

הפרעת ביטוי גוף (סומטיזציה) בילדים ובמתבגרים

אלונה גד, גיל זלצמן, שמואל טיאנו,

המח' לנוער, המרכז לבריאות הנפש "גהה", מרכז רפואי רבין, קמפוס ביילינסון, פתח-תקווה, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת ת"א

שכיחות התופעה של הפרעת ביטוי גוף

במחקר שנעשה על-ידי Offord וחב' [4] בשנת 1987 נמצא, ש-11% מהבנות ו-4% מהבנים בגילי 12-16 הוגדרו כלוקים בהב"ג [4]. תלונות גופניות מרובות נפוצות באוכלוסיית הגיל הרך. אולם האיבחון של הב"ג נדיר בקרב ילדים [5]. מימצא זה נובע מחוסר התאמת מדדי ה-DSM-IV לאוכלוסייה זו. כחמישה אחוזים מאוכלוסיית המבוגרים הפונים למירפאות, 9% מכלל האוכלוסייה המאושפזת בבית חולים כללי ו-12% מכלל החולים הכרוניים לוקים בהב"ג [2].

התלונות השכיחות במתבגרים (בסדר יורד) [6] הן כדלקמן:

- 1) כאבי ראש — כ-10%-30% מבני הנוער מתלוננים על כאבי ראש תכופים.
- 2) "רמת אנרגיה נמוכה" — 23%.
- 3) כאבי שרירים — 21%.
- 4) כאבי בטן — 17%.

סימנים מדומים במערכת העצבים נדירים יחסית בסקירות שבוצעו באוכלוסייה הכללית, עקב קשיי איבחון של סימנים אלו ברפואה ראשונית בקהילה וחוסר היענותם של ילדים לעבור בדיקה ניורולוגית [7].

גורמים התורמים להתהוות הב"ג

גיל הילד יכול להשפיע על סוג התלונות: עד גיל 9 מהווים כאבי בטן נישנים את התלונה השכיחה ביותר ואילו בגיל ההתבגרות, דהיינו מגיל 12 ומעלה, התלונה הנפוצה היא כאבי ראש [8]. שכיחות התסמינים במערכת העצבים עולה עם הגיל [9] וגבוהה יותר בקרב בנות [10].

הב"ג מתרחשת בשכיחות זהה בין המינים בגיל הילדות. אולם מצב זה משתנה בגיל ההתבגרות, עם הופעת שכיחות-יתר בנשים לתופעה זו מספר הסברים:

- 1) הופעת הווסת והתחלת ההתבגרות המינית, מקושרות לעלייה בדיווחים על תלונות גופניות [11].
- 2) חלה ירידה בדיווחים על תלונות גופניות בקרב מתבגרים [6].
- 3) בנות עקביות יותר בדיווח על תלונות גופניות בפרק זמן נתון [12]. כמו-כן, הן פונות בשיעורים גבוהים יותר לקבלת עזרה רפואית [13].

גורמים חברתיים ותרבותיים

קיימים חילוקי דעות בין החוקרים השונים לגבי הקשר בין המצב החברתי-כלכלי לבין התהוות הב"ג: חלקם מדווחים על קשר ישיר

ת ק צ י ר

הפרעת ביטוי גוף (סומטיזציה) בילדים ונוער היא הפרעת חרדה נפוצה. טעויות ועיכובים באבחנה עלולים להביא לעיבוד רפואי מיותר, יקר ולעיתים אף מזיק. בסקירה זו נסקור את האפידמיולוגיה, ההסתמנות הקלינית, הגישות הטיפוליות והפרוגנוזה של הפרעה זו. פרשת חולה אחד מובאת בקצרה כדי להדגים את הבעייתיות בהפרעה זו.

ה ק ד מ ה

הפרעת ביטוי גוף (סומטיזציה) (הב"ג)¹ מוגדרת כהפרעת חרדה ומסווגת בספר האבחנות הפסיכיאטריות DSM-IV [1] כחלק מקבוצת ההפרעות הסומטופורמיות. הב"ג מהווה מצב שבו תלונות גופניות מרובות מצריכות תשומת לב רפואית, אולם אינן קשורות למחלה גופנית ידועה [2]. מצב זה בילדים יכול לגרום לחוסר תיפקוד חברתי ואף להיעדרויות מרובות מבית-הספר [3]. המדדים הדרושים לקביעת האבחנה על-פי ה-DSM-IV הם כדלקמן:

- 1) תלונות גופניות מרובות שהחלו לפני גיל 30 שנה ונמשכו מספר שנים. התלונות גרמו להגבלה בתיפקוד החברתי או המיקצועי והצריכו קבלת טיפול רפואי.
- 2) על כל אחד מהמדדים להתאים לדרישות הבאות:
 - א' 4 תלונות של כאב הקשורות ל-4 אזורים או איברים שונים בגוף (ראש, בטן, גב, מיפרקים וכדו').
 - ב' 2 תלונות על מערכת העיכול; על התלונות להיות כאלה שאינן קשורות בכאב (בחילות, הקאות, שילשולים וכדו').
 - ג' תלונה אחת על מערכת הרבייה והשתן, כגון חוסר תיפקוד מיני, וסת לא סדירה, צרבת, תכיפות בהטלת שתן וכדו'.
 - ד' תלונה אחת מדומה במערכת העצבים (pseudo-neurological).
- 3) סעיף א' או ב':
 - א' לא ניתן להסביר את התסמינים הרשומים בסעיף (2), גם לאחר ביצוע בדיקות רפואיות רבות.
 - ב' כאשר יש מחלה גופנית נילוית — התלונות הגופניות או אי-התיפקוד החברתי אינם ביחס מתאים למחלה עצמה.
- 4) הסימנים אינם מבוימים [1].

¹ הב"ג — הפרעת ביטוי גוף.

Key words: somatization, adolescence, somatoform, hypochondriasis, depression.

בין שני המצבים [14] וחלקם על קשר הפוך [15]. סתירה זו מצריכה מחקרים נוספים.

גורמים תורשתיים ומשפחתיים

במחקרים רבים הודגם, שהב"ג היא הפרעה משפחתית; ילדים מתלוננים על תופעות גופניות שברובן המכריע זהות לאלה המדווחות על-ידי בני-משפחתם [16]. בנוסף לכך, ילדים החשופים למחלות כרוניות יבטאו הב"ג בשיעורים גבוהים יותר [17].

במחקרים שנערכו באוכלוסיות תאומים הודגם, שתורשה משפיעה על הופעת הפרעות אישיות הגורמות לפגיעות-יתר (pre-disposition) להתהוות הב"ג [18].

הפרעות פסיכיאטריות המופיעות בשכיחות רבה יותר בקרב משפחות אלה הן דיכאון, חרדה, שתיינות והפרעות אישיות, כגון הפרעת אישיות אנטי-חברתית או הפרעת קשב וריכוז (ADHD) [17]. ילדים להורים הלוקים בהב"ג מצויים בסיכון גבוה יותר ללקות בהפרעות פסיכיאטריות ובנטייה לאובדנות [19].

דגמים פסיכולוגיים התורמים להבנת ההתהוות של הב"ג

קיימות מספר תיאוריות פסיכולוגיות המנסות להסביר את תופעת הב"ג מנקודות ראות שונות: תיאוריות התנהגותיות רואות באמונות ההורים והתעסקותם בנושאים רפואיים כהתניה להתפתחות הילד ותגובותיו; דהיינו, תגובת הילד מושפעת מהדרך האופיינית בה מגיב ההורה לתלונותיו [20]. חוקרים אחרים טוענים, שילדים עם הב"ג לוקים בסף גירוי גופני נמוך, דבר הגורם להתעסקות-יתר בתחושות חולי וחולשה. כמו-כן, נמצאו עדויות לעוררות-יתר של המערכת הסימפאטית [21].

בגישה הפסיכודינאמית נטען, שחולים הלוקים בהב"ג מבטאים לחץ נפשי באמצעות תסמינים גופניים. זוהי שפה שבה הב"ג מבטאת תיקשורת ריגשית — הילד אינו מסוגל לבטא באופן מילולי את ריגשותיו ולכן הוא מבטא אותם דרך תכנים גופניים [2]. לילד המתלונן יש "רווח ראשוני" מכך. כל עוד העימות הפנימי (קונפליקט) אינו מצוי בהכרה, הילד אינו מתמודד עם החרדה שמופיעה עם הופעת העימות. אולם למצב זה יש מחיר — המיגבלות החברתיות והגופניות הנובעות מהתלונות הגופניות. מאידך, קיים "רווח מישני": כתוצאה מהחולי, מקבל הילד תשומת-לב עורפת מהסביבה [22].

בנוסף לכך, הב"ג יכולה ליצור ולשמר קשר לדמות מסוימת עימה מעוניין הילד בקשר. ההורה הנשאר עם הילד בעת מחלתו "הגופנית" ומלווה אותו בכל הבדיקות ואף באישפוף, יוצר עם הילד קירבה שאינה קיימת בעת חיי היומיום. במשפחות בהן היעדרות הורה היא משמעותית יותר, הופך גורם זה לגורם מקבע ומזרז בהתהוות הב"ג [23].

בסקירה שפורסמה בכתב-העת "שיחות", מציע לובנטל [24] דגם פסיכואנליטי לסומטיזציה. לובנטל מדבר על יצר המוות הטבוע בכולנו לצד יצר החיים. יצר המוות נוטה לבטל את אובדן הדמות (האם) ולמנוע פרידה מאימת מהאם. בחולים עם הב"ג קשה מדובר בהשתלטות קשה של יצר המוות. החידוש במאמר זה

הוא הטענה, כי השתלטותו של יצר המוות אינו מאפשר טיפול פסיכולוגי אנליטי והשמעת פירושים להתנהגות החולה תוך שמירה על ניטרליות. אין המטפל יכול להרגיע את המטופל הטוען כי הוא עומד למות ממחלה גופנית, באומרו כי מדובר בעימות פנימי נפשי ולא במחלה גופנית. לובנטל ממליץ לא על טיפול פסיכולוגי, כי אם על טיפול תרופתי.

בתיאוריות משפחתיות נטען, כי התלונות הגופניות ממלאות תפקיד בחיי היומיום: מצב כזה מונע התמודדת עם עימותים (קונפליקטים) פנימיים. משפחות שילדיהן לוקים בהב"ג מתוארות כמשפחות פחות תומכות, פחות מתקשרות ופחות מסתגלות לשינויים בהשוואה למשפחות אחרות, ללא ילדים עם הפרעה זו. ילדים למשפחות אלה מדווחים על קשרים רעועים עם הוריהם, המלווים בבעיות בתיקשורת בין בני-המשפחה [25].

הגישה הלקאנינית רואה בגוף כלי ביטוי לעמדה כלפי העצמי. בגיל ההתבגרות עובר המתבגר הפנמה פסיכולוגית של התפתחותו הגופנית והמינית מילד לנער. כחלק מתהליך התפתחותי זה, עובר הנער תהליך תת-הכרתי של נטילת אחריות על חייו. שלב בחירה תת-הכרתי זה בין המשך החיים להפסקתם כונה על-ידי טיאנו [26] כמארגן הרביעי בהתפתחות הילד. הגוף הקודם, גוף הילד שבו טיפלה האם, הודחק ופינה מקומו לגוף חדש, בוגר, מיני, שהנער או הנערה מטפלים בו בעצמם. מושג המוות מיוחס גם לסיום הקשר הקודם עם האם — קשר שיש להתאבל עליו. בשלב זה מופיעה ההבנה השיכלית והריגשית של סופיות החיים. כשהיה ילד, ניזון המתבגר מהרצון של הוריו להביאו לעולם, ובגיל ההתבגרות הוא מקבל על עצמו את ההחלטה לחיות וגם כיצד לחיות. לחיות משמעותו לחיות נפרד מההורה ולהיות עצמאי. למות משמעו להישאר עימם. המחלה הגופנית המדומה (הב"ג) היא אחד הביטויים הפתולוגיים של עימות פנימי זה [26]. השלב הבא והפיתרון הבריא של העימות הפנימי יהיה יצירת זוגיות.

כל התיאוריות הפסיכולוגיות ממוקדות בהב"ג כמיצבור המבטא באופן גופני סיכסוך פנימי בין כוחות נפשיים שונים. העברת התחושה לביטוי גופני מהווה רווח מישני לא-מודע למטופל [10,7,2].

גורמי סיכון להתהוות הב"ג

קיימים מספר גורמים המעלים את הסבירות להתהוות הב"ג:

- 1) מאורעות חיים שליליים:
 - א' מותו של אדם קרוב — התלונות הגופניות יכולות להידמות לאלו של הנפטר [27].
 - ב' התעללות מינית — התעללות מינית בתקופת הילדות מעלה את הסבירות להתהוות הב"ג בגיל מאוחר יותר [28]. תלונות מדומות על בעיות במערכת העצבים [29] ובמערכת הרבייה והשתן [30] הן שכיחות במצב זה.
 - אירועי חיים שליליים בילדים ונוער ניתנים למדידה כמותית באמצעות שאלון מובנה של אירגון הבריאות העולמי, שעבר על-ידינו תיקוף בגירסתו העברית [31].
- 2) תיסמונת מיכהאוזן [32].
- 3) אנאמנזה משפחתית של הב"ג.

ג' סוגסטיה והרפיה — נפוצות ויעילות ביותר הן שיטות של הרגעה עצמית, היפנוזה וביופידבק [36]. על-פי ניסיונו, שיטות טיפול אלה מתאימות לילדים ומובילות לתוצאות מהירות ומרשימות. בפרשת החולה המובאת בזאת, הייתה תגובה מהירה ומרשימה להיפנוזה.

ד' טיפול בתנועה ובספורט — שיטת טיפול זו מאפשרת למטופל להשתחרר ממתחים ולהירגע. באופן זה מתאפשר חידוד תחושת המרחב/תפיסה (perception). דימוי הגוף משתפר והערכתו העצמית של החולה גדלה, מאחר שהוא נוכח כי הוא אינו כה מוגבל כפי שסבר [37].

ה' טיפול משפחתי — ככל שהילד צעיר יותר כך גְּלָה יעילות הטיפול. בגישה זו מפחיתים בעיני המשפחה את חשיבות המצב הגופני, ובאופן זה מתאפשרת התמקדות בטיפול בנושאים הקשורים בהב"ג [38].

מפרשת החולה

מ', נער בן 17 שנה, אושפז במחלקה סגורה לנוער על-פי צו בית-משפט כיוון שהיווה סכנה לעצמו.

מ' התלונן על מחושים גופניים רבים שהחלו מספר חודשים טרם התקבלותו, למרות שהיה בריא לחלוטין. מספר ימים לאחר קבלת צו גיוס ראשון חלה הנער בדלקת מעי חדה. הוא הגיע לחדר מיון בבית-חולים כללי מספר פעמים: בתחילה טופל בנוזלים ושוחזר לביתו, ובהתקבלותו לאחר מכן אושפז במחלקה לרפואה פנימית. במחלקה זו עבר הנער בדיקות רבות: בדיקת דם, בדיקת שתן, בדיקה לקטכולאמינים בשתן, בדיקות לשלילת פורפיריה, דימות מחשבית של הבטן, בית-חזה והאגן, בדיקה מקיפה של מערכת העצבים ו-EMG. כל הבדיקות פורשו כתקינות.

הוא המשיך להגיע לחדר-מיון (כ-100 פניות נוספות!) בשל תחושה ש"הוא הולך למוות". בחלק מהמקרים הגיע הנער לחדר-מיון בניידת טיפול נמרץ. בגין מצבו, הוא הפסיק ללכת לבית-ספר או לצאת מביתו. הוחל טיפול תרופתי באלפרזולם, אך ללא הועיל. הנער אושפז במחלקת ילדים, שם עבר בדיקות נוספות (כולל דימות מחשבית של המוח, שפורשה כתקינה). במהלך אישפוזו נצמד לרופאים ודרש מהם לבצע בדיקות גופניות רבות. הוא איים שיתאבד אם לא ימצאו את מחלתו הגופנית. בעקבות זאת אושפז הנער במחלקה פסיכיאטרית פתוחה, והוחל טיפול בכלומיפרמין במינון גבוה. חלה הטבה כלשהי במצבו הנפשי, אולם לקראת שיחורורו חלה נסיגה משמעותית.

עקב כך אושפז על-פי צו בית-משפט במחלקה סגורה לבני-נוער. בדיון מתודש עם מומחה ברפואת המתבגר על המימצאים הגופניים, לא נמצא מקום לבדיקות נוספות ונאסר על הצוות להיענות לבקשותיו לערוך לו בדיקות דם או בדיקות גופניות נוספות.

בהתקבלותו התלונן: "אני על סף מוות ואף אחד לא מבין את זה. יש לי מחלה קשה ובסוף אני אמות מהתקף לב ולאף אחד לא איכפת [...] אני מזועזע, יש לי דופק גבוה, השרירים שלי יבשים, אני חלש ומצוי בקוצר נשימה". הוא שכב ימים רבים במיטה ללא תנועה, אוזח בידי שני בקבוקי שתייה ומטיל מימיו לתוך בקבוק מתוך מחשבה, שאם יקום ממיטתו, יאבד את ההכרה ויזדקק להחייאה.

הוא היה אוזח את ידיו בחדרה רבה בטענה כי אם ישחרר אותן הן "תפרפרנה" ברעד וזה "יגרום לפירפור לב". במהלך אישפוזו, הוחל בטיפול בהיפנוזה על-ידי פסיכיאטר מורשה להיפנוט (ג' ז). הנער היה סוגסטיבי ביותר. הוא למד שיטת הרפיה פשוטה של כיווץ שרירים והרפייתם ותירגל זאת מספר פעמים ביום. הסוגסטיה שניתנה לו הייתה "השליטה בידך". בהדרגה החל לשחרר את אחיזת ידיו במהלך הטיפול ולאחר מכן גם עם תום הטיפול. עלה סיפור של מחשבות על אוננות אסורה שהופיעו סמוך להופעת

(4) מחלה פסיכיאטרית.

(5) הימצאות דגם חיקוי לתסמין בסביבת הילד [33].

(6) הפרעות אישיות — במחקר שנערך בקרב ילדות בנות 10, התגלה קשר בין אישיות מסוג "אגרסיבי-פאסיבי" ו-"explosive-schizoid" לבין התהוות הב"ג [34].

חשיבות תיפקוד הרפא

רופאים המבצעים בדיקות גופניות לא הכרחיות, מעודדים את הילד ובני-משפחתו להאמין שילד מחלה גופנית. אבחנה שאין בטוחים בה, עצה רפואית לא מהימנה ואף הרגעה מוגברת — כל אלה יש בהם כדי לגרום להב"ג [32].

הפרעות ביטוי גוף ושילובן בהפרעות פסיכיאטריות אחרות

במחקרים רבים הודגם קשר משמעותי בין מספר מחלות פסיכיאטריות לבין הב"ג:

- (1) אחת ההפרעות השכיחות המופיעה בתחלואה משותפת (comorbidity) עם הב"ג היא דיכאון. תלונות גופניות רבות מעלות את שכיחות הופעת דיכאון כ-4 שנים לאחר מכן [35].
- (2) חרדה — בעיקר פוביות, תבהלה (panique) ותיסמונת חרדה כללית. במצבים הנ"ל יש איומים רבים יותר להתאבדות [2].
- (3) הפרעות אישיות — השכיחות בסדר יורד: self-defeating, hysterionic personality, avoidant schizotypal, paranoid [2].

מהלך וטיפול

החולים לוקים בתסמין חדש בעת לחץ נפשי ומשך כל אירוע (episode) הוא כ-6-9 חודשים. חשוב לזכור, כי בחלק מהחולים הנחשדים כלוקים בהב"ג אכן מתגלה מחלה גופנית נסתרת. לרוב מדובר במחלות שקשה לאבחנן, מאחר שאין להן תסמינים ברורים (טרשת נפוצה, מחלות מעי דלקתיות, כיבים, פורפיריה וכד') [5,2]. לפיכך, מן הראוי להשלים בירור יסודי בחולים אלה, על-מנת להימנע מאבחנה שגויה ומעיכוך בטיפול הנדרש.

(1) טיפול תרופתי — קבוצת תרופות נוגדות-הדיכאון מהדור הישן (תלת-ציקליים) והחדש (serotonin reuptake inhibitors) מסייעות להורדת החרדה, הדיכאון והתסמינים הסגוליים של הב"ג [5,2]. הטיפול המועדף בילדים ונוער הוא בתרופות החדשות (SRI), עקב מיעוט השפעות הלוואי והבטיחות הגבוהה יותר בהשוואה לתרופות מהדור הישן. אין מספיק מידע בתחום הטיפול התרופתי בילדים הלוקים בהב"ג, מאחר שלא נערכו די עבודות כפולות סמיות ומבוגרות בקבוצת גיל זו.

(2) טיפול פסיכולוגי — קיימות בספרות מספר שיטות טיפוליות: א' פסיכותרפיה דינאמית — מומלצת על-ידי חלק מהמ-חברים בלבד [24].

ב' גישה התנהגותית — בשיטה זו מחזקים ומתגמלים את הילד בעת "התנהגות בריאה" ובאופן זה מקטינים את "הרווח המישיני".

2. Kaplan HI & Sadock BJ, Comprehensive Textbook of Psychiatry: seventh edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp 1514-1518.
3. Aro H, Life stress and psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. Psychol Med, 1987; 191-201.
4. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P & al, Ontario Child Health Study,II: six month prevalence of disorder and rates of service utilizing. Arch Gen Psychiatry, 1987; 44: 832-836.
5. Fritz GR, Fritsch SA & Hagino OW, Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997; 36: 10: 1329-1338.
6. Garber J, Walker LS & Zeman J, Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the children's somatization inventory: psychological assessment. J Consulting Clin Psychol, 1991; 3: 588-595.
7. Campo JO V & Fritsch SA L, Somatization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994; 33: 1223-1235.
8. Oster J, Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. Pediatrics, 1972; 50: 429-436.
9. Stefansson JG, Messina JS & Meyerowitz S, Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. Acta Psychiatr Scand, 1976; 53: 119-138.
10. Goodyer IM & Mitchell C, Somatic and emotional disorders in childhood and adolescence. J Psychosom Res, 1989; 33: 681-688.
11. Aro H & Taipale V, The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen to sixteen year-old Finnish girls. Child Dev, 1987; 58: 261-268.
12. Walker LS & Greene JW, Negative life events and symptom resolution in pediatric abdominal pain patients. J Pediatrics Psychol, 1991; 16: 341-360.
13. Lewis CE & Lewis MA, Educational outcomes and illness behaviors in participants in a child-initiated care system: a 12 year follow-up study. Pediatrics, 1989; 84: 845-850.
14. Steinhausen HC & Aster MV, Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. J Child Psychol Psychiatry, 1989; 30: 615-621.
15. Stevenson J, Simpson J & Bailey V, Research note: recurrent headaches and stomachaches in preschool children. J Child Psychol Psychiatry, 1988; 29: 897-900.
16. Walker LS & Greene JW, Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? J Pediatr Psychol, 1989; 14: 231-243.
17. Wasserman AI, Whittington PF & Rivara FP, Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1988; 27: 179-184.
18. Shields J, Genetical studies of hysterical disorders. In: Roy A (eds). Hysteria. John Wiley & Sons, New York, 1982.
19. Livingston R, Children of people with somatisation disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993; 32: 536-544.
20. Lehmkuhl G, Blanz B, Lehmkuhl U & al, Conversion disorder: symptomatology and course in childhood and adolescence. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1989; 238: 155-160.
21. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS & al, The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med, 1988; 50: 510-519.

התסמינים. במקביל טופל הנער בפרוקסטין במינון 20 מ"ג/יום (seroxat) להורדת החרדה והדיכאון, וטיפול בפסיכותרפיה התנהגותית קוגניטיבית ניתנה הן לנער והן לאימו.

תוך חודשיים חל שיפור מרשים במצבו. הוא למד לבצע הרפיה עצמית, החל להתנתק בהדרגה מהקבוק, לקום מהמיטה ולבצע פעולות פשוטות. לאחר מכן, החל לצאת לטיולים קצרים בליווי בחצר בית-החולים. כעבור שלושה חודשים שוחרר הנער לביתו. כיום הוא עובד ולומד לבגרות וחזר לתפקוד מלא, ללא זכר לתסמינים, כבר ארבעה חודשים.

ד י ו ן

קיים קושי בהגדרת התוצאה של הב"ג: האם נוכחות או היעדר התסמין הראשוני מעידים על הצלחת הטיפול או כישלוננו? האם גורמים אחרים, כגון תפקוד החולה ואיבחון מחלות פסיכיאטריות אחרות, הם אלה שקובעים את הצלחת הטיפול? כעשרים וחמישה עד חמישים אחוז מהחולים שלקו בכאבי בטן נישנים ילקו בהם גם בעתיד. חלקם ילקו בצילחה (migraine) [39]. תלונות גופניות מרובות (בעיקר תסמינים נירולוגיים מדומים), תפקוד לקוי והפרעות פסיכיאטריות נילוות, מהווים גורם פרוגנוסטי גרוע [10].

לסיכום, הפרעת ביטוי גוף (הב"ג) היא הפרעת חרדה שכיחה בקרב ילדים ומתבגרים. ילדים אלה מצויים בסיכון גבוה ללקות במחלות פסיכיאטריות במהלך התפתחותם, ולכן קיים צורך באיבחון מהיר. איבחון ילדים הלוקים בהב"ג על-ידי רופאי הקהילה נדיר בהשוואה לשכיחותה האמיתית של ההפרעה, משום שהמדדים האיבחוניים על-פי ה-DSM-IV אינם מתאימים לקבוצת גיל זו. בשל כך יש צורך בקביעת מדדים שיתאימו לאוכלוסיית גיל זו. נזק גופני עלול להיגרם עקב ניצול מוגבר של מערכת הבריאות, כגון ביצוע בדיקות פולשניות או קבלת טיפול שאינו מתאים. חולים המשתייכים לקבוצת הב"ג מהווים קבוצת חולים מגוונת, המציגים מיגוון גדול של תסמינים וגורמים שונים להתהוותם. שאלונים רבים שהורכבו עבור חולים אלה כללו שאלות רק על חלק מהתסמינים של הב"ג, ולכן היה קושי להגדיר מהי חשיבותו של כל תסמין, האם קיימים מספר תסמינים הקשורים לתסמונת וכד'. לכן נודעת חשיבות בחיבור שאלונים מתאימים ובעריכת מחקרים נוספים בנושא.

בילדים, כמו במבוגרים, מסתירה הב"ג מצוקה נפשית גדולה. לאחרונה פורסמו תוצאות מחקר עדכני שנערך בנושא. במחקר נכללו 25,916 חולים מ-14 מדינות ונמצא בו, כי שכיחות התסמינים הגופניים בחולים שלקו בדיכאון ופנו למירפאות לרפואה ראשונית, מגיעה ל-69% [40]. הב"ג מהווה הפרעה שמצויה בתחום ביניים – בין הגוף לנפש, בין חולי לבריאות. עד כה, התבסס המידע הרב שנאסף על התסמינים הגופניים בלבד, תוך התעלמות מההיבט הפסיכיאטרי. כתוצאה מכך, הבנתנו בהתהוות הב"ג והשלכותיה על עתידו של החולה, עדיין מוגבלות. בשל כך קיים צורך בשיתוף פעולה בין רופאי הילדים, רופאי הרפואה הראשונית והפסיכיאטרים. אנו מקווים, כי מאמר זה יעודד שיתוף פעולה כגון זה.

ב י ב ל י ו ג ר פ י א

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC: APA, 1994.

22. King RO & Nospitt JO, Pathways of growth-essential of childs' psychiatry -Vol II- Psychopathology. In: Somatoform disorders. John Willy and Sons, New York 1991, pp 524-544.
23. Wooly SC, Blackwell B & Wingot C, A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research. Psychosom Med, 1978; 40: 379-401.
24. Lovental O, Therapeutic approach to disorders with somatization. Sichot, 1994; 3: 200-205 [Hebrew].
25. Faull C, Nicol AR, Abdominal pain in six-year-olds: an epidemiological study in a new town. J Child Psychol Psychiatry, 1986; 27: 251-260.
26. Tyano S, Adolescence and death-the forth organizer. International Annals of adolescent Psychiatry. The University of Chicago Press, pp 225-235, 1995.
27. Robinson JO, Alvarez JH, Dodge JA, Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. J Psychosom Res, 1990; 34: 171-181.
28. Atlas JA, Wolfson MA & Lipschitz DS, Dissociation and somatisation in adolescent with and without history of abuse. Psychol Rep, 1995; 76: 3: 1101-1102.
29. LaBarbera JD & Dozier JE, Hysterical seizures: thr role of sexual exploitation. Psychosomatics, 1980; 21: 897-903.
30. Klevan JL & DeJong AR, Urinary tract symptoms and urinary tract infection following sexual abuse. Am J Dis Child, 1990; 144: 242-244.
31. Zalsman G, Apter A, Horesh N & al, Reliability of ICD 10 axis five diagnoses in psychiatrically hospitalized adolescents by semi-structured interview. Compr Psychiatry, 2001; 42: 223-227.
32. McGuire TL & Feldman KW, Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. Pediatrics, 1989; 83: 289-292.
33. Goodyer IM & Tayler DC, Hysteria. Arch Dis Child, 1985; 60: 680-681.
34. Dufour S, Tremblay RE & Vitaro F, Prediction of somatization disorders in pre-pubertal girls. Can J Psychiatry, 1994; 39: 8 384-390.
35. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH & Offord DR, Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. Pediatrics, 1999; 103: 6 1203-1209.
36. Klonoff EA & Moore DJ, "Conversion reactions" in adolescents: a biofeedback-based operant approach. J Behav Ther Exp Psychiatry, 1986; 17: 179-184.
37. Seigel E, The unity of body and mind. In: Dance«movement therapy: mirror of ourselves. Seigel EV (ed). New York: Human Sciences Press, 1984, pp 41-51.
38. Mullins LL & Olson RA, Familial factors in the etiology, maintenance, and the treatment of somatoform disorders in children. Fam Systems Med, 1990; 8: 159-175.
39. Christensen MF & Mortensen O, Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. Arch Dis Child, 1975; 50: 110.
40. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M & al, An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med, 1999; 18: 1329-1335.