המשותף להפרעות סומאטופורמיות (Somatoform disorders) הוא הימצאותם של תסמינים גופניים המרמזים על בעיה רפואית אשר בפועל איננה קיימת [1]. בקרב חולים אלה קיימת נטייה לחוות ולשדר מצוקה גופנית ותסמינים גופניים אשר אינם מוסברים בממצאים גופניים חריגים (פתולוגיים). כמו כן, בעלי הפרעות סומאטופורמיות נוטים ליחס לתסמינים גופניים ולדרוש עבורם טיפול רפואי [2]. ההפרעות הסומאטופורמיות בילדים ונוער כוללות: כאבי ראש שמקורם במתח; כאבי בטן נשנים; הפרעת סומאטיזציה (Somatization disorder); הפרעת פגימות הגוף (Body dysmorphic disorder); היפוכונדריה (Hypochondriasis); והפרעת המרה (Conversion disorder). קריטריוני האבחון של ההפרעות הסומאטופורמיות נקבעו עבור מבוגרים, אך הם מוחלים גם על ילדים בשל מיעוט במחקרים על אוכלוסיה זו, ובשל היעדר תפיסה התפתחותית הולמת אשר יכולה לספק הסבר להתפתחות ההפרעות הללו ביחס למהלך ההתפתחות הנורמטיבית. מבחינה התפתחותית ניתן לומר, שילדים נוטים יותר ממבוגרים לבטא מצוקה פסיכולוגית כגון דיכאון וחרדה דרך ערוצים סומאטיים, בשל הקושי שלהם להביע את עצמם באופן מילולי. הביטוי הסומאטי מאפשר לילד להימנע מעיבוד מודע של החרדה או הקונפליקט לצד הרווחים המשניים שתסמינים אלו מספקים, כגון קבלת תשומת לב הורית או אי הליכה לבית הספר. חשוב להדגיש כי קיימים ממצאים המעידים על כך שיש המשכיות של תסמינים סומאטופורמיים מילדים למבוגרים.

## הפרעת כאב

אחת התופעות הסומאטיות הנפוצות ביותר כבר בגילי 4-9 שנים היא הפרעת כאב. זו אבחנה יחסית חדשה אשר לה המאפיינים הבאים: (1) כאב לא מדומה אשר גורם למצוקה ולפגם בתפקוד; (2) לגורמים פסיכולוגיים תפקיד משמעותי בהיווצרותו, חומרתו ובהמשכו של הכאב; (3) הכאב איננו תוצאה של פסיכופתולוגיה אחרת [1]. בבואנו לבחון הפרעת כאב בקרב ילדים, יש להביא בחשבון את ההיבטים ההתפתחותיים של הכאב. בתינוקות, תגובה לכאב היא רפלקסיבית, בעוד שילדים בני 18 חודשים ומעלה כבר מבטאים את המילה "כואב", על מנת להביע תחושת כאב, והם אף מסוגלים לזהות תחושת כאב אצל אחרים [3]. ילדים בגילאי טרום בית ספר יכולים לנקוט באסטרטגיות התמודדות, כגון חיפוש אחר חיבוק או הסחות דעת כדי להקל על הכאב. ילדים בגילאי בית ספר כבר מסוגלים לציין רמות של כאב ולקשר תחושות פסיכולוגיות לכאב. במחקרים קליניים נמצא, כי סף הכאב גדל עם העלייה בגיל, כך שילדים צעירים רגישים יותר לכאב מאשר ילדים בגיל שבע. לתסמיני הכאב בקרב ילדים נקשרו גם גורמים משפחתיים הקשורים לתהליכי למידה של "התנהגות חולי" [4]. תסמיני הכאב הנפוצים ביותר בקרב ילדים ומתבגרים הם כאבי בטן נשנים וכאבי ראש שמקורם במתח.

## כאבי בטן נשנים (Recurrent abdominal pain)

**אפידמיולוגיה** - כאבי בטן נשנים (RAP), המתרחשים בקרב 10%-30% מכלל הילדים והמתבגרים, מוגדרים כשלושה אירועים חמורים או יותר המשפיעים על פעילות הילד, נמשכים מעל לתקופה של שלושה חודשים, ללא גורם גופני ברור, ומקשים על

**טיפול** – הטיפול התרופתי כולל בדרך כלל מתן משככי כאב קלים, תרופות תלת-ציקליות וטגרטול. ניתן לתת תרופות המיועדות לכאבים ממקור נירופתי, כגון *Duloxetine* ו-*Dregabalin* [13]. הטיפולים הפסיכולוגיים העיקריים שנבדקו הם טכניקות הרפיה (הכוללות הרפיית שרירים הדרגתית), ביופידבק, היפנוזה והתערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות; במסגרת הטיפול הפסיכולוגי הקוגניטיבי-התנהגותי, לומדים הילדים מיומנויות התמודדות קוגניטיביות כגון הסחת דעת, דימויים ודיבור עצמי לשם הרגעה. לעיתים קרובות הם מתבקשים לעקוב אחר הכאבים שלהם באמצעות רישום ב"יומן כאבים", תוך זיהוי גורמי ההדק (הטריגרים) השונים במהלך היום וישום אסטרטגיות ההתמודדות השונות שנרכשו. הבנייה קוגניטיבית המחודשת מיושמת, על מנת ליצור מחשבות אודות היכולת להתמודד עם הכאב ואודות תפיסת הכאב עצמו, וכדי להפחית מחשבות שליליות וקטסטרופליות או אמירות אישיות התורמות להגברת הכאב [14].

### הפרעת סומאטיזציה

הפרעת סומאטיזציה מתאפיינת בקריטריונים הבאים: היסטוריה רפואית של תסמינים גופניים המתרחשים במהלך תקופה של מספר שנים לפני גיל 30 שנה, אשר כוללת לפחות ארבעה תסמיני כאב; לפחות שני תסמינים של מערכת העיכול; תסמין אחד הקשור במין; ותסמין אחד פסאודו-נירולוגי, כגון שיתוק באזורים שונים בגוף. על מנת לאבחן הפרעה זו, יש לוודא שלא ניתן להסביר את התסמינים על רקע מצבו הרפואי של המטופל או צריכת חומרים כגון תרופות או סמים, וכי אין מדובר בהתחזות [1]. תלונות חוזרות ונשנות אודות תסמינים גופניים נפוצות גם בקרב אוכלוסיית הילדים, אולם קביעת אבחנה של הפרעת סומאטיזציה שכיחה פחות, היות שקריטריון האבחון מצריך הופעתם של 13 תסמינים גופניים מתוך 35, שמתוכם שמונה, כגון מחזור בלתי סדיר או היעדר חשק מיני, מתאימים רק לילדים בוגרים המצויים לאחר שלב ההתבגרות המינית.

**אפידמיולוגיה** – בקרב ילדים ונוער נמצאו תסמינים סומאטיים בקרב 11% מהבנות וב-4% מהבנים בגילים 12–16 שנים. התסמינים מופיעים באופן הדרגתי בצמוד להתפתחות הטבעית. בתחילה הם מופיעים כתסמינים יחידים, שהשכיחים שבהם הם כאבי ראש, עייפות, כאבי בטן, כאבי גב וראייה מטושטשת [15]. כאבי גפיים, עייפות כרונית, כאבי שרירים ותסמינים נירולוגיים נוטים להופיע בגילים מאוחרים יותר.

**תחלואה נלווית** – הפרעת סומאטיזציה מופיעה בשכיחות גבוהה עם דיכאון רבא (מאג'ורי) (64%), עם בעת (פוביה) ספציפית (70%), עם הפרעה טורדנית-כפייתית (51%) ועם הפרעה דירקוטבית אטיפית הקיימת בכ-35% מהלוקים בהפרעה [16].

**פתוגנזה** – הגורמים להפרעת הסומאטיזציה מגוונים ומתארים תמונה מורכבת ככול הקשור לסיבות של ההפרעה. בחלק מהחולים נמצא קשר בין התעללות מינית בילדות להתפתחות הפרעת סומאטיזציה [17]. בקרב קרובי משפחה מדרגה ראשונה של ילדים הלוקים בהפרעת סומאטיזציה, נמצאה שכיחות יתר של הפרעת סומאטיזציה וגם של הפרעת אישיות אנטי חברתית, הפרעת קשב-היפראקטיביות (ADHD) ואלכוהוליזם. בנוסף, המשפחות של בעלי הפרעת סומאטיזציה מאופיינות ברמות חרדה ודיכאון גבוהות, ובנטייה לניצול חולי אסטרטגיות להתמודדות ולהפחתת לחץ [18].

**טיפול** – ספרות המחקר בתחום הטיפול בהפרעת סומאטיזציה בקרב ילדים, מועטה. לנוכח מורכבות ההפרעה והעובדה שילדים הלוקים בסומאטיזציה נוטים להגיע למגוון אנשי מקצוע, האסטרטגיה המומלצת לרוב היא לבחור איש מקצוע אחד (רופא ילדים לדוגמה),

תפקודם הלימודי והחברתי של הילדים [5].

**תחלואה נלווית** – חלק ניכר מהילדים הסובלים מכאבי בטן נשנים (RAP) סובלים גם מהפרעות חרדה: ל-43% חרדת פרידה, ל-31% הפרעת חרדה כללית, ול-21% הפרעת בעת (פוביה) חברתית. הפרעת דיכאון אובחנה בכשליש מהילדים עם RAP [6]. כאבי בטן נשנים מהווים, קרוב לוודאי, שלב מקדים להתפתחות הפרעת סומאטיזציה בגילאים מבוגרים יותר.

**פתוגנזה** – האטיולוגיה של כאבי הבטן הנשנים עדיין אינה ידועה, וכנראה שבמקורה היא תפקודית. הסברה היא, שרגישות יתר במעיים מתפתחת לעיוות קוגניטיבי שלילי, היוצר מצב כרוני של כאבי בטן, ומגביר חרדה ודיכאון בקרב ילדים אלו. הכאבים הנשנים יוצרים עלייה בתסמיני החרדה והדיכאון, הן בקרב הילדים עצמם והן בקרב הוריהם, וכן עלייה בתסמינים הסומאטיים ובתסמיני הכאב בקרב בני משפחה [5].

**טיפול** – הטיפול בכאבי בטן נשנים מתמקד בעיקר בלימוד טכניקות הרפיה ושליטה על הגוף, באמצעות טיפול קוגניטיבי התנהגותי, ובשילוב של ביופידבק והיפנוזה [7]. במהלך הטיפול לומד הילד לשנות את האופן שבו הוא תופס את הכאב ולשלוט עליו דרך דימויים המאפשרים לו להקטין את עוצמת הכאב.

### כאב ראש שמקורו במתח (Tension type headache)

קיימים מספר סימנים להבדיל בין כאב ראש צילחתי (מיגרנוטי) לבין כאב ראש שמקורו במתח (TTH). כאב ראש צילחתי נמשך בין שעה ל-48 שעות ומאופיין באחד משלושת המאפיינים הבאים לפחות: חד צדדיות, כאב פועם, עוצמה בינונית עד קשה, כאשר לכאב מתלווה בחילה, הקאה, פוטופוביה ופונופוביה. לעומת זאת, לכאבי ראש שמקורם במתח יש המאפיינים הבאים: (1) הופעתם של עשרה התקפי כאב ראש לפחות שאינם כתוצאה ממחלה או פגיעה גופנית עד לזמן הבדיקה; (2) הכאב נמשך 30 דקות עד שבעה ימים; (3) הכאבים מאופיינים בשניים מהתסמינים הבאים לפחות: כאב לוחץ (לא פועם), עוצמה קלה עד בינונית, מיקום דו צדדי, ללא החמרה במאמץ גופני וללא בחילה או הקאה, פוטופוביה ופונופוביה [8].

**אפידמיולוגיה** – כאבי ראש נשנים נפוצים בקרב ילדים ומתבגרים, כך שמניחים כי עד גיל 15 שנה בערך, 15% מכלל בני הנוער חוו לפחות כאב ראש אחד הקשור למתח [9]. ההתנהגות לאורך זמן של כאב ראש שמקורו במתח ברפואת הילדים לא נחקרה מספיק, אך סבורים שהיא דומה לזו של צילחה (מיגרנה).

**תחלואה נלווית** – כאבי ראש שמקורם במתח מתלווים לרוב להפרעות אחרות ולעיתים אף מגבירים את התסמינים שלהן. בספרות שנבחנו בה סוג זה של כאבי ראש, נמצא שיעור גבוה של הפרעות סומאטופורמיות (25%), הפרעות חרדה (30%) ודיכאון (40%) בקרב בעלי כאבי ראש ממקור מתח [10]. נראה שהחרדה שמתלווה לכאבי הראש גורמת להיקבעות הכאב לאורך זמן ולתגובה חלקית לטיפול.

**פתוגנזה** – הסיבות לכאב ראש שמקורו במתח קשורות לסביבתו הקרובה של הילד ולמעגלים הרחבים יותר שאליהם נחשף במהלך היום. שמונים-ושישה אחוזים (86%) מכלל הילדים שאובחנו כסובלים מכאב ראש שמקורו במתח, דיווחו על לחץ חמור הקשור לבית הספר ולהישגים, ו-14% דיווחו על לחץ בינאישי [11]. התוצאות השליליות של כאב ראש שמקורו במתח בקרב ילדים ובמתבגרים אינן מוערכות לרוב כראוי, והן עלולות לכלול שיבושים באינטראקציות חברתיות ובריחה חדה בתפקוד בבית הספר, כגון היעדרויות מבית הספר, עלייה במספר הבעיות בבית הספר, ירידה בביצוע שיעורי הבית ועלייה בתחושת התשישות המדווחת לאחר בית הספר [12].

להפרעה טורדנית-כפייתית ובשל הפגיעות הגנטיות המשותפת לשתי ההפרעות, הסברה היא שיש להן בסיס פתוגני משותף. גישות פסיכותרבותיות גורסות, שאי שביעות רצון מהיבטים שונים במראה החיצוני אופיינית לתרבות המערב, בעוד שתיאוריות פסיכודינמיות גורסות כי ההתעסקות בדימוי הגוף משרתת פחד מפני יצירת קשר בינאישי, וכי היא משקפת התקה של קונפליקט מיני או רגשי אל חלק גוף או אל איבר בלתי קשור. לעומת זאת, תיאוריות קוגניטיביות גורסות, שהפרעת פגיונות גופנית מאופיינת בדפוסי חשיבה שליליים ומעוותים בנוגע לתדמית הגוף, אשר מובילים להימנעות מסיטואציות חברתיות [24].

**טיפול** – במבוגרים, תרופות ממשפחת ה-SSRI במינונים גבוהים, כפי שאלה ניתנות לצורך טיפול בהפרעה כפייתית-טורדנית, הביאו לשיפור של 70% בתסמיני ההפרעה. בדיווח רטרוספקטיבי בילדים ומתבגרים עם הפרעת פגיונות גופנית, נמצא כי מצבם של 10 מתוך 19 מהילדים (53%) שטופלו בתרופות SSRI השתפר באופן משמעותי לעומת 0 מתוך 8 ילדים שטופלו בתרופות אחרות [25]. שיעור התגובה בקרב חולים דלזיונלים היה טוב באותה מידה כמו של אלו שלא היו דלזיונלים. תרופות תלת-ציקליות נוגדות ותרופות נוגדות-פסיכוחה לא נמצאו יעילות [21]. ממצא זה תומך בגישה הרואה בהפרעת פגיונות גופנית מחלה הדומה להפרעה כפייתית ולא הפרעה מתחום הפסיכוחה. הטיפול הפסיכולוגי היעיל ביותר לטיפול בהפרעת פגיונות גופנית הוא קוגניטיבי-התנהגותי, עם שיעור נשירה נמוך ושיפור הנשמר יציב לאחר חודשים של מעקב [26].

## היפוכונדריה

המאפיין החיוני לאבחון היפוכונדריה הוא הפחד או האמונה בקיומה של מחלה חמורה, אשר נמשך לפרק זמן הגדול משישה חודשים ואינו חולף על אף הערכה רפואית השוללת את קיום המחלה [1]. באבחנה המבדלת יש לשלול הפרעת סומאטיזציה. בעוד שבהפרעת סומאטיזציה החולה מוטרד מהסבל הכרוך בתסמינים הגופניים, כגון כאב, הרי שבהיפוכונדריה החולה חושש שהוא לוקה במחלה רפואית קשה, אך אינו חושש מהתסמינים הגופניים עצמם.

**אפידמיולוגיה** – הסתמנות מלאה של היפוכונדריה איננה נפוצה, שכיחות היפוכונדריה באוכלוסייה המבוגרת היא כ-0.8% מכלל מקבלי השירותים ברפואה ראשונית [27]. היות שילדים עם היפוכונדריה פונים יותר לרופאי ילדים מאשר לפסיכיאטרים, מעט ידוע אודות האפידמיולוגיה של הפרעת היפוכונדריה בילדים ובמתבגרים, ומספר המחקרים בתחום מצומצם ביותר.

**תחלואה נלווית** – בקרב מבוגרים עם היפוכונדריה קיימת שכיחות יתר של הפרעות חרדה, כולל הפרעה טורדנית כפייתית ובעתות (פוביות) ספציפיות [28].

**פתוגנזה** – מרבית המודלים שנועדו להסביר היפוכונדריה הם פסיכואנליטיים, ונגרס בהם כי העיסוק בגוף נועד להגן על החולה מפני חוויה של דיכאון או חרדה שמקורם בצרכי תלות שלא סופקו בילדות. במודלים קוגניטיביים התנהגותיים נוהגים להדגיש את הטיות החשיבה בקרב חולי היפוכונדריה, אשר נוטים לייחס משמעותיות קטסטרופליות לתחושות גופניות, ובכך מעוררים מערכת של דאגנות ובדיקות כפייתיות של הגוף [29].

**טיפול** – נמצא, כי טיפול בתרופות מקבוצת ה-SSRI יעיל לטיפול בהיפוכונדריה, כאשר המרכיב הכפייתי בולט [13]. מבחינה פסיכולוגית, הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי נמצא כטיפול היעיל ביותר בהפרעה [30]. הטיפול מסייע בהשבת תחושת הביטחון של המטופל בנוגע לבריאותו ולתפקודו הגופני דרך תיקון האמונות המוטעות של המטופל, לצד טכניקות התנהגותיות של חשיפה

שידאג לריכוז תהליך הטיפול, ולארגון המידע הרפואי והפסיכולוגי הרב המצטבר, תוך הבנת מורכבות התסמינים המופיעים בהפרעה. יש לוודא שנעשתה בדיקה רפואית מקפת לשלילת קיומה של מחלה גופנית, לצד שימת דגש על חזרה מהירה לתפקוד, על מנת להקטין את 'התנהגות החולי' של המטופל. אין פרסומים בנוגע ליעילות טיפול תרופתי בהפרעת סומאטיזציה בילדים. במבוגרים עם הפרעת סומאטיזציה נמצא, שטיפול תרופתי במעכבים ספיגת סרוטונין ביריניים (SSRIs) יעיל כאשר קיימת תחלואה נלווית של דיכאון או הפרעת חרדה [13]. טיפולים פסיכולוגיים שנמצאו יעילים בהפרעת סומאטיזציה כוללים טיפול קוגניטיבי התנהגותי [19], וטיפול קבוצתי שמתמקד בפתרון בעיות, בלימוד אסטרטגיות התמודדות ובהעלאת יכולת ההבעה הרגשית. כחלק מהטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי ניתן לשלב טכניקות הרפיה (כגון טכניקת ההרפיה ההדרגתית של ג'קובסון), אשר מפחיתות את רמת החרדה ואת מתח השרירים, ועל ידי כך מצמצמות את התסמינים הגופניים של ההפרעה ומאפשרות שליטה טובה יותר על הגוף בזמן הופעת התסמינים.

## הפרעת פגיונות גופנית

הפרעת פגיונות גופנית מוגדרת כעיסוק יתר בפגם דמיוני או מזערי במראה החיצוני, שגורם למצוקה נפשית משמעותית ולשיבוש בתפקוד [1]. הלוקים בהפרעה חווים בושה וצורך להסתיר את הפגם המדומיין. לכן חשוב לשאול באופן ישיר אודות התסמינים הרלוונטיים, על מנת שלא להחמיץ את אבחון ההפרעה. המוקד לפגם מצוי לרוב בחזות הפנים או הראש, אך לעיתים מעורבים מספר חלקי גוף או הגוף בכללותו [20]. הורים לילדים עם הפרעת פגיונות גופנית פונים לטיפול פסיכולוגי, לאחר שהם מבחינים בכך שילדם נמנע ממפגשים חברתיים ואף מסרב ללכת לבית הספר. בחלק מהילדים ניתן להבחין בבדיקה חוזרת ונשנית של 'הפגם' פעמים רבות במהלך היום במראות או במשטחים שקופים, כגון חלונות ראוה או חלונות של מכונות. מאידך, חלק מהילדים נמנעים לחלוטין מהתבוננות במראה ואף מסירים מראות בסביבתם או מכסים אותן. רבים אף נמנעים ממקומות מוארים ועוסקים בטיפוח יתר, כגון איפור מוגזם, על מנת לכסות את 'הפגם'. מנקודת מבט התפתחותית, עיסוק יתר במראה אופייני לגיל ההתבגרות, אך בקרב מתבגרים הלוקים בהפרעת פגיונות גופנית הופך עיסוק זה למרכזי בחייהם, וגורם למצוקה רגשית ולשיבוש בתפקודי היומיום. בעבר מקובל היה לחשוב שחולים המשוכנעים לחלוטין בפגם שבגופם לוקים ב-"Delusional disorder, somatic type" ולא בהפרעת פגיונות גופנית, אך במחקרים עדכניים הודגם, שאין תוקף קליני להפרדה בין שני תת הסוגים הללו של הפרעת פגיונות גופנית. כך, לדוגמה, שני תת הסוגים של ההפרעה – הדלזיונלי והלא-דלזיונלי – מגיבים לתרופות SSRI ואינם מגיבים לתרופות נוגדות-פסיכוחה [21].

**אפידמיולוגיה** – שכיחות הפרעת פגיונות גופנית בילדים ובמתבגרים איננה ידועה, מאחר שאין מחקרים אשר דווח בהם על שכיחות ההפרעה בנפרד ממבוגרים.

**תחלואה נלווית** – הפרעת פגיונות גופנית מופיעה בשכיחות גבוהה עם דיכאון רבא, אשר קיים בקרב 41% ל-83% מבעלי ההפרעה. כשלושים אחוזים (30%) עם הפרעת פגיונות גופנית לוקים במהלך חייהם גם בהפרעה טורדנית כפייתית, וכשליש מהם סובלים מביישנות קיצונית העונה לקריטריונים של חרדה חברתית [22]. בנוסף, בעלי הפרעת פגיונות גופנית נוטים ללקות בשכיחות יתר של הפרעות אישיות מקלסטר C, אובדנות, הפרעות אכילה, אלכוהוליזם והתמכרות לסמים [23].

**פתוגנזה** – בשל הדמיון הקליני בין הפרעת פגיונות גופנית

ללמד את המטופל לשלוט טוב יותר על התסמינים הגופניים ולבצע אינטגרציה של מנגנוני הדיסוציאציה העומדים בבסיס המרה. ביופידבק אלקטרומיוגרפי [39] נמצא יעיל ללימוד שליטה על הגוף בזמן ההתקף. נמצאה יעילות רבה גם לטיפול משפחתי אסטרטגי עבור התקפי כפיון מדומים ותסמיני המרה נוספים. לאחרונה תוארו ממצאים של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ב-10 מטופלים שאושפזו בשל הפרעת המרה, שהתבטאה בבעיות הליכה; בעקבות הטיפול, החלו כל החולים ללכת בצורה נורמאלית תוך 12 ימים במוצע, ושבעה מתוך תשעה מטופלים שנמצאו במעקב במשך שנתיים מתום הטיפול, שמרו על הישג זה [40].

## לסיכום

ההפרעות הסומאטופורמיות מאופיינות בהסתמנות קלינית מורכבת עם ריבוי תסמינים, ולכן הן מהוות אתגר הן מנקודת מבט אבחונית והן מנקודת מבט טיפולית. לנוכח זאת, נודעת חשיבות מכרעת להכרה של רופא הילדים את המאפיינים השונים של ההפרעות, על מנת שניתן יהיה להימנע מטיפול תרופתי שאינו תואם ומהפנייה לבדיקות רפואיות מיותרות.

הטיפול בהפרעות סומאטופורמיות נעשה על ידי שילוב של תרופות פסיכיאטריות ופסיכותרפיה. טיפול במעכבי קליטה מחדש של סרטונין (SSRIs) יעילים בהפרעות סומאטופורמיות בעלות תחלואה נלווית של דיכאון וחרדה, ובהפרעות בעלות מאפיינים כפייתיים, כגון הפרעת פגיונות גופנית והיפוכונדריה. בהפרעת המרה ניתן לטפל בבנזודיאזפינים, בעוד שבהפרעת כאב נהוג לטפל במשככי כאב קלים, בתרופות תלת-צלקליות ובטגרטול. מבחינה פסיכולוגית, נמצא כי השילוב של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, היפנוזה וביופידבק, הוא היעיל ביותר לטיפול בהפרעות אלו; הסיבה לכך היא, שטיפולים אלו מאפשרים לשלב גם את המרכיבים הנפשיים של ההפרעה (כגון מאפייני החשיבה החרדתית או הכפייתית בהיפוכונדריה) וגם את המרכיבים הגופניים (כגון הביטויים הגופניים של החרדה והכאב) – המערבים את המערכת הסימפטטית, המערכת הקרדיוסקולרית ואת מערכת השרירים.

### מחבר מכותב: אנדרס קוניצ'זקי

היחידה לפסיכיאטריה של הילד,  
בית חולים לילדים אדמונד וילי ספרא,  
מרכז רפואי שיבא, תל השומר, רמת גן  
טלפון: 03-92443186  
דוא"ל: andres\_k\_il@yahoo.com

## ביבליוגרפיה

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). 2000, Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Lipovsky ZJ, Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145: 1358-1368.
3. McGrath P & McAlpine LM, Psychological perspectives on pediatric pain. *J Pediatr*, 1993;122: 52-58.
4. Osborne RB, Hatcher JW & Rütchsmeyer AJ, The role of social modeling in unexplained pediatric pain.

מדורגת להפחתת התנהגויות הימנעותיות, ומניעת הבדיקות הנשנות של הגוף. כאשר המרכיב החרדתי בהפרעה ניכר באופן משמעותי, רצוי לשלב טיפול בביופידבק; טיפול זה נועד ללמד את הילד לשלוט על התסמינים הגופניים דרך משוב חיזוני המראה מדדים, כגון טמפרטורה, קצב הלב, מתח שרירים והזעה. באמצעות משוב זה מצליח המטופל להגיע להרפיה, אשר מקטינה את החרדה, ולומד לזהות את התגובה הגופנית של הגוף למצבי חרדה.

## הפרעת המרה

התסמין הבולט בהפרעת המרה הוא שיבוש בלתי מוסבר מבחינה גופנית של התפקוד התנועתי או התחושתית, אשר מחקה נירולוגית או רפואית. בדרך כלל קיים גורם הדק (טריגר) פסיכולוגי ברור שמתחיל את הפרעת המרה או גורם להחמרתה [1].

**אפידמיולוגיה** – כיום אין הערכה מדויקת באשר לשכיחות ההפרעה בקרב אוכלוסיית הילדים והמתבגרים, אך נמצא כי 1%-3% מהמטופלים הפונים לנירולוג לוקים בהפרעת המרה [31]. על פי תוצאות מחקרים שהתבססו על פרשות חולים, הפרעת המרה נפוצה יותר בקרב בנות [32] ומתרחשת גם בקרב ילדים בגיל הגן, אך לרוב היא פורצת רק מגיל בית הספר. התסמינים האופייניים לילדים ומתבגרים כוללים התקפי כפיון (התקפים אפילפטיים) מדומים (Psychogenic non-epileptic seizures), המתבטאים בפרוסים או בהתכווצויות המדמים תגובות כפיוניות. התקפים אלו שכיחים ביותר בקרב ילדים, והם יכולים להופיע לצד או מוקד כפיוני מובחן או בהיעדרו. ההתקפים מאובחנים באמצעות וידיאו EEG, כאשר האבחנה המבדלת מצריכה היעדר איבוד שליטה על הסוגרים או נשיכת לשון במהלך ההתקף; קיומה של תגובה לכאב; צינת להוראות מילוליות וזיכרון למה שהתרחש בהתקף. הפרעות המרה נוספות מתבטאות בשיתוק בתנועה, בתחושת נימול ובהפרעות הקשורות בהליכה, כגון אסתזיה אבזיה. בקרב 10%-60% מהלוקים בהפרעת המרה מתגלית אנמנזה של מחלה או פציעה [33]. בגילאי הגן נפוצות תופעות כגון שיתוק תנועתי חלקי או צליעה לאחר פציעה קלה, הנמשכות מספר שעות או ימים, בעוד שבבדיקה רפואית לא נמצאת כל עדות לפגיעה גופנית. התסמין מעורר בדרך כלל את דאגתם ותשומת לבם של ההורים ובכך משמר את ההתנהגות (רווח משני).

**תחלואה נלווית** – מרבית המטופלים הלוקים בהפרעת המרה מדווחים על רמות חרדה גבוהות ודיכאון נלווה. כמו כן ידוע כיום, שייכתנו תסמינים של המרה בהפרעות אישיות שונות, כגון הפרעה היסטוריונית והפרעה גבולית בחולים עם הפרעות פסיכוטיות [34].

**פתוגנזה** – פרויד היה הראשון שהגדיר את הפרעת המרה [35]. הוא ראה בתופעה זו עדות לתוכן נפשי שהודחק מהמודעות, היות שהופעתו מעוררת חרדה לנוכח האופי הקונפליקטואלי שלו, ועבר התמרה לגוף. כיום סבורים שגם גורמים משפחתיים ממלאים תפקיד מכריע בביטוי המחלה ובהימשכות התסמינים. זוהו שני דפוסים של הפרעות בקרב הורים לילדים עם הפרעת המרה: 1) משפחות עם רמות גבוהות של חרדה, אשר עסוקות בחולי; ו-2) משפחות המאופיינות בהיעדר ארגון וגבולות ברורים [33]. במחקרי דימות (PET) נמצאה פעילות מוגברת באזורים הפרה-פרונטליים של קליפת המוח (הקורטקס) האחראים על הרצייה של התנועה, ללא פגיעה באזורי התנועה עצמם [36].

**טיפול** – הטיפול התרופתי בהפרעת המרה לא נחקר מספיק, ועיקרו טיפול בבנזודיאזפינים כגון קלונזפם או לורזפם [37]. למרות שבחלק גדול מהחולים חלה החלמה עצמונית, נועד הטיפול הפסיכולוגי להתמודד עם הקונפליקט שבבסיס ההפרעה, ולאפשר עיבוד ואבראקציה של האפקט הנלווה. באמצעות היפנוזה [38] ניתן

- J *Pediatr Psychol*, 1989;14: 43-61.
5. Garber J, Zeman J & Walker LS, Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990; 29: 648-656.
  6. Dorn LD, Campo JC, Thato S & al, Psychological Comorbidity and Stress Reactivity in Children and Adolescents with Recurrent Abdominal Pain and Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003; 42:1:66-75.
  7. Tan S & Leucht C, Cognitive-Behavioral Therapy for Clinical Pain Control: A 15-Year Update and Its Relation to Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1997;45:4, 396-416.
  8. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ & al, Classification of Primary Headaches. *Neurology*, 2004; 63:427-35.
  9. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A & Angold A, Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, and Headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38:7:852-859.
  10. Sarioglu B, Erhan E, Serdaroglu G & al, Tension-Type Headache in Children: a Clinical Evaluation. *Pediatr Int*, 2003; 45:186-9.
  11. Winner P, Paediatric headaches: what's new? *Curr Opin Neurol*, 1999; 12:269-72.
  12. Ennsgraber C & Vesely C, Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: a controlled study and review of the literature. *Cephalalgia*, 1999; 19:32-43.
  13. Brian A Fallon, Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004; 56; 455-460.
  14. Puca F, Genco S, Prudeniano MP & al, Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. The Italian Collaborative Group for the Study of Psychopathological Factors in Primary Headaches. *Cephalalgia*, 1999; 19:159-164.
  15. Tamminen TM, Bredenberg P, Escartin T & al, Psychosomatic symptoms in preadolescent children. *Psychother Psychosom*, 1991;56: 70-77.
  16. Swartz M, Blazer D, George L & Landerman R, Somatization Disorder in a community population. *Am J Psychiatry*, 1986; 143: 1403-1408.
  17. Kinz JF, Trawegwe C & Biebl W, Family background and sexual abuse associated with somatization. *Psychother Psychosom*, 1995;64: 82-87.
  18. deGruy FV, Dickinson P, Dickinson L & al, The families of patients with somatization disorder. *Fam Med*, 1989; 21: 438-442.
  19. Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JJ, Gara MA & al, Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 2006; 166: 1512-1518.
  20. Phillips KA, Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry*, 1996;57: 1-4.
  21. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE & al, A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 1994; 30: 179-186.
  22. Phillips KA, Didie ER & Menard W, Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2007; 97: 129-135.
  23. Veale D, Boocock A, Gournay K & al, Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169, 196-200.
  24. Rosen JC, Reiter J & Orosan P, Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995;63: 263-269.
  25. Albertini RS & Phillips KA, Thirty-three Cases of body dysmorphic disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1999; 38:4 P 453-459.
  26. Williams J, Hadjistavropoulos T & Sharpe DA, Metaanalysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 44: 99111-.
  27. Gureje O, Ustun TB & Simon GE, The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 1997; 27, 10011010-.
  28. Fritz GK, Fritch S & Hagino O, Somatoform Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 1997;36:10: 1329-1338.
  29. Pérez Solera A, Tratamiento de trastornos hipochondriacos mediante un cambio de atribucio n. *Ana l Modif Conducta*, 1992;18:279-290.
  30. Warwick HM, Clark DM, Cobb M & al, controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169:189-195.
  31. Ron MA, Somatisation in neurological practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1994;57:1161-4.
  32. Steinhausen HC, von Aster M, Pfeiffer E & Gobel D, Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1989;30: 615-621.
  33. Gratan-Smith P, Fairley M & Procopis P, Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child*, 1988; 63: 408-414.
  34. Noshpitz JD King RA, Essential of child psychiatry, 1992;2: 522-554.
  35. Freud S & Breuer J, Studies on hysteria. 1974; Vol 3: Fräulein Anna O. Harmondsworth: Penguin. P 73-102.
  36. Maruff P & Velakoulis D, The voluntary control of motor imagery. Imagined movements in individuals with feigned motor impairment and conversion disorder. *Neuropsychologia*, 2000; 38:1251-60.
  37. LaFrance WC Jr & Devinsky O, The treatment of nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia*, 2004; 2(45 suppl):15-21.
  38. Oakley DA, Hypnosis and suggestion in the treatment of hysteria. In: P. W. Halligan, C. Bass, & J. C. Marshall (Eds.), *Contemporary approaches to the study of hysteria, clinical and theoretical perspectives*, 2001; (pp. 312-329). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
  39. Fishbain DA, Goldbery M, Khalil TM & al, The utility of electromyographic biofeedback in the treatment of conversion paralysis. *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145: 1572-1575.
  40. Speed J, Behavioral management of conversion disorder: Retrospective study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1996; 77:147-154.