



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika

Viltė Šapronaitė, VI kursas, 16 grupė

VIENTISŪJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Neurogeninė ekskoriacija tarp akne sergančių pacientų

Neurogenic Excoriation Among Acne Patients

Darbo vadovas

Lekt. Tatjana Karmazienė

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. dr. Ligita Jančorienė

Vilnius, 2025.

Studento elektroninio pašto adresas: vilte.sapronaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRUMPOS.....	3
2. SANTRAUKA.....	4
3. SUMMARY.....	5
4. ĮVADAS.....	6
5. LITERATŪROS APŽVALGA.....	7
6. TYRIMO METODAI.....	18
7. REZULTATAI.....	20
8. REZULTATŲ APTARIMAS.....	30
9. IŠVADOS IR PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	33
10. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	35
11. PRIEDAS NR.1.....	41
12. PRIEDAS NR.2.....	44

1. SANTRUMPOS

ACT – priėmimo ir įsipareigojimo terapija

ADHD – dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sindromas

BDD – kūno dismorfinis sutrikimas

BFRB – į kūną orientuoti pasikartojantys elgesiai

DSM-5 – psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas, penktoji versija

ES – ekskoriacijos (odos krapštymo) sutrikimas

HRT – įpročių atsikratymo mokymas

KET – kognityvinė elgesio terapija

NAC – N-acetilcisteinas

OCRD – obsesinis-kompulsinis ir susiję sutrikimai

SPS-R – Atnaujinta odos krapštymo skalė

SSRI – selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai

TLK – Tarptautinė ligų klasifikacija

2. SANTRAUKA

Tyrimo tikslas: Ekskoriacijos sutrikimą charakterizuoja obsesinio-kompulsinio tipo odos krapštymas, dažnai nukreiptas į pastebimus trūkumus. Literatūroje ekskoriacijos sutrikimo paplitimas iki šiol daugiausiai tirtas bendrosiose populiacijose. Šiuo tyrimu siekiama įvertinti odos krapštymo dažnį ir susijusius veiksnius hipotetiškai didesnės rizikos – akne sergančiųjų – grupėje.

Metodai: 2024 metų vasario–liepos mėnesiais buvo atliktas paplitimo tyrimas tarp akne sergančių asmenų. Ekskoriacijos įpročiams nustatyti naudota Atnaujinta odos krapštymo skalė (angl. *The Skin Picking Scale-Revised*). ≥ 9 balų įvertis vertintas kaip kliniškai reikšmingas odos krapštymas.

Papildomi tiriamųjų pildytos anketos klausimai apėmė demografinę informaciją, pačių respondentų įvertintą aknės sunkumą bei gydymo efektyvumą ir požiūrį į krapštymo pasekmes. Su akne susijusių ir kitų veiksnių ryšys su ekskoriacija vertintas χ^2 ir Stjudento t testais, taikant ANOVA, koreliacijos ir tiesinės regresijos analizes IBM SPSS v27 programa.

Rezultatai: Tyrimo imtį sudarė 380 dalyvių. Dėl mažo vyriškos lyties dalyvių skaičiaus, į analizę nuspręsta įtraukti tik moterų duomenis. Tiriamųjų amžius – nuo 18 iki 53 m., ($22,8 \pm 5,1$). 49,7% tiriamųjų aknės sunkumą vertino kaip lengvą, 44,9% – vidutinį, 5,3% – sunkų. Dažniausiai gydymo efektyvumas buvo vertinamas patenkinamai (46,1%). Kliniškai reikšmingas odos krapštymas nustatytas daugiau nei pusei (62,4%, $n = 222$) tyrimo dalyvių. Visų dalyvių Atnaujinta odos krapštymo skalės balo vidurkis buvo $10,55 \pm 5,69$. Sergančiųjų vidutinio sunkumo akne ekskoriacijos balai buvo reikšmingai aukštesni nei sergančiųjų lengva aknės forma. Nerasta reikšmingų odos krapštymo balų skirtumų tarp naudojamų aknės gydymo metodų. Remiantis sudarytu regresijos modeliu, jaunesnis amžius ir prastesnis aknės gydymo įvertinimas lemia didesnę ekskoriacijos intensyvumą.

Išvados: Reikšmingas odos krapštymas akne sergančių respondentų grupėje buvo dažnesnis lyginant su paplitimo tyrimų rezultatais bendrosiose populiacijose. Sunkesnė aknės forma ir mažiau efektyvus ligos gydymas buvo susiję su dažnesniu krapštymu. Klinikinėje praktikoje ekskoriacijos sutrikimo atpažinimas ir gretutinis gydymas akne sergantiems pacientams galėtų ypač pagerinti odos būklę.

Raktažodžiai: aknė, ekskoriacijos sutrikimas, komorbidiškumas, odos krapštymo sutrikimas, paplitimas

3. SUMMARY

Aim: Excoriation disorder is characterized by obsessive-compulsive type skin picking, often focused on noticeable imperfections. In the literature, the prevalence of excoriation disorder has so far mostly been studied in community settings. This study aims to investigate skin picking behavior frequency and associated factors in a potentially higher risk population of acne patients.

Methods: A prevalence study was conducted among individuals with acne between February and July 2024. The Skin Picking Scale-Revised was used to assess excoriation behavior. Clinically significant skin picking was defined by scores of ≥ 9 . Additional questions included demographic data, self-reported acne characteristics and respondent's views on the effects of picking. Acne-related and other factor group differences in excoriation behavior were examined using χ^2 and Student's t-tests, performing ANOVA, correlation and linear regression analyses with IBM SPSS v27.

Results: The study sample consisted of 380 participants. Due to the small proportion of males, only women's responses were analyzed. The age of participants ranged from 18 to 53 (22.8 ± 5.1). 49.7% reported the severity of their acne as mild, 44.9% as moderate, and 5.3% as severe. Most often, treatment effectiveness was rated as satisfactory (46.1%). Clinically significant skin picking was observed in more than half (62.4%, $n = 222$) of study participants. The mean score of the Skin Picking Scale-Revised for all participants was 10.55 ± 5.69 . Respondents with moderate acne had significantly higher excoriation scores compared to those with mild acne. No significant difference in skin picking behavior was observed across different forms of treatment. According to the regression model, younger age and poorer acne treatment report predict higher excoriation intensity.

Conclusions: Pathological skin picking was particularly common among individuals with acne compared to prevalence study results in the general population. Higher acne severity and less effective treatment were associated with more frequent picking. In clinical practice, recognition and concomitant treatment of excoriation disorder could significantly improve treatment outcomes in the acne patient population.

Key words: acne, excoriation disorder, comorbidity, skin picking disorder, prevalence

4. ĮVADAS

Ekskoriacijos sutrikimas (ES) yra psichokutaninė liga, kuri pasireiškia reguliariu ir sunkiai kontroliuojamu odos krapštymu, draskymu, spaudymu ir kitokiu žalojimu, sukeliančiu odos pažeidimą [1]. Nors medicininėje literatūroje šis sutrikimas aprašytas jau XIX a., tik neseniai jis pradėtas laikyti atskiru nozologiniu vienetu psichiatrijoje. Liga, kaip ir kitos į kūną orientuotos neurozės, priskiriama obsesinio-kompulsinio sutrikimo spektrui [2]. Kompulsyvus krapštymas kai kuriems asmenims trunka po kelias valandas per dieną ir daro įtaką darbiniam ir asmeniniam gyvenimui [1]. Ilgainiui atsiradę odos pažeidimai pacientams kelia papildomą stresą. Nepaisant to, bandymai nuslopinti įkyrias mintis ir nustoti krapštyti dažnai būna nesėkmingi. Krapštymo veiksmai laikinai slopina nerimą, tačiau stiprina besikartojančias mintis ir kompulsijas [3]. Literatūroje aprašyta reikšminga neigiama ES įtaka gyvenimo kokybei, aukštas komorbidiskumas su kitomis psichikos ligomis – nerimo, depresiniais sutrikimais, dėmesio trūkumu ir hiperaktyvumu, kūno dismorfija [2,4,5].

Pastarąjį dešimtmetį daugėja tyrimų, siekiančių įvertinti ES dažnį ir klinikinę charakteristiką. Sutrikimas yra gana dažnas – ES sergamumas siekia nuo 1,4 iki 5,4% [1,2,4,6]. Pradžia stebima paauglystės laikotarpiu [7], o didesnė rizika būdinga moterims [4,8]. Veidas buvo dažniausia pacientų nurodyta krapštoma vieta. Dirgikliai, dažniausiai sukeliantys mintį krapštyti – rankomis jaučiami odos nelygumai ir veidrodyje pastebimi bėrimai [5]. Dėl šių priežasčių, paprastųjų spuogų bėrimas dažnai tampa ypač probleminis. Lėtinis krapštymas sukelia ekskoriuotos aknės (*acne excoriée*) vaizdą, kai spuogai yra kartotinai spaudžiami, taip komplikuojant pirminį bėrimą erozijomis, šašais, ilgalaikiais pigmento pokyčiais ir randais [9]. Neurogeninė ekskoriacija nėra pirminė odos liga, tačiau didelė dalis pacientų dėl patiriamos gėdos ir stigmos jausmo nesikreipia į psichikos sveikatos specialistus ir dažniau matomi gydytojo dermatologo klinikinėje praktikoje [1,2]. Dėl žinių apie ligą, standartizuotų gydymo priemonių trūkumo ir obsesinių-kompulsinių sutrikimų specifikos, gydymas kelia daug iššūkių [2,10].

Ekskoriacija turi tiesioginį poveikį odai. Stebimi bendri ES ir odos ligų rizikos veiksniai bei prastesni gydymo rezultatai. Nepaisant šių sąsajų, ekskoriacijos paplitimo tyrimų dermatologinių pacientų populiacijose atlikta nedaug. Dixon ir Snorrason bei Spitzer et al. publikuotuose studijose atrastas ryšys tarp įvairių dermatologinių ligų, tokių kaip aknė, egzema bei psoriazė, ir kliniškai reikšmingo odos krapštymo [11,12].

Aknė yra aštunta dažniausia liga (paplitimas pasaulyje – 9,4% [13]), bėrimai lokalizuoti matomose ir pasiekiamose vietose [5], todėl aktualu tirti ES tarp akne sergančių pacientų.

Šio tyrimo tikslas – įvertinti akne sergančių suaugusiųjų pacientų nurodytą odos ekskoriacijos dažnį, intensyvumą, poveikį psichikos sveikatai ir odos pažeidimo sunkumą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti respondentų grupės neurogeninės ekskoriacijos dažnumą ir intensyvumą;
2. Identifikuoti aknės sunkumo, naudojamo gydymo, žinių apie neigiamą ekskoriacijos poveikį ir demografinių veiksnių sąsajas su odos krapštymu;
3. Įvertinti akne sergančių pacientų, turinčių reikšmingą ekskoriacijos sutrikimą, dažnį bei charakteristiką.

5. LITERATŪROS APŽVALGA

5.1. Ekskoriacijos sutrikimas

ES priklauso į kūną orientuotų pasikartojančių elgesių (angl. *body focused repetitive behaviors*, BFRB) grupei. BFRB sutrikimams būdingi veiksmai, kurie yra nukreipti į savo paties kūną ir sukelia fizinį pažeidimą. BFRB sąvoka apima plaukų pešiojimą (trichotilomaniją), lūpų, nagų kramtymą (onichofagiją), skuostų įkandimus, dantų griežimą ir kitus panašius žalingus ir ilgalaikį distresą keliančius įpročius [1,14,15]. Sutrikimams būdinga bendra etiologija, psichologinis poveikis, didelis tarpusavio komorbidiškumas ir teigiamas atsakas į panašias gydymo priemones [15].

ES dar yra vadinamas odos krapštymo sutrikimu, dermatilomanija, neurogenine arba psichogenine ekskoriacija. Medicininėje literatūroje pirmiausiai vartotas neurogeninės ekskoriacijos terminas. Taip sutrikimą 1875 m. apibūdino vienas dermatologijos pradininkų – Erasmus Wilson, kuris stebėjo neurotiškus pacientus, nuolat krapštančius savo odą [16]. 1898 m. dermatologas Louis-Anne-Jean Brocq išskyrė nukrapštytos aknės bėrimo formą mergaičių ir jaunų moterų tarpe, *acne excoriée des jeunes filles* (mergaičių ekskoriuota aknė). *Acne excoriée* apibūdina aknės bėrimo nukrapštymo kliniką ir gali būti laikoma ES potipiu [17]. Šios aknės formos paplitimo dažnis nėra pakankamai ištirtas [18].

Nors medicininėje literatūroje žinomas ilgą laiką, tik neseniai ES buvo įtrauktas į psichiatrijos ligų sąrašus. Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK) 10-oje versijoje (1993) koduojamas „Dirbtinai sukeltas dermatitas (Neurozinis nukasymas)“ (L98.1), tačiau ES specifiškai klasifikuojamas tik 11-oje TLK (2022) (6B25.1) [19,20]. Sutrikimas 2013 m. pirmą kartą įtrauktas ir į naujausią psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo (DSM-5) versiją [19,21].

BFRB priežastimi anksčiau laikyta nepakankama impulsų kontrolė, kuri gali būti prilyginta kleptomanijai arba piromanijai. Šiuo metu pripažįstama, kad kūną žalojantys elgesiai, nors mažina įtampą, nėra kryptingai atliekami impulsui patenkinti ir malonumui gauti. BFRB pacientų veiksmai, kaip ir sergančių obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu, atliekami neplanuotai ir turi didelį automatizmo komponentą. Trichotilomanijos ir ES priskirimas obsesinio-kompulsinio ir susijusių sutrikimų (angl. *obsessive-compulsive and related disorders* (OCRD)) grupei naujausiose TLK ir DSM klasifikacijose atspindi šių sutrikimų sampratos pokytį [14,19]. Kartu su ES diagnostiniais kriterijais (1 lentelė), TLK-11 pateikiami papildomi būdingi klinikiniai požymiai: krapštomos odos topografinės sritys, veiksniai, skatinantys šį norą, sutrikimui būdingas elgesys [20].

1 lentelė. Ekskoriacijos (odos krapštymo) sutrikimo diagnozei reikalingi klinikiniai požymiai TLK-11 [20]

6B25.1 Ekskoriacijos (odos krapštymo) sutrikimas
Esminiai (privalomi) požymiai
Kartotinis odos krapštymas
Nesėkmingi bandymai nustoti krapštyti arba krapštyti mažiau
Ryškus odos pažeidimas dėl krapštymo
Simptomai sukelia reikšmingą distresą arba funkcinį pažeidimą asmeninėje, šeimyninėje, socialinėje, edukacinėje, darbinėje ar kitoje svarbioje gyvenimo aplinkoje
Riba tarp normos ir sutrikimo (slenkstis)
Odos krapštymas retkarčiais yra normalus reiškinys, kuris tam tikrais momentais būdingas daugumai žmonių. Kai kurie asmenys kramto nagų odeles ar aplinkinę odą, tačiau šis elgesys neatitinka ES diagnostinių kriterijų. ES būdingas besikartojantis odos krapštymas, kuris sukelia reikšmingą distresą arba funkcinį pažeidimą, kurie nėra būdingi įprastam, retkarčiais pasireiškiančiam odos krapštymui.

Dažniausiai krapštoma veidas ir rankos [5,20]. Veiksmai įprastai turi ritualą, pavyzdžiui, rankomis pereinami odos plotai ar veidrodyje aktyviai ieškoma odos „trūkumų“. Nustatyta, kad oda krapštoma vidutiniškai 4-5-iose skirtingose kūno vietose [22,23]. Sutrikimo pradžioje pacientai savo veiksmų dažnai nepastebi, eigoje elgesys tampa labiau sąmoningas. Norą krapštyti gali skatinti tiek pyktis, stresas ar nerimas, tiek nuobodulys. Pacientai įvardija, kad praranda gebėjimą sustoti, krapštymo metu jaučiamas palengvėjimas ir mažėja stresas. Tačiau nustojus krapštyti kyla neigiamo

pobūdžio jausmai: kontrolės praradimas, gėda, depresyvi ar nerimastinga nuotaika. Krapštymui neretai skiriama daug laiko. Odos estetiškas pažeidimas dažnai slepiamas maskuojančiomis priemonėmis, pavyzdžiui, makiažu arba dengiančiais drabužiais. Įprastai krapštoma rankų nagais, tačiau kartais naudojami ir įrankiai: pincetai, peiliai, smeigtukai ir kitokie daiktai. Sutrikimo eiga laikoma lėtine, su įvairios trukmės paūmėjimais. Įprastai liga lieka neatpažinta mėnesius ar net metus [1,5,20].

Remiantis esamais tyrimais, tik apie penktadalis ES pacientų kreipiasi į gydytoją [20]. Dažnai pacientai įvardija nežinantys, kad egzistuoja šio sutrikimo gydymas [1]. Įprastai kreipiamasi į bendrosios praktikos gydytoją arba dermatologą, su tikslu gydyti krapštymo sukeltą odos pažeidimą, o ne psichiatrinės pagalbos [2]. Viename tyrime mažiau nei pusė (42%) pacientų, kuriems buvo diagnozuotas ES, gavo siuntimą psichiatro konsultacijai. Iš nukreiptų pacientų, dauguma (64%) į specialistą nesikreipė [24].

Pagrindinės diferencijuotinos ligos yra kiti OCD, stereotipijos ir judesių, psichoziniai sutrikimai bei Prader-Willi sindromas. Neurogeninį krapštymą taip pat svarbu atskirti nuo savižalos, elgesių, kuriuos lemia kitos ligos (pvz., niežai), ir psichoaktyvių medžiagų (dažniausiai stimuliantų) vartojimo [20]. ES dažnai klaidingai diagnozuojamas kaip obsesinis-kompulsinis arba kūno dismorfinis sutrikimas [1].

Pastovus mechaninis dirginimas gali reikšmingai pažeisti odos audinius ir sukelti komplikacijų: vietines infekcijas, septicemiją, ilgalaikius hipopigmentacijos arba hiperpigmentacijos sutrikimus bei randus. Sunkiais atvejais reikalingas net odos persodinimas pažeidimo vietose [1,7]. Aprašytas klinikinis atvejis, kai paciento, kuriam buvo diagnozuotas ES, 2 metų trukmės odos žalojimas virtuviniu peiliu komplikavosi kaktikaulio ir smegenų dangalų pažeidimu [25].

5.2. Ekskoriacijos sutrikimo paplitimas

Odos krapštymas, neatitinkantis ES kriterijų, pasireiškia 20–92% asmenų [15]. ES sunkumą atitinkantis krapštymas yra kur kas retesnis. Nors pastaruoju metu sutrikimui skiriama daugiau dėmesio, svarių epidemiologinių, ypač paplitimo, duomenų literatūroje nepakanka [26]. Iki šiol dauguma paplitimo tyrimų atlikta universiteto studentų grupėse. Bendrojoje populiacijoje sergamumas daugiausiai apskaičiuojamas remiantis mažos imties tyrimais [27]. Didesnė tyrimų dalis vertina pačių respondentų nurodytus simptomus iš pateikto sąrašo ar klausimyno be specialisto klinikinio įvertinimo. Skirtingi respondentų įtraukimo būdai ir pasirinkti ES diagnostiniai kriterijai taip pat lemia didesnę dažnio variaciją literatūroje [26]. Daugumoje esamų tyrimų šis sutrikimas pasireiškia tarp 1,4 ir 5,4% asmenų [17].

Atlikta tik keletas didesnės apimties epidemiologinių tyrimų. Keuthen et al. (2010) randomizuotoje amerikiečių imtyje (n = 2513) rinkdami duomenis interviu telefonu nustatė 1,4% ES dažnį, tačiau 16,6% respondentų yra bent kartą gyvenime turėję reikšmingą odos krapštymo sukeltą pažeidimą [6]. 2020 m. Grant ir Chamberlain atliko pirmą epidemiologinį tyrimą populiaciją atitinkančioje nacionalinėje imtyje (n = 10169). Atsakymai rinkti naudojant internetinę apklausą. ES paplitimas buvo 2,1% tyrimo laiku, o 3,1% dalyvių sutrikimą turėjo bent kartą gyvenime [8]. Farhat et al. 2023 m. atliko ES paplitimo metaanalizę, į kurią įtraukti minėti ir 17 kitų tyrimų. Apskaičiuotas ES paplitimas buvo 3,5%.

Taigi, įvertinus turimus duomenis, sutrikimas yra gana dažnas (>1:100), tačiau reikalinga daugiau tyrimų. Duomenys, renkami gydymo įstaigoje pasitelkus struktūruoto interviu metodą, kurio metu būtų objektyviai nustatomas ekskoriacijos sukeltas pažeidimas, padėtų specifiškiau įvertinti paplitimo dažnį. Vertinga atlikti ir daugiau didesnių imčių tyrimų [26].

5.3. Ekskoriacijos sutrikimo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais

5.3.1. Lytis

TLK-11 diagnostiniuose kriterijuose minimas reikšmingai aukštesnis ES sergamumas moterų tarpe [20]. Dauguma ES paplitimo tyrimų sutrikimą iki šiol dažniau nustatė moterims [4,6,26], vis dėlto moterų/vyrų santykis varijuoja tarp 0,57 ir 3 [26]. Didžiausias (3:1) pasiskirstymo tarp lyčių skirtumas buvo rastas Odlaug et al. (n = 1916) tyrime universiteto studentų populiacijoje. ES nustatytas 2% vyrų ir 5,8% moterų [27]. Iki šiol didžiausios apimties (n = 10169) Grant ir Chamberlain tyrime ES paplitimas buvo reikšmingai didesnis moterų tarpe, tačiau nustatytas santykio skirtumas nebuvo didelis (1,2 moteris/vyru). Autorių nuomone, ES turėtų būti laikomas svarbiu tiek vyrams, tiek moterims, nes lyčių paplitimo skirtumai nėra tokie dideli, kaip manyta [8]. 2023 m. publikuotoje metaanalizėje apskaičiuotas lyčių santykis buvo 1,45 moteris/vyru [26]. Duomenys apie ES kliniką bei gydymą iki šiol rinkti imtyse, kurias daugiausiai sudarė moteriškos lyties dalyvės, todėl keliamas klausimas apie potencialius ES skirtumus tarp lyčių. Įvertinus tyrimo, lyginusio vyrų ir moterų ES klinikinę išraišką, rezultatus, simptomų sunkumas abiem lytims yra panašus. Nustatyta, kad vyrai dažniau turėjo artimą šeimos narį sergantį ES bei rečiau krapštė nugaros, galvos ir krūtinės odą [28]. Ekskoriacijos įpročius vertinę dermatologinių pacientų imtyse Dixon ir Snorrason (2019) bei Spitzer et al. (2022) nerado reikšmingų ES paplitimo skirtumų tarp lyčių [11,12]. Pirmame tyrime akne sergantys pacientai sudarė didžiausią tiriamųjų grupę (n = 80, 33,8%) [11]. Ekskoriuota aknė šiuo metu vertinama daugiau kaip mergaičių ir jaunų moterų liga,

nors paplitimas ir lyčių pasiskirstymas nėra pakankamai ištirti [17,18], todėl reikalinga ši klinikinį stebėjimą pagrįsti tyrimų, kuriuose dalyvių lyčių santykis būtų proporcingas, rezultatais.

5.3.2. Amžius

Į kūną nukreiptas elgesys gali susiformuoti bet kuriuo gyvenimo periodu, vis dėlto, sutrikimai įprastai prasideda lytinio brendimo metu (pikas 11–15 metų amžiuje) [29]. Odos krapštymo sutrikimas taip pat siejamas su brendimo pradžia [1,5,30]. 2022 m. tyrime, vertinusio 262 asmenų, sergančių ES, įvairius klininius požymius, nustatyta, kad daugiau nei 90% pacientų simptomai prasidėjo nesulaukus 20 metų [5].

ES paplitimo tyrimuose dalyviai dažniau yra jauno amžiaus suaugusieji. Farhat et al. (2023) metaanalizėje apskaičiuotas 19-os tyrimų 38038 dalyvių amžiaus vidurkis buvo 33 metai. Viena iš priežasčių yra literatūroje šiuo metu vyraujantys ES tyrimai, kuriuose tiriamieji atrinkti universitetuose arba kitose mokymo įstaigose (63,16% tyrimų metaanalizėje) [26]. Grant ir Chamberlain epidemiologiniame tyrime, kuriame įtrauktų 18–69 m. respondentų skaičius išskirtose amžiaus grupėse buvo proporcingas bendrajai amerikiečių populiacijai, vidutinis odos krapštymo sutrikimu sergančių amžius siekė $38,8 \pm 13,8$ [8].

Pirminiai tyrimai nustato tam tikrus patologinio odos krapštymo klinikinio pasireišimo skirtumus pacientams, kuriems sutrikimas prasideda vėliau (nuo 30 m.) [30,31,32]. Manoma, kad vėlyva ES pradžia lemia lengvesnę ligos eigą [31,32]. Ricketts et al. (2018) analizavo ES klinikinę išraišką amžiaus grupėse. ES pacientai buvo padalinti į dvi grupes: pradžia brendimo laikotarpiu ($n = 650$, 92,9% tiriamųjų, vidutinė simptomų pradžia = 13,6 m.) ir pradžia vidutiniame amžiuje ($n = 50$, 7,1% tiriamųjų, vidutinė simptomų pradžia = 42,8 m.). Pacientų, kurie ES susirgo vėliau, krapštymas buvo daugiau pasyvus ir daromas nesąmoningai. Vėlesnio susirgimo grupės odos krapštymo sąlygotas pažeidimas taip pat buvo mažesnis. Šie pacientai rečiau sirgo kitais BFRB arba turėjo teigiamą šeiminių ES anamnezę. Kita vertus, sutrikimo pradžia vidutiniame amžiuje buvo susijusi su dažnesne gretutinės depresijos, nerimo arba potrauminio streso sutrikimo diagnoze. Pirmasis odos krapštymo epizodas buvo dažniau lydimas depresijos, nerimo arba fizinės ligos. Rasti klinikiniai skirtumai rodo, kad ES galėtų būti klasifikuojamas į potipius pagal sutrikimo pradžios laiką. Patvirtinimui reikalingi tolimesni tyrimai, kurie atkartotų šiuos rezultatus [30].

5.3.3. Etninės grupės

Odos krapštymo įpročiai iki šiol daugiausiai tirti išsivysčiusiose valstybėse ir imtyse, kurių didžiąją dalį sudarė baltaodžiai [26]. Literatūroje taip pat trūksta lyginamųjų ES ir kitų BFRB klininių požymių analizių tarp skirtingos rasės ir etninės kilmės asmenų [33].

Keletas naujesnių amerikiečių epidemiologinių tyrimų stebėjo ekskoriacijos paplitimo skirtumus tarp šalies rasinių grupių. Grant ir Chamberlain 2020 m. epidemiologiniame tyrime ES buvo reikšmingai dažnesnis baltaodžių tarpe [8]. Kitame, 2021 m. tyrime (n = 539) buvo lyginama ES ir trichotilomanijos simptomai tarp baltaodžių ir rasinių mažumų. ES dažnis tarp abiejų grupių nesiskyrė ir klinikinės išraiškos buvo gana panašios, tačiau pastebėta, kad mažumų pacientai krapštymui ir pešiojimui skyrė ilgesnį laiką bei rečiau kreipėsi į gydytoją [33].

Skirtingose šalyse atlikti tyrimai iki šiol nustatė panašius ES dažnius [1]. Pirmasis ES epidemiologinis tyrimas Lotynų Amerikoje rado panašius ekskoriacijos rezultatus į anksčiau stebėtus baltaodžių imtyse [34]. Didelės apimties (n = 7639) tyrime Brazilijoje ES paplitimas (3,4%) taip pat prilygo daugumos buvusių tyrimų dažniui. Lyginant vietines etnines grupes, šiuo atveju baltaodžiai dažniau sirgo ES nei mulatai [4].

5.3.4. Šeiminiai ir socialiniai veiksniai

Manoma, kad ekskoriacija turi genetinę predispoziciją [1]. Jungtinės Karalystės suaugusių dvynių registre Monzani et al. (2012) nagrinėjo odos krapštymo paplitimą ir paveldimumą. 2518 tiriamųjų imtyje kliniškai reikšmingas odos krapštymas nustatytas 1,2 % dvynių. Reikšmingai didesnis bendras sergamumas buvo tarp monozygotinių dvynių lyginant su dizigotiniais dvyniais. Analizėje genetiniai veiksniai paaiškina 40% odos krapštymo [1,35].

ES klinikinio profilio tyrime 43,1% dalyvių nurodė turintys bent vieną artimą šeimos narį, kuris serga psichikos liga. Dažniausios buvo depresija (23,7%) ir trichotilomanija (22,1%). 13,3% dalyvių turėjo artimą šeimos narį sergantį ES – mažiausiai dvigubai dažniau nei būtų tikimasi atsižvelgiant į paplitimo dažnį bendrojoje populiacijoje [5]. Taigi, tyrimų duomenys iki šiol patvirtina stiprų genetinį polinkį patologiniam odos krapštymui.

Kol kas nėra įrodymų didesnei ES rizikai tam tikrose socialinėse grupėse [1,8,26]. Grant ir Chamberlain epidemiologiniame tyrime nerasta skirtumų tarp ES sergančių ir nesergančių tiriamųjų skirtingo išsilavinimo lygio ir šeimyninės padėties [8]. Spitzer et al., vertinę odos ligomis sergančių pacientų krapštymą, taip pat nenustatė skirtumų tarp minėtų grupių [12].

5.4. Ekskoriacijos sutrikimo sąsajos su kitomis ligomis

5.4.1. Psichikos ligos

ES yra stipriai susijęs su kitomis psichikos ligomis. Kaip dažniausios gretutinės ligos minimi kiti BFRB [5,8,36], depresiniai [4,5,8], nerimo sutrikimai [5,8], dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo

sindromas (angl. *attention deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) [5,8] bei priklausomybės psichoaktyvioms medžiagoms [4,8]. Remiantis duomenimis apie psichikos ligų pradžios laiką, manoma, kad ES prasideda anksčiau nei dauguma šių susirgimų [1].

Kai kuriuose epidemiologiniuose tyrimuose stebima, kad daugiau nei viena psichikos liga serga dauguma ES pacientų. Pavyzdžiui, Kwon et al. 250 tiriamųjų, su kliniškai patvirtinta ES diagnoze, grupėje nustatė 74% sergamumą bent viena papildoma psichikos liga. Lyginant su sveikų asmenų grupe, ES pacientai turėjo didesnę depresijos, obsesinio-kompulsinio, žalingo psichoaktyvių medžiagų vartojimo, ADHD ir nerimo riziką [24]. Grant ir Chamberlain tyrime daugiau nei pusė ES kriterijus atitinkančių tiriamųjų sirgo generalizuotu nerimo sutrikimu (63,4%) arba depresija (53,1%). Didelė dalis (27,7%) pacientų taip pat sirgo panikos sutrikimu [8]. Machado et al. (2018) tyrime Brazilijoje ES buvo susijęs su depresija, suicidinėmis mintimis, priklausomybe nikotinui ir alkoholiui, tačiau nerasta sąsajos su bipoliniu sutrikimu. Tuo pačiu pastebėta, kad ES pacientai yra dažniau patyrę traumas bei psichologinį ir seksualinį smurtą [4]. Sąsajas su šiomis smurto formomis vaikystėje taip pat nustatė Spitzer et al. (2022) [37]. Reikšmingas traumų, patirtų ankstyvo gyvenimo periodu, dažnis stebimas ir kitiems OCRD sutrikimams [4,38]. Trauminių išgyvenimų specifinei įtakai ES ir kitų OCRD patogenezei įrodyti reikalingi tolimesni tyrimai [37].

Patologinis odos krapštymas dažnai persidengia su kūno dismorfiniu sutrikimu (angl. *body dysmorphic disorder*, BDD), kuriam būdingas perdėtas susirūpinimas tariamais fizinės išvaizdos trūkumais, todėl dalis (26-45% [39]) BDD pacientų krapšto ar kitaip pakartotinai koreguoja tariamus odos defektus [40]. Šių pacientų odos krapštymas gali būti sunkus, tačiau jis bus vertinamas kaip BDD sąlygota antrinė ekskoriacija, o ne ES [39,41]. Nors ES pacientams krapštymas yra neurozinis ir neturi estetinio tikslo, gretutiniu BDD sergama pakankamai dažnai. Viename tyrime 29,1% ES pacientų atitiko ir BDD kriterijus. Nustatyta, kad pacientų, sergančių abiem sutrikimais, odos krapštymas buvo sunkesnis ir impulsyvesnis [41]. Taigi, nors ES dažnai klaidingai diagnozuojamas kaip BDD [1,20], negalima atmesti abiejų diagnozių galimybės.

5.4.2. Fizinės ligos

Literatūroje kol kas trūksta duomenų apie ES komorbidiškumą su fizinėmis ligomis.

Retrospektyviniame atvejo ir kontrolės tyrime (2020), kuriame buvo vertinamos ES sąsajos ne tik su psichikos, bet ir su įvairiomis kitomis ligomis, buvo rastas reikšmingai didesnis ES pacientų sergamumas hepatitu C ir 2 tipo cukriniu diabetu [24]. Nustatytas ir aukštas (7-8%) ES sergamumas nutukusiems asmenims [42].

Odos ligos dėl bendros topografinės srities yra aktualios ir dažnai minimos kaip rizikos veiksnys ES. Pavyzdžiui, stebima, kad pirmas ekskoriacijos epizodas dažnai susijęs su odos ligų pasireiškimu

[20,23]. Spuogai ir odos abscesai yra vienos dažniausiai krapštomų sričių [11,43]. Nepaisant klinikinėje praktikoje stebimos rizikos ir tai, kad ekskoriacija blogina odos ligų gydymo rezultatus, nedaug tyrimų iki šiol analizavo odos krapštymo dažnį tarp odos ligomis sergančių pacientų [12]. Pirmąjį tyrimą, vertinusį ekskoriaciją tiriamųjų, kurie nurodė sergantys dermatologinėmis ligomis, grupėje (n = 237) atliko Dixon ir Snorrason (2019). Dažniausios pirminės dalyvių ligos tyrime buvo aknė (33,8%), atopinis dermatitas (13,9%) ir dilgėlinė (8,9%). Atlikta analizė parodė, jog 45,1% dalyvių reguliariai krapštė odą, o 21,9% atitiko kliniškai reikšmingos ekskoriacijos kriterijus. Reikšmingai dažnesnis ES rastas aknės, sausos odos ir odos darinių pogrupiuose [11]. Spitzer et al. (2022) atliko panašų tyrimą, tačiau šiuo atveju pacientams (n = 460) odos liga buvo diagnozuota kliniškai. Dažniausios nustatytos tiriamųjų ligos buvo psoriazė (22,8%), atopinis dermatitas (16,1%) ir piktybiniai epiteliniai odos navikai (12,1%). ES bendras paplitimo dažnis buvo 26,3%. Gretutiniu ES dažniau sirgo psoriazės ir atopinio dermatito pacientai, nei dalyviai, kurių pirminė liga buvo odos infekcija ar navikas [12].

Tyrimuose stebėta dažnesnė ir sunkesnė ekskoriacija būtent šioms (aknė, egzema, sausa oda, psoriazė) odos ligoms gali būti aiškinama lėtine jų eiga bei krapštymą provokuojančias dirgikliais. Didžiausia dalis (66,9%) ES pacientų, kaip svarbų dirgiklį pradėti krapštyti, nurodo odos lietimą pojūtį [5]. Atopinio dermatito ir sausos odos pacientams niežėjimas dažnai verčia reguliariai liesti ir pažeisti odą [12]. Kai sergama akne, uždegiminių spuogų sukeltas odos nelygumas, dažnai jaučiamas nesąmoningai liečiant veidą, skatina pradėti krapštyti [11,23]. Dažniausiai ES pacientų krapštomos kūno vietos (veidas, rankos) [5] atitinka šių bėrimų topografiją. Psoriazės uždegiminis bėrimas matomose srityse bei didelė psichologinė našta taip pat gali paaiškinti, kodėl ekskoriacija buvo intensyvesnė nei infekcijomis, gerybiniais ir piktybiniais odos navikais sergančiųjų grupėse [12].

Nustatyti ES dažniai pilotiniuose tyrimuose tarp dermatologinių pacientų, nepaisant skirtingų įtrauktų ligų, yra gana panašūs ir reikšmingai aukštesni nei įprastai stebima neklinikinėse imtyse [17,26]. Gauti duomenys atskleidė, kad odos patologija gali būti panašios svarbos rizikos veiksnys ekskoriacijai kaip dalis psichikos sutrikimų [5,8,41].

5.5. Ekskoriacijos sutrikimo poveikis

Odos krapštymo keliamas distresas ir įtaka pacientų gyvenimui neturėtų būti nuvertinami. Be reikšmingų medicininių komplikacijų, įrodytas stiprus sutrikimo neigiamas psichologinis poveikis [23,44]. Funkcinis pažeidimas, kai dėl ligos asmuo yra apribojamas įvairiose kasdienio gyvenimo srityse, yra vienas iš būtinų ES diagnostinių kriterijų tiek TLK-11, tiek DSM-5 [20,21]. Nerimas ir

žema savivertė ES pacientams yra dažni ir susiję su estetinė odos pažaida bei kontrolės praradimo jausmu. Dėl jaučiamos stigmos, pacientai dažnai slepia savo ligą [2,23].

Atliktų tyrimų rezultatuose nuosekliai stebima žemesnė ES pacientų gyvenimo kokybė lyginant su bendra populiacija [4,45]. Didelės apimties (n = 7639) tyrime buvo matuojamas ES poveikis skirtingoms Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžtoms gyvenimo kokybės sritims. Kliniškai reikšminga ekskoriacija buvo susijusi su prasteniais tiek fiziniais, tiek psichologiniais gyvenimo kokybės rodikliais, net kontroliuojant sociodemografinius kintamuosius (amžių, lytį, pajamas, šeimyninę padėtį) ir sergamumą kitomis psichikos ligomis [4]. Lyginamajame ES ir trichotilomanijos pacientų tyrime, gyvenimo kokybės rodikliai buvo žemesni abiejų ligų pacientams, tačiau ES keliama psichologinė ir socialinė našta pacientams buvo dar didesnė nei trichotilomanijos [46]. Ateities klinikiniuose tyrimuose gyvenimo kokybės pokytis galėtų būti vienas iš matuojamų ES gydymo efektyvumo rodiklių [4].

5.6. Ekskoriacijos sutrikimo gydymas

Odos krapštymo sutrikimo gydymas yra sudėtingas ir reikalauja kompleksinio požiūrio. Kol kas nėra ES specifinių gydymo priemonių ar gairių [47]. Tiriami gydymo būdai dažniausiai grindžiami obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui efektyviomis intervencijomis. Nors dalis metodų pasižymi teigiamais rezultatais, duomenų apie gydymo veiksmingumą dar trūksta. Šiuo metu gydymui dažniausiai taikomos psichoterapinės (kognityvinės elgesio, ypač įpročių keitimo, priėmimo ir įsipareigojimo terapijos) bei farmakologinės centrinę nervų sistemą veikiančios priemonės [2,47].

5.6.1. Kognityvinė elgesio terapija

Kognityvinė elgesio terapija (KET) gali būti efektyvi ES pacientams siekiant nutraukti kylančių įkryių minčių, neigiamų emocijų ir krapštymo besikartojantį ciklą. KET metodai odos krapštymo sutrikimui gydyti apima psichoedukaciją ir minčių perdirbimą, skatinamas savęs pažinimas ir įgalinimas, sudaromas individualus veiksmų planas įvykus atkryčiui [2]. Schuck et al. atliko atsitiktinių imčių kontrolinį tyrimą universiteto studentų (n = 34) grupėje. Dalis odą krapštančių studentų dalyvavo keturiose KET sesijose. Lyginant su kontroline grupe, po gydymo KET studentams stebėtas sumažėjęs odos krapštymo sunkumas ir odos pažeidimas. Teigiamas gydymo efektas išliko po dviejų mėnesių [48].

Įpročių atsikratymo mokymas (angl. *habit reversal training*, HRT) yra viena iš dažniausiai naudojamų elgesį koreguojančių terapijų. Pacientas mokomas atpažinti kylančius dirgiklius, sąmoningai stebėti savo veiksmus, odos žalojimą keisti kitomis nerimą malšinančiomis

alternatyvomis (pvz., kumščio sugniaužimas, streso kamuoliuko spaudimas) [2]. Teng et al. pilotiniame tyrime taikytos trys HRT sesijos odą krapštančių pacientų grupei (n = 19) buvo veiksmingos (77% krapštymo sunkumo sumažėjimas lyginant su 16% kontrolinėje grupėje) [49]. Kita šiuo metu aktyviai tiriama priemonė ES pacientams yra priėmimo ir įsipareigojimo terapija (angl. *acceptance and commitment therapy*, ACT). Ši KET atšaka skatina sąmoningumą ir susitaikymą su neigiamais jausmais ir mintimis. Terapijos metu ieškoma būdų reaguoti į sunkumus negrįžtant prie žalingo elgesio [2]. Literatūroje stebėtas ACT efektyvumas, kai ji naudojama kaip pirminis terapijos metodas [50].

Taikant psichoterapinį gydymą, ilgalaikiams rezultatams palaikyti gali būti reikalingos papildomos sesijos. Iš pradžių, jei sutrikimas yra sunkus, rekomenduojamas 3-6 mėn. KET kursas, lankant kartą per savaitę arba dažniau. Pasiekus remisiją, siūloma tęsti dar 6-9 mėn. laikant užsiėmimus kartą per mėnesį. Tuomet, jeigu rezultatą pavyksta palaikyti, sesijos palaipsniui retinamos [23].

5.6.2. Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai

Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) yra pirmo pasirinkimo vaistai obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui gydyti [51]. Atlikta pilotinių klinikinių tyrimų, kurie nustatė teigiamą kai kurių šios grupės vaistų poveikį gydant ir ES, tačiau rezultatai nėra nuoseklūs ir vis dar trūksta svarių mokslinių įrodymų specifinėms odos krapštymo sutrikimo gydymo rekomendacijoms pagrįsti [2,23].

Keuthen et al. atvirame klininiame tyrime, vertinusio escitalopramo 30 mg/d. poveikį po 18 savaičių vartojimo (n = 29), 44,8% tiriamųjų pasiekė pilną ES remisiją, o dar 27,6% į gydymą atsakė dalinai [52]. Kitame atvirame tyrime sertralinas (n = 31) buvo veiksmingas 68% tiriamųjų [53]. Atsitiktinių imčių kontroliuojamu tyrimų metodu buvo tirtas fluoksetino ir citalopramo poveikis. 20 mg/d. citalopramo vartojimas 4 savaičių laikotarpyje pagerino gyvenimo kokybę, bendrą sveikatos būklę ir sumažino obsesyvumo-kompulsyvumo įverčius (n = 45) [54]. Vidutinė 55 mg/d. fluoksetino dozė po 10 savaičių taip pat turėjo teigiamą terapinį efektą (n = 21) [55].

5.6.3. N-acetilcisteinas

Šiuo metu aktyviai tiriama glutaminerginės sistemos įtaka kompulsyvaus elgesio patofiziologijoje. Tyrimuose atrastas per didelis glutamato, pagrindinio aktyvuojančio neuromediatorius, išskyrimas sergant įvairiais OCD [2,56].

N-acetilcisteinas (NAC), aminorūgšties L-cisteino pirmtakas, pasižymi glutamato išskyrimą slopinančiu ir antioksidaciniu poveikiu. Vaistas plačiai žinomas kaip mukolitikas, priešnuodis paracetamolio perdozavimui ir nefroprotektorius, tačiau taip pat esama duomenų apie sėkmingą

pritaikymą gydant psichikos sutrikimus. Dėl savo žemos kainos bei nedidelės šalutinių poveikių rizikos, NAC yra daugiausiai dėmesio sulaukianti glutaminerginė medžiaga BFRB klinikiniuose tyrimuose. NAC šiems sutrikimams įprastai skiriamas po 600-2400 mg/d. 1-8 mėnesiams [56]. Svarbu pacientus įspėti, kad terapiniam efektui pasiekti reikia apie 9 savaičių gydymo [23]. Atsitiktinių imčių kontroliuojamu tyrimo metodu Grant et al. vertino NAC poveikį 66 pacientų, kuriems buvo kliniškai diagnozuotas ES, imtyje. NAC dozė tarp 1200 ir 3000 mg po 12 savaičių palengvino ES simptomus 47% tyrimo dalyvių lyginant su 19% placebo grupėje [57]. Teigiamas pridėtinis NAC efektas ekskoriacijai nutraukti stebėtas mažos imties tyrimuose, kai kombinuojama su antidepresantais ir antipsichotikais [56].

5.6.4. Kiti vaistai

Antikonvulsantas ir nuotaikos stabilizatorius lamotriginas turėjo teigiamą terapinį efektą odos krapštymui atvirame tyrime (n = 16) [58], tačiau vėlesniame atsitiktinių imčių kontroliniame tyrime (n = 7) poveikis nebuvo geresnis už placebo [59]. Opioidų antagonistų efektyvumas literatūroje kol kas stebimas tik pavieniams klinikiams atvejams [2,23]. Stebėtas kelių atipinių antipsichotikų teigiamas pridėtinis efektas gydant kartu su SSRI [2]. Metilfenidatas sergantiems ADHD gali kartu padėti nutraukti ekskoriaciją [60].

Jeigu ekskoriacijos sutrikimas nėra gydomas, daugumai pacientų odos krapštymas pereina į lėtinę eigą. Nustatyta, kad tik apie 14% suaugusių asmenų krapštymą pavyksta nutraukti savarankiškai. Tačiau, jei ES diagnozuojamas anksti ir tinkamai pritaikomas gydymas, 50% pacientų simptomai palengvėja bent jau trumpalaikiam, 3-6 mėnesių, laikotarpiui. Remiantis šia pakankamai prasta ES prognoze ir įvertinus sutrikimo keliamas odos ir sisteminės komplikacijas, bei psichologinį pažeidimą, ankstyva diagnozė ir įrodymais pagrįsti gydymo metodai ES pacientams yra labai svarbūs [23].

Pacientams rekomenduojama gydytojo dermatologo, turinčio žinių apie odos krapštymo sutrikimą, konsultacija ir odos būklės įvertinimas, kad būtų diagnozuojamos pirminės odos ligos, kurios galėjo išprovokuoti ar stiprinti ES. Matomas ir jaučiamas bėrimas dažnai yra svarbus dirgiklis, kuris skatina krapštymą, todėl reikalingas gretutinis odos gydymas. Svarbus klinikinių specialistų bendradarbiavimas: psichiatro ir psichoterapeuto kombinuojant ES gydymo priemones, atsiradus odos pažeidimo komplikacijoms – dermatologo konsultavimas [1,2,23].

6. TYRIMO METODAI

6.1. Tyrimo dalyviai

Tiriamųjų tikslinę imtį sudarė suaugusieji (>18 m.), nurodantys sergantys akne, Lietuvos populiacijos asmenys. Imties dydis paskaičiuotas paplitimo tyrimams skirta formule

$n = \frac{z^2 P(1-P)}{d^2}$ [61] naudojant 5% paklaidos lygį (d) ir 95% pasikliautinąjį intervalą (z). Numatomas

reikšmingo odos krapštymo paplitimas (P , 43%) pasirinktas remiantis Dixon ir Snorrason (2019) pilotinio tyrimo dažnio rezultatu [11]. Apskaičiuota tikslinė dalyvių imtis $n = 377$.

Tiriamieji atrinkti patogiosios imties sudarymo principu. Iš viso surinkta 380 kriterijus atitinkančių atsakymų. Didžiąją dalį respondentų sudarius moterims (93,7%) nuspręsta neįtraukti vyriškosios ir nebinarinės lyčių respondentų į statistinę analizę. Galutinė tyrimo imtis – 356 dalyvių. Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo $22,8 \pm 5,1$ (nuo 18 iki 53, mediana 22).

6.2. Duomenų rinkimo ir įvertinimo metodai

6.2.1. Įvertinti dalyvių ekskoriacijos įpročius naudota Atnaujinta odos krapštymo skalė (angl. *The Skin Picking Scale-Revised*, SPS-R) (1 priedas). Odos krapštymui tirti plačiai taikoma aštuonių teiginių skalė buvo sudaryta Snorrason et al. [62] remiantis Keuthen et al. originalia šešių teiginių versija [63]. Klausimynas matuoja pačių respondentų nurodytus odos krapštymo simptomus pastarąją savaitę.

Kiekvienas teiginys vertinamas 5 taškų Likerto skale (0 = visiškai nėra įpročio ar pažeidimo, 4 = labai stiprus įprotis ar pažeidimas). Ją sudaro dvi subskalės: 1-4 punktai vertina odos krapštymo simptomų intensyvumą (angl. *symptom intensity subscale*), 5-8 punktai – ekskoriacijos sukeltą pažeidimą (angl. *impairment subscale*). Bendras balas svyruoja tarp 0 ir 32. Kliniškai reikšmingam odos krapštymui siūlomas 7 [12] arba 9 [64] balų lygmuo. Šio tyrimo rezultatų vertinimui pasirinktas konservatyvesnis 9 balų kriterijus. Ankstesniuose tyrimuose klausimynas pasižymėjo gera psichometrine charakteristika [62,65]. Šio tyrimo pradžioje buvo gautas autorių leidimas skalės naudojimui, o klausimynas išverstas į lietuvių kalbą.

6.2.2. Papildomai buvo pateikti 8 klausimai, skirti demografinių duomenų, respondenčių aknės sunkumo, naudojamo gydymo metodo ir jo efektyvumo įvertinimui. Taip pat siekta išsiaiškinti dalyvių požiūrį į aknės bėrimo krapštymo sukeltą odos komplikacijas (2 priedas).

6.3. Tyrimo eiga

Tyrimo anketa buvo suformuota ir patalpinta į elektroninių apklausų platformą Google Forms, taip pat sudaryta popierinė anketos versija. Tyrimas vykdytas 2024 metų vasario–liepos mėnesiais. Dviejų dalių anonimine 16 klausimų anketa dalintasi Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Dermatovenerologijos centre ir Meta socialinių tinklų platformose. Anketos pradžioje buvo pristatomas tyrimo ir duomenų naudojimo tikslas, procedūra, atsakymų anonimiškumas. SPS-R skalės pildymui pateikta autorių instrukcija.

6.4. Duomenų analizė

Duomenys apdoroti MS Excel programa. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant IBM SPSS Statistics 29 versiją. Aprašomoji statistika atlikta sudarant kintamųjų dažnių lenteles. Aknės charakteristiką ir respondenčių nuomonę apie odos krapštymo pasekmes vertinančių kategorinių kintamųjų pasiskirstymas atvaizduotas stulpelinėmis diagramomis Tableau programa.

Apskaičiuotas Cronbach alfa koeficientas SPS-R skalės ir subskalių vidiniam suderinamumui vertinti.

Pirsono χ^2 testas naudotas pasiskirstymo skirtumams aknės charakteristikų ir požiūrio į neigiamą efektą odai kliniškai reikšmingo ir nereikšmingo krapštymo grupėms nustatyti. Fišerio tikslusis testas – skirtumams, kai nors vienas tikėtinas stebėjimų skaičius buvo mažiau penkių 2x2 dažnių lentelėse.

Amžiaus ir SPS-R balo skirstinių normalumui tikrinti naudoti Shapiro-Wilk ir Kolmogorovo-Smirnovo kriterijai, eksceso ir asimetrijos koeficientai (2 lentelė) bei Q-Q grafikas ir histograma.

2 lentelė. Kintamųjų normalumo įvertinimo rezultatai (n = 356)

Kintamieji	Asimetrijos koef.	Eksceso koef.	Kolmogorovo-Smirnovo kriterijus	p	Shapiro-Wilk kriterijus	p
SPS-R balai	0,076	–0,635	0,067	<0,001	0,985	<0,001
Amžius	2,598	9,12	0,201	<0,001	0,749	<0,001

Tikrinant SPS-R balų skirstinį, normalumo testų p reikšmė buvo mažesnė nei 0,05, tačiau asimetrijos ir eksceso koeficientai patenka į [-1; 1] intervalą, histograma artima varpo formai (5

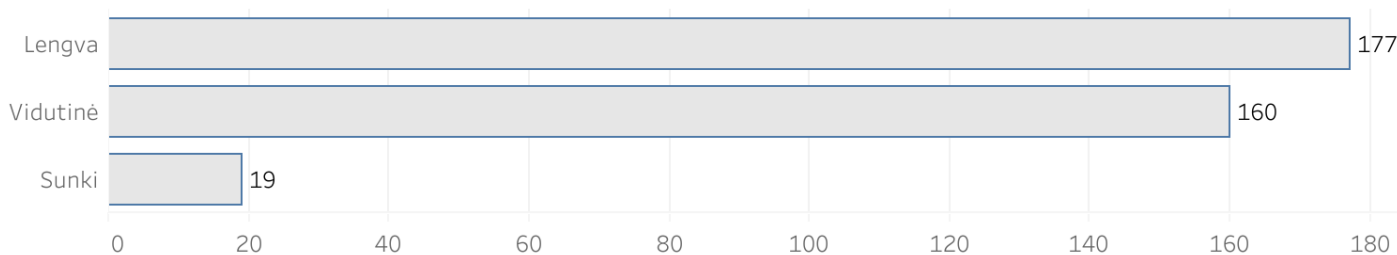
pav.), Q-Q grafike reikšmės pasiskirsčiusios arti tiesės, todėl SPS-R balo pasiskirstymas vertintas kaip artimas normaliajam ir tyrime buvo naudojami parametriniai kriterijai.

Aknės gydymo metodų ir požiūrio į neigiamą krapštymo įtaką grupių SPS-R balų skirtumams tikrinti buvo taikytas Stjudento t-testas. Aknės sunkumo grupių balams palyginti pasitelkta vienfaktore nepriklausomų imčių ANOVA. Tiriamųjų amžiaus skirstinys nebuvo artimas normaliajam, todėl koreliacinei analizei su odos krapštymo balais naudotas Spearman koeficientas. Koeficientas taip pat skaičiuotas ranginio kintamojo, gydymo efektyvumo, ir SPS-R balų sąsajai įvertinti. Nagrinėti aknės charakteristikų ir amžiaus įtakai SPS-R balų skaičiui taikyta tiesinė regresinė analizė.

Skirtumas tarp kintamųjų buvo vertinamas kaip statistiškai reikšmingas, jei $p < 0,05$.

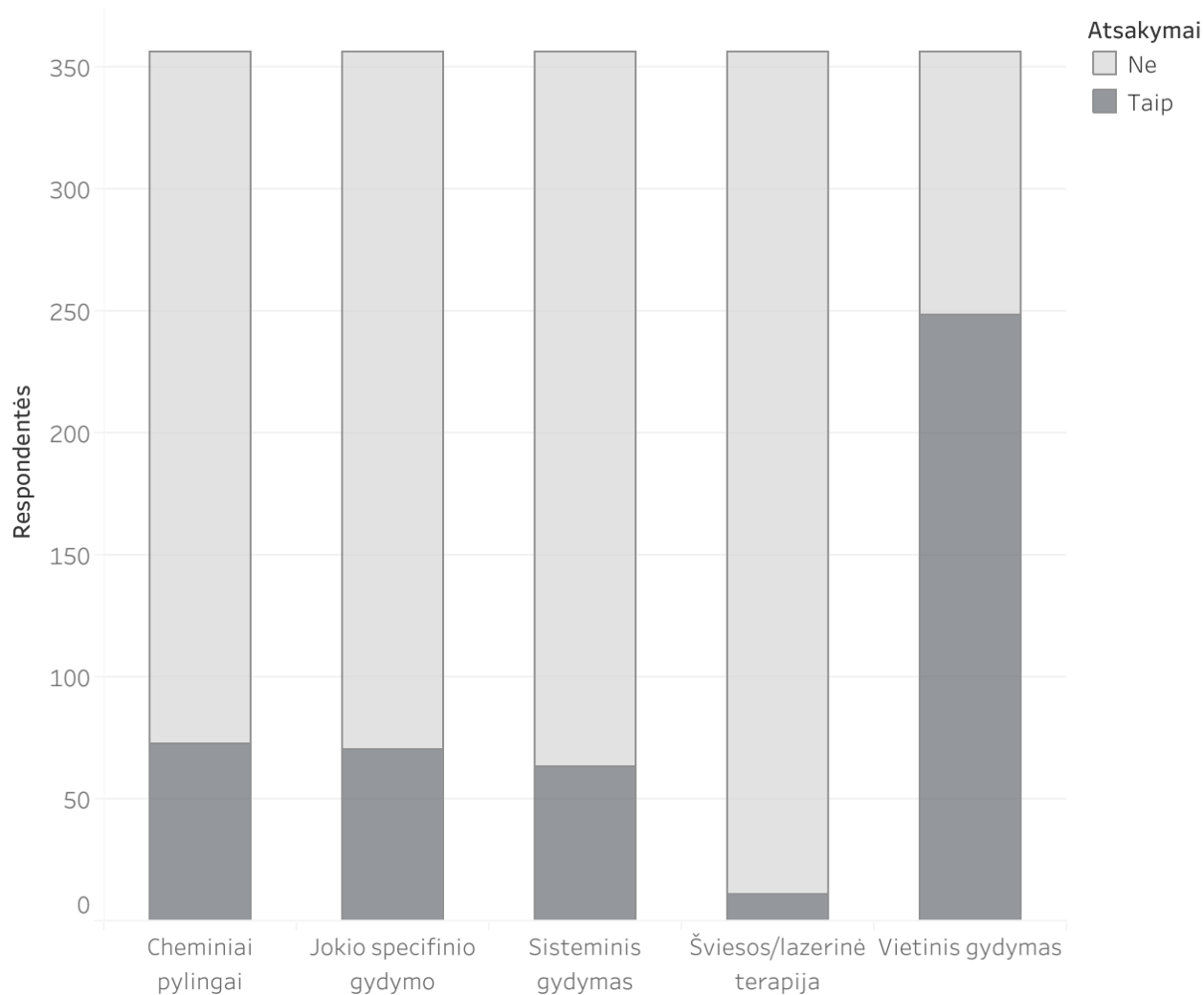
7. REZULTATAI

Visos tyrimo dalyvės teigiamai atsakė į atrankinį klausimą apie sergamumą akne. Prieš SPS-R klausimyno pildymą, 319 (89,6%) tiriamųjų nurodė, kad spaudžia ar kitaip krapšto odą. Daugiau nei pusė respondenčių nurodė sergančios vidutinio sunkumo (44,9%) arba sunkia (5,3%) aknės forma (1 pav.).



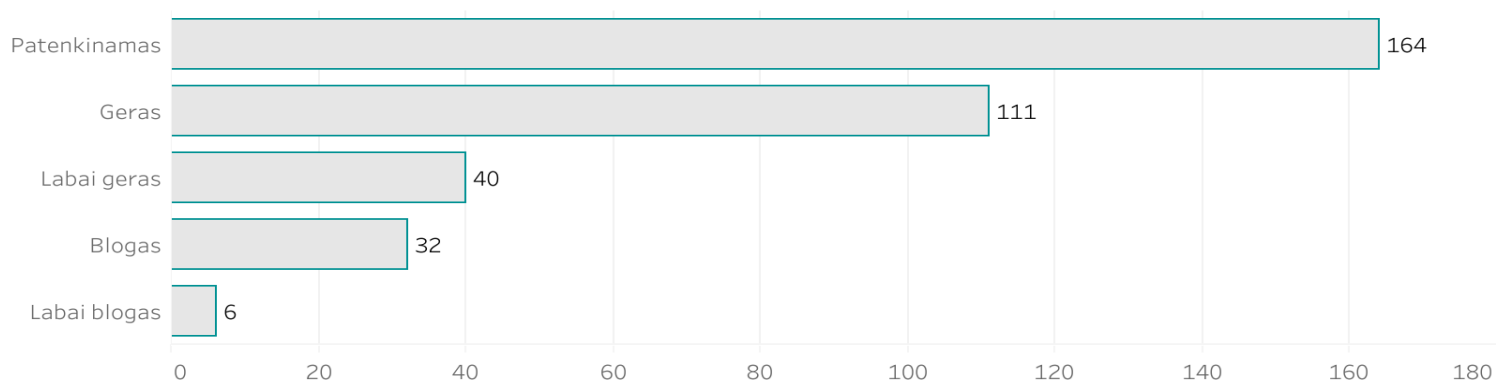
1 pav. Respondenčių aknės sunkumo įvertinimas. Klausime lengva forma aprašyta, kaip „uždari ir atviri komedonai“, vidutinė – „papulės, pūlinukai“, sunki – „mazgai, cistos“

Dauguma (69,7%) naudoja vietines gydymo priemones („retinoidai, antibiotikai, benzoilo peroksidas, rūgštys (azelainė, salicilo, glikolio)“), mažesnę dalis naudoja cheminius pylingus, mikrodermabraziją ar mechaninį komedonų šalinimą (20,5%), sisteminį gydymą („Roaccutane, antibiotikai, sudėtiniai peroraliniai kontraceptikai“, 17,7%), šviesos ar lazerinę terapiją (3,1%). Beveik penktadalis (19,7%) tiriamųjų nenaudoja jokio specifinio gydymo aknei (2 pav.).



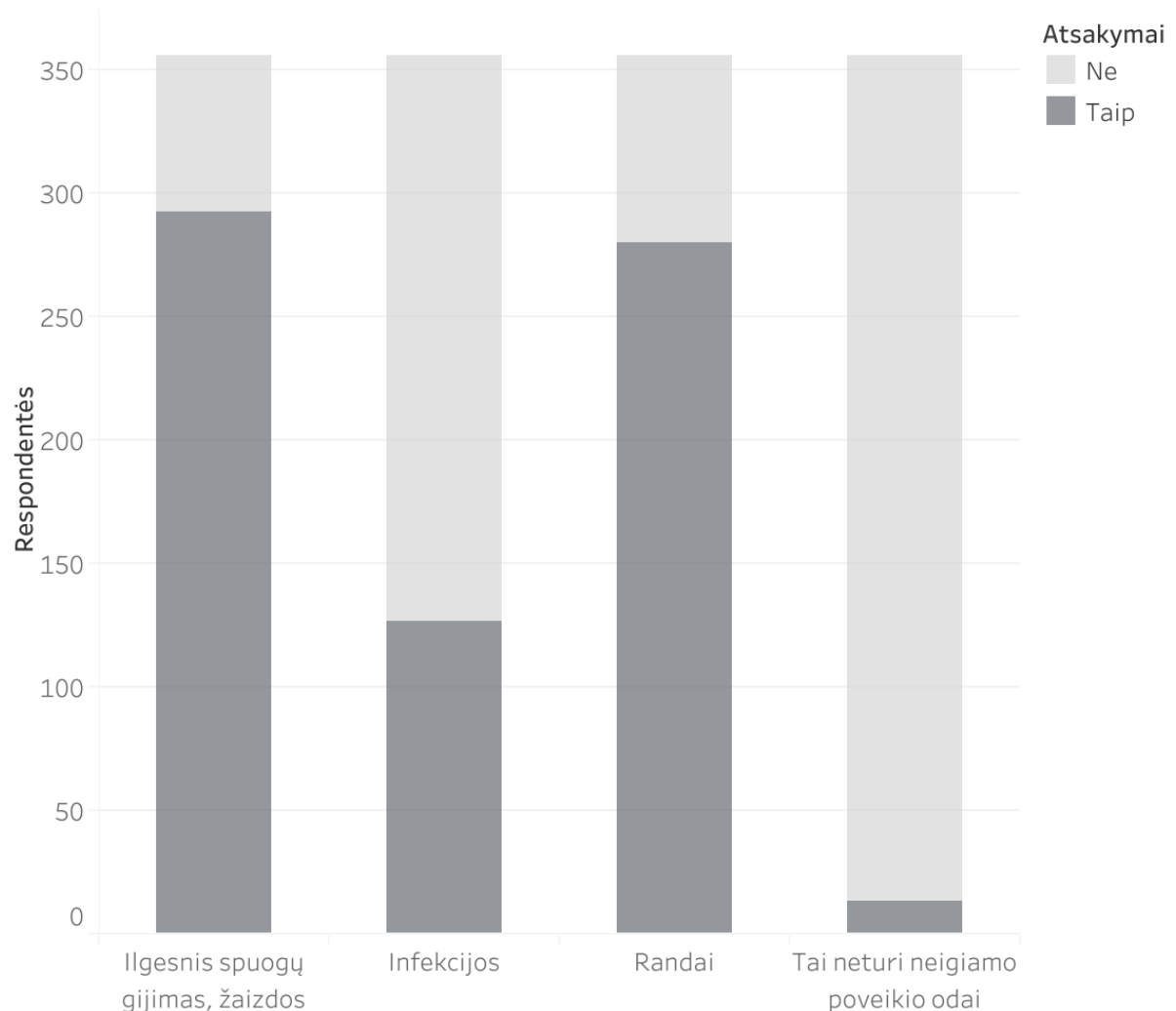
2 pav. Skirtingų aknės gydymo metodų naudojimo pasiskirstymas

Didžiausia tiriamųjų dalis atsakė, kad aknės gydymo efektyvumą vertina patenkinamai (46,1%). Gerai gydymą įvertino 31,2%, labai gerai – 11,2%, blogai – 9%, labai blogai – 1,7% dalyvių (3 pav.).



3 pav. Respondenčių aknės gydymo (jei buvo taikoma) efektyvumo įvertinimas

Atsakant į klausimą apie aknės bėrimo krapštymo potencialias pasekmės, mažuma (3,7%) dalyvių pažymėjo, kad krapštymas neigiamų pasekmių odai neturi. Dauguma manė, kad krapštymas prailgina gijimą (82%) ir gali suformuoti randus (78,7%). Mažesnę (35,7%) dalyvių dalis krapštymą siejo su infekcijos tikimybe (4 pav.).



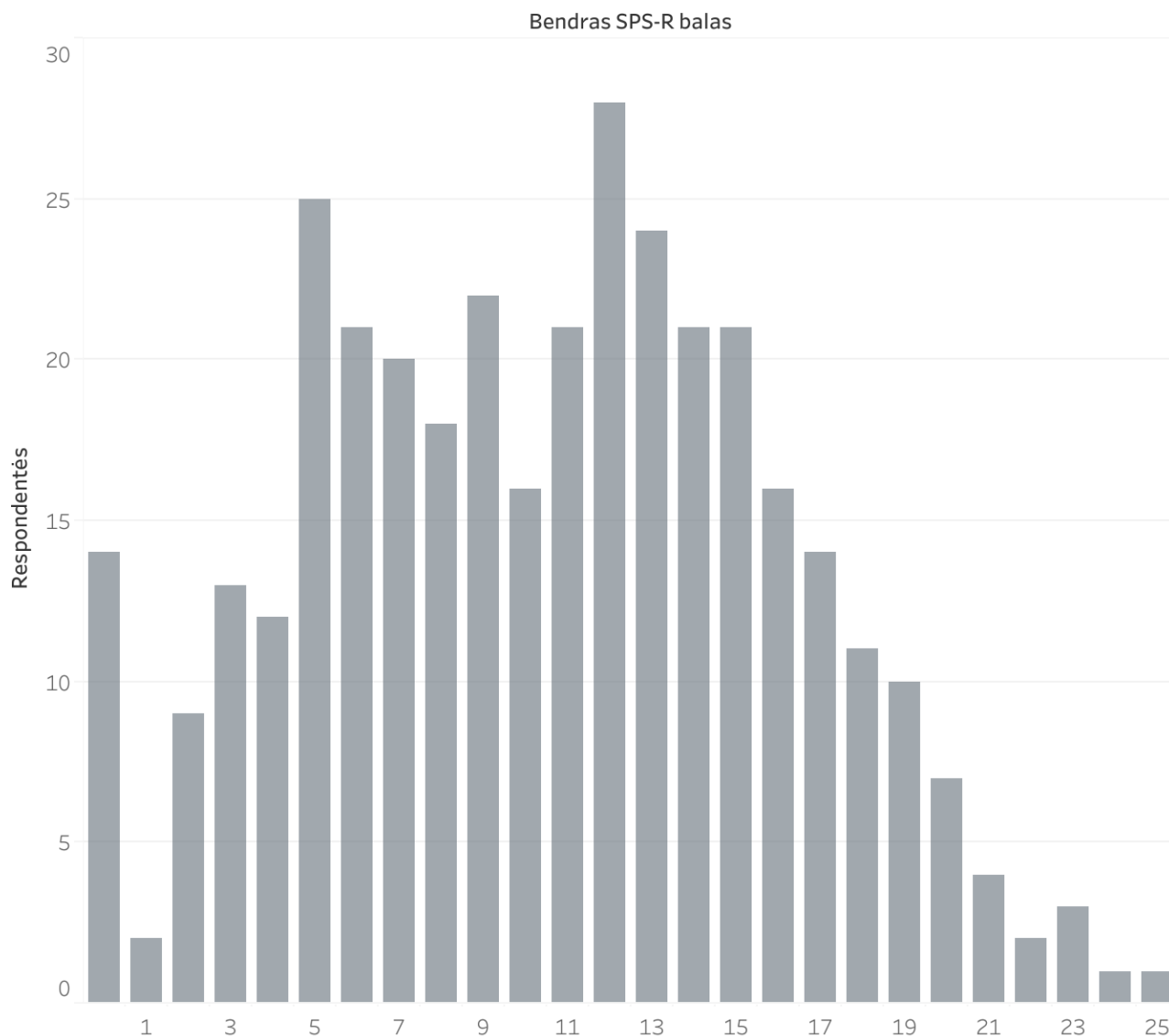
4 pav. Atsakymų dažniai į klausimą „*Kokį(-ius) neigiamą(-us) efektą(-us) odai siejate su aknės bėrimų krapštymu?*“

Šiame tyrime Atnaujintos odos krapštymo skalė pasižymėjo geru vidiniu suderinamumu:

Cronbach alfa = 0,87 visai skalei, 0,87 simptomų sunkumo subskalei, 0,8 pažeidimo subskalei.

Pirminiame SPS-R psichometrinės charakteristikos vertinimo tyrime vidinis suderinamumas buvo 0,83 visai skalei, 0,81 simptomų sunkumo subskalei, 0,7 pažeidimo subskalei [62].

Visų dalyvių bendro SPS-R balo vidurkis buvo $10,55 \pm 5,69$ (nuo 0 iki 25, mediana 11, moda 12). 14 (3,93%) respondenčių surinko 0 balų. Balų pasiskirstymas pateiktas diagramoje (5 pav.).



5 pav. Atnaujintos odos krapštymo skalės balų pasiskirstymas

3-oje lentelėje nurodyti atsakymų dažniai į atskirus SPS-R teiginius. Aukščiausias surinktų taškų vidurkis ($M=1,81$) apskaičiuotas klausimui „*Kaip dažnai jaučiate norą krapštyti odą?*“. Viena iš dešimties (11,8%) dalyvių įvardijo jaučianti itin stiprų norą krapštyti odą. Mažiau (9%) respondenčių nurodė visiškai neturinčios tokio noro. Antrą aukščiausią vidurkį ($M=1,75$) surinko klausimas „*Kaip Jums pavyksta suvaldyti norą krapštyti odą?*“. 11,2% dalyvių nurodė galinčios visiškai sustabdyti save ir nekrapštyti odos, o 2% dalyvių to niekada nepavyksta padaryti. Mažiausias vidurkis ($M=0,53$) apskaičiuotas klausimui „*Ar dėl odos krapštymo vengiate ką nors veikti, kur nors eiti ar su kuo nors bendrauti?*“. Daugiau nei pusė (64%) respondenčių visiškai nevengia socialinės veiklos dėl odos krapštymo sukulto pažeidimo. Apie pusė (48,6%)

respondenčių taip pat nurodė, kad odos krapštymas visai netrukdo socialiniam gyvenimui ir darbui ar pareigoms. Iš pažeidimo subskalės klausimų, aukščiausias surinktų taškų vidurkis ($M=1,36$) buvo klausimui „*Kaip stipriai pažeista Jūsų oda dėl odos krapštymo?*“. Dėl odos krapštymo pasireiškusių pažeidimų visiškai neturėjo tik 11,8% dalyvių. Simptomų sunkumo subskalės klausimų suminis (0-16) balų vidurkis ($M=6,49$) buvo aukštesnis nei pažeidimo ($M=4,07$) subskalės.

3 lentelė. Atsakymų dažniai į Atnaujintos odos krapštymo skalės teiginius n (%)

# Teiginys	0	1	2	3	4
Simptomų sunkumas					
1 Kaip dažnai jaučiate norą krapštyti odą?	32 (9)	129 (36,2)	112 (31,5)	41 (11,5)	42 (11,8)
2 Kaip intensyviai ar stipriai norisi krapštyti odą?	69 (19,4)	77 (21,6)	127 (35,7)	61 (17,1)	22 (6,2)
3 Kiek laiko per dieną praleidžiate krapštydami odą?	31 (8,7)	229 (64,3)	77 (21,6)	17 (4,8)	2 (0,6)
4 Kaip Jums pavyksta suvaldyti norą krapštyti odą? Kaip Jums sekasi sustabdyti save ir nekrapštyti odos?	40 (11,2)	94 (26,4)	144 (40,4)	71 (19,9)	7 (2)
Pažeidimas					
5 Kaip stipriai jaučiate emocinį diskomfortą (nerimą ir (arba) susirūpinimą, frustraciją, depresiją, beviltiškumą ar menką savigarbą) dėl odos krapštymo?	96 (27)	105 (29,5)	73 (20,5)	67 (18,8)	15 (4,2)
6 Kiek odos krapštymas trukdo Jūsų socialiniam gyvenimui ir darbui arba pareigų atlikimui? (Jei šiuo metu nedirbate, įvertinkite, kiek tai turėtų įtakos Jūsų veiklai, jei dirbtumėte.)	173 (48,6)	117 (32,9)	53 (14,9)	13 (14,9)	0 (0)
7 Ar dėl odos krapštymo vengiate ką nors veikti, kur nors eiti ar su kuo nors bendrauti? Jei taip, kaip stipriai vengiate tokios veiklos?	228 (64)	85 (23,9)	28 (7,9)	13 (3,7)	2 (0,6)
8 Kaip stipriai pažeista Jūsų oda dėl odos krapštymo? Įvertinkite tik tokius pažeidimus, kurie atsirado dėl odos krapštymo.	42 (11,8)	163 (45,8)	134 (37,6)	16 (4,5)	1 (0,3)

Kliniškai reikšmingas odos krapštymas, kai bendras Atnaujintos odos krapštymo skalės balas daugiau arba lygus 9, rastas daugiau nei pusei (62,4%, $n = 222$) tyrimo dalyvių. Nestebėta statistiškai reikšmingo ES dažnio skirtumų tarp aknės sunkumo grupių ar naudojamų gydymo metodų ($p > 0,05$). Statistiškai reikšmingi skirtumai rasti gydymo efektyvumo įvertinimui ($p < 0,001$). Odos krapštymo sutrikimas buvo dažnesnis dalyvėms, prasčiau vertinančioms taikomo aknės gydymo efektyvumą. Respondentės, kurios nurodė ilgesnį gijimą, žaizdas ir randus kaip potencialias neigiamas krapštymo pasekmes odai, reikšmingai dažniau pasiekė ES balo lygmenį. Reikšmingai rečiau ES nustatytas respondentėms, kurios nurodė, kad krapštymas neigiamo poveikio odai neturi ($p = 0,021$) (4 lentelė).

4 lentelė. Kliniškai reikšmingo (SPS-R ≥ 9) ir nereikšmingo odos krapštymo grupių atsakymų dažniai

Kintamieji n = 356	SPS-R ≥ 9 n = 222	SPS-R < 9 n = 134	χ^2 testas	p
Aknės sunkumo grupės				
Lengva	100	77	5,431	0,066
Vidutinė	108	52	5,431	0,066
Sunki	14	5	5,431	0,066
Gydymo metodai				
Vietinis gydymas	152	96	0,398	0,528
Sisteminis gydymas	39	24	0,007	0,935
Šviesos/lazerinė terapija*	7	4		1
Cheminiai pylingai, mikrodermabrazija, mechaninis komedonų šalinimas	44	29	0,17	0,68
Jokio specifinio gydymo aknei	47	23	0,849	0,357
Gydymo efektyvumo vertinimas				
Labai geras	17	23	20,219	<0,001
Geras	60	51	20,219	<0,001
Patenkinamas	112	52	20,219	<0,001
Blogas	27	5	20,219	<0,001
Labai blogas	5	1	20,219	<0,001
Požiūris į neigiamą poveikį odai				
Ilgesnis spuogų gijimas, žaizdos	199	93	23,207	<0,001
Infekcijos	76	51	0,533	0,465
Randai	186	94	9,252	0,002
Tai neturi neigiamo poveikio odai*	4	9		0,021

*Fišerio tikslusis testas

Lyginant vidutinius SPS-R balus tarp skirtingus gydymo metodus naudojančių grupių, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (5 lentelė).

5 lentelė. Atnaujintos odos krapštymo skalės balų vidurkių skirtumai pagal aknės gydymo metodus

Kintamieji	Naudojamas		Nenaudojamas		t	p
	M	SD	M	SD		
Vietinis gydymas	10,49	5,65	10,69	5,15	-0,326	0,745
Sisteminis gydymas	10,63	5,07	10,53	5,58	0,134	0,893
Cheminiai pylingai, mikrodermabrazija, mechaninis komedonų šalinimas	10,48	5,96	10,57	5,38	-0,124	0,902
Šviesos/lazerinė terapija	10,64	7,04	10,55	5,45	0,053	0,958
Jokio specifinio gydymo aknei	10,86	5,26	10,48	5,55	0,52	0,603

Odos krapštymo skalės balai buvo reikšmingai aukštesni dalyvių, nurodžiusių ilgesnį spuogų gijimą, žaizdas ($t(354) = 4,794$, $p < 0,001$) ir randus ($t(354) = 3,709$, $p < 0,001$), kaip potencialias neigiamas krapštymo pasekmės. Infekcijas su odos krapštymu siejusių respondenčių vidutinis balas buvo žemesnis ($M = 10,13$, $SD = 5,72$), tačiau skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($t(354) = -1,066$, $p = 0,287$). Dalyvių, pažymėjusių, kad krapštymas neturi neigiamo poveikio odai, SPS-R balas buvo žemiausias ($M = 7$, $SD = 5,58$) ir statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo kitos dalyvių dalies ($t(354) = -2,389$, $p = 0,017$) (6 lentelė).

6 lentelė. Atnaujintos odos krapštymo skalės balų vidurkių skirtumai pagal dalyvių siejamą neigiamą krapštymo poveikį odai

Kintamieji	Taip		Ne		t	p
	M	SD	M	SD		
Ilgesnis spuogų gijimas, žaizdos	11,18	5,36	7,66	5,18	4,794	<0,001
Infekcijos	10,13	5,72	10,78	5,36	-1,066	0,287
Randai	11,1	5,5	8,5	5	3,709	<0,001
Tai neturi neigiamo poveikio odai	7	5,58	10,68	5,45	-2,389	0,017

Pritaikius vieno faktoriaus dispersinę analizę aknės sunkumo grupėms, apskaičiuotas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp imčių SPS-R balų vidurkių ($F(2,353) = 5,99$, $p = 0,003$). Kintamųjų dispersijos buvo lygios (Levene testo $p > 0,05$) ir skirtumai tarp grupių dydžių buvo dideli (lengva aknė $n = 177$, sunki aknė $n = 19$), todėl Post Hoc lyginimui pasirinktas Scheffe kriterijus. Nustatyta, jog vidutinės aknės sunkumo grupės balai ($M = 11,59$, $SD = 5,6$) buvo statistiškai reikšmingai aukštesni už lengvos aknės grupės balus ($M = 9,56$, $SD = 5,2$) ($p = 0,003$, 95% C.I. = [-3.49, -0.58]). Tarp lengvos ir sunkios ($M = 11$, $SD = 5,8$) bei tarp vidutinio sunkumo aknės grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ($p > 0,05$).

Įvertinus odos krapštymo balų ir amžiaus tarpusavio ryšį, rasta labai silpna neigiama statistiškai reikšminga koreliacija ($r_s = -0.112$, $p = 0,035$). Silpnas neigiamas koreliacinis ryšys nustatytas tarp odos krapštymo balų ir geresnio gydymo efektyvumo vertinimo ($r_s = -0.277$, $p < 0,001$).

Tyrime pastebėti reikšmingi ekskoriacijos balų skirtumai tarp aknės sunkumų grupių bei reikšminga koreliacinė analizė amžiui ir gydymo efektyvumo vertinimui, tad pasirinkta sudaryti regresijos modelį įtraukiant šiuos nepriklausomus kintamuosius. Atlikus regresinę analizę, gautas statistiškai reikšmingas modelis. Įtraukti kintamieji paaiškina 12,1% SPS-R balų sklaidos. Sunkios aknės įtaka nebuvo statistiškai reikšminga ($p = 0,083$). Kaip matyti 7-oje lentelėje, didžiausią sklaidos dalį (β) paaiškina gydymo efektyvumo vertinimas. Kuo geresnis gydymo efektyvumas respondentės vertinimu, tuo mažėja SPS-R balas ($\beta = -0.267$, $p < 0,001$).

7 lentelė. Daugelio faktorių tiesinės regresijos modelis prognozuojantis Atnaujintos odos krapštymo skalės balus

Kintamieji	B	SE	β	t	p
Amžius	-0,13	0,058	-0,113	-2,242	0,026
Gydymo efektyvumas respondentės vertinimu	-1,687	0,318	-0,267	-5,3	<0,001
Vidutinė aknė (lyginant su lengva)	1,856	0,567	0,169	3,276	0,001
Sunki aknė (lyginant su lengva)	2,224	1,28	0,089	1,737	0,083

$$R^2 = 0,121, F(4,348) = 11,9, p < 0,001$$

Jeigu sergama vidutinio sunkumo akne, SPS-R balas didėja 1,856 taško (B) lyginant su lengva aknės forma ($\beta = 0,169$, $p = 0,001$). Didesnis respondenčių amžius lemia žemesnį ekskoriacijos balą ($\beta = -0,113$, $p = 0,026$). Sudarytam daugianarės regresijos modeliui nėra autokoreliacijos (Durbin-Watson $d = 1,87$), multikolinearumo (VIF 1,001-1,051), išskirčių (Kuko matas $d < 1$) bei heteroskedastiškumo (pagal liekamųjų paklaidų grafiką).

8. REZULTATŲ APTARIMAS

Pagrindinė šio tyrimo iškelta hipotezė buvo, kad akne sergantys asmenys turi dažnesnį krapštymo įprotį ir didesnę ES riziką. Nustatyta, kad didžioji dauguma (89,6%) tyrimo respondentų krapšto odą. Šis dažnis aukštas, tačiau kartais pasiekiamas ir neklinikinėse imtyse. Pavyzdžiui, studentų grupėse Calikusu et al. stebėjo 87,8%, o Bohne et al. – didesnę nei 90% dažnį [66,67]. Tačiau, kai vertiname ES lygmenį siekiantį odos krapštymą, rezultatai išsiskiria. Tyrimas atskleidė, kad komorbidinis ES aknės tiriamųjų grupėje yra labai dažnas – jį nustatėme daugiau nei pusei dalyvių (62,4%). Tikėtina, kad šį aukštą dažnį iš dalies didina apklausos metodas, kai respondentai patys nurodo simptomus vietoje klinikinės ES diagnozės. Vis dėlto, net kai dažnis sugretinamas su epidemiologiniais tyrimais, kurie naudojo analogišką duomenų rinkimo metodiką bendrosiose populiacijoje, mūsų nustatytas paplitimas aknės pacientų imtyje išlieka reikšmingai didesnis. Pačių respondentų nurodytus simptomus internetiniu klausimynu vertinę Machado et al. ir Grant ir Chamberlain didelėse imtyse atitinkamai stebėjo 3,4% ir 2,1% paplitimus [4,8]. Viena aukščiausių dažnių, 9,91%, taip pat naudodami e-apklausą nustatė Solley ir Turner (2018) [68]. SPS-R skalę ir 9 balų lygmenį ES diagnozei naudoję Khatib et al. (2022) rado 1,2% sutrikimo dažnį bendrojoje populiacijoje [69].

Gautas rezultatas buvo artimesnis ES paplitimui, kuris stebimas tarp psichikos ligomis sergančiųjų. Tačiau, net sugretinus duomenis su rezultatais šiose rizikos grupėse, sergamumas mūsų aknės pacientų populiacijoje lieka aukštas. Pavyzdžiui, reikšminga ekskoriacija buvo dažnesnė nei kūno dismofiniu sutrikimu sergančiųjų (29,1%) [41]. ES paplitimas tyrime buvo didesnis nei Grant ir Chamberlain nustatytam trichotilomanija (12,7%), narkotikų ar alkoholio vartojimo sutrikimu (16,0%), valgymo sutrikimu (19,3%), ADHD (23,5%), obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu (26,3%), potrauminio streso sutrikimu (27,2%), panikos sutrikimu (27,7%) ar depresija (53,1%) sergantiesiems. Tik generalizuoto nerimo sutrikimo pacientai dažniau sirgo gretutiniu ES nei mūsų tyrimo dalyvės (63,4%) [8].

Kaip ir buvo tikėtasi, lengvesnė, lyginant su vidutine, aknės forma lėmė mažesnę krapštymo simptomatiką. Sunkios aknės dalyvių odos krapštymo balai buvo dar aukštesni, tačiau šis skirtumas nebuvo reikšmingas dėl mažos šio pogrupio imties ($n = 19$). Panašią reikšmę turi neigiama geresnio gydymo efektyvumo ir krapštymo koreliacija. Atsižvelgus į regresijos modelio rezultatus, tinkamai parinktas dermatologinis gydymas gali būti svarbus ES. Kartu su aukštu ES paplitimo dažniu aknės pacientams, abi rastos koreliacijos patvirtino mūsų hipotezę, kad aknė ir odos ekskoriacija yra tarpusavyje susijusios ligos. Šios koreliacijos taip pat gali paaiškinti, kodėl gydymo metodas nelėmė

SPS-R balų ar ES dažnio skirtumų. Galima manyti, kad, jeigu aknei netaikomas joks specifinis gydymas, liga nebus gydoma efektyviai. Kita vertus, aknės nesigydančios respondentės tikėtina dažniau serga lengvesne ligos forma. Tuo pačiu, agresyvesnį, sisteminių gydymą įprastai naudoja sergančios sunkesne akne, tačiau šiuo atveju gydymas dažniau bus efektyvus. Taigi, gali būti, kad abu reikšmingi faktoriai vienas kitą atsveria.

Įtraukiant klausimą apie galimas komplikacijas, iškelta hipotezė, kad daugiau krapštančios odą dalyvės dažniau teisingai nurodys krapštymo pasekmes. Ši hipotezė pasitvirtino iš dalies.

Respondentės, kurių odos krapštymas buvo kliniškai reikšmingas, dažniau teisingai įvardijo tokias komplikacijas, kaip ilgesnis gijimas ir randai, tačiau ne infekcijas. Viena iš galimų priežasčių yra santykinai retesnis infekcinių komplikacijų dažnis. Kwon (2020) tyrime odos išopėjimas pasireiškė 20%, o infekcijos 9% ES pacientų [24].

Mūsų apskaičiuotas ES paplitimas buvo aukštesnis nei tikėtasi pagal Dixon ir Snorrason pilotinio tyrimo dažnio rezultatą, stebėtą aknės pacientams. Minėtame tyrime taip pat naudoti pačių respondentų atsakymai apie odos būklę ir kliniškai reikšminga ekskoriacija vertinta SPS-R ≥ 9 kriterijumi. Kliniškai reikšmingas odos krapštymas nustatytas 21,9% dermatologinių pacientų, tačiau aknės grupėje (33,8%, $n = 80$) jis buvo didžiausias ir siekė 43%. Rezultatų skirtumą (62,4% prieš 43%) galėjo lemti imties demografiniai ypatumai: tyrime moterys sudarė 67,9% (100% mūsų imtyje), amžiaus vidurkis buvo 34,18 m. (22,8 m. mūsų imtyje) [11]. Aukštas ES dažnis tarp jaunų moterų atitinka ES epidemiologinius duomenis, kurie nurodo padidintą sutrikimo riziką šioje demografinėje grupėje [26]. Dixon ir Snorrason tyrime, analogiškai mūsų rezultatų analizei, stebėta odos ligų sunkumo ir ekskoriacijos balų koreliacija [11]. Taigi, nors dažniai varijuoja, abiejų tyrimų rezultatai patvirtina didelę ekskoriacijos naštą akne sergantiesiems.

Spitzer et al. tyrime autoriai ES paplitimą odos ligų pacientų grupėje (52,6% moterų, vidutinis amžius 52,8 m.) tikrino naudojant SPS-R ≥ 7 kriterijų. ES slenkstį pasiekė 26,3% dalyvių (taikant 9 balų lygmenį – 23,3%). Aukščiausias ir artimiausias mūsų tyrimui dažnis – 50%, rastas tarp atopiniu dermatitu sergančių tiriamųjų.

Išanalizavus šio tyrimo duomenis, buvo nustatyta neigiama amžiaus koreliacija su odos krapštymo sunkumu. Dažnesnė ekskoriacija jauname amžiuje stebima kai kurių ES epidemiologinių tyrimų neklinikinėse imtyse, tačiau kiti šios tendencijos nepatvirtina [8,68,69]. Viena iš prielaidų, aiškinančių koreliaciją, yra ES ankstyva, kaip ligos, pradžia paauglystėje [5]. Esama duomenų, kad sutrikimui prasidėjus anksčiau, sutrikimo eiga yra sunkesnė [30]. Kita vertus, Klosowska et al. (2021) šią sąsają net neklinikinėje imtyje aiškina aknės paplitimu jaunų žmonių populiacijoje [70]. Dixon ir Snorrason tyrime, kurio didžiausią imties dalį sudarė aknės pacientai, autoriai taip pat stebėjo šią neigiamą koreliaciją [11], tačiau Spitzer et al. odos ligų pacientų grupėje jos nerado [12].

Iš turimų duomenų galima spręsti, kad jaunesnis amžius yra potencialus nepriklausomas rizikos faktorius ekskoriacijai, tačiau aknė taip pat galėjo turėti įtakos šiam rezultatui.

Mūsų žiniomis, tai yra pirmasis ES paplitimo tyrimas tarp akne sergančių pacientų. Pasirinkimas apriboti analizę ties viena odos liga leido surinkti pakankamai didelę imtį ir specifiškiau, lyginant su ankstesniais tyrimais, įvertinti ES simptomus aknės liga sergantiesiems. Nors nebuvo įtraukta kontrolinė grupė, plačiausiai naudojamo ir validaus SPS-R klausimyno kaip tyrimo priemonės parinkimas leido tiksliau palyginti odos krapštymo balus su rezultatais iš kitų epidemiologinių tyrimų neklinikinių imčių.

Tyrimo imtis buvo sudaryta tik moteriškosios lyties ir daugiausiai jauno amžiaus dalyvių. Iš vienos pusės, aknė suaugusiems dažniausiai pasireiškia būtent šioje demografinėje grupėje [71]. Kita vertus, tai neleidžia įvertinus gautus rezultatus daryti apibendrinimų visai aknės pacientų populiacijai. Svarbus tyrimo trūkumas yra tai, kad aknės ir ekskoriacijos požymių vertinimas remiasi tik pačių respondenčių apibūdinimu. Paplitimo tyrimuose tai įprastai sukelia matuojamo vieneto dažnio pervertinimus [72]. Nors tokia metodika leidžia įtraukti daugiau dalyvių ir SPS-R pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis, klinikinis diagnostinis interviu padėtų specifiškiau atpažinti pataloginį odos krapštymą. Dalyvių aknės diagnozė, sunkumas, krapštymo sukeltas odos pažeidimas taip pat būtų nustatomi tiksliau odos ligų specialisto. Vis dėlto pasirinkus SPS-R ekskoriacijos simptomatikai matuoti, būtų vertinga pilotiniu tyrimu įvertinti parengtos lietuviškos skalės versijos psichometrinės savybės. Pabaigai, šiuo skerspjūvio tyrimu buvo apskaičiuotas ES dažnis tik tyrimo atlikimo laiku, o ne tiriamųjų ES sergamumas viso gyvenimo periodu. Gauti rezultatai atskleidžia stiprias sutrikimų sąsajas, tačiau priežastinių ryšių analizei reikalingi tęstiniai tyrimai.

9. IŠVADOS IR PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Iš apklausos duomenų galime spręsti, kad ekskoriacija tarp akne sergančių moterų yra dažna. Dauguma (89,6%) tyrimo dalyvių nurodė krapštančios odą. Vidutinis bendras Atnaujintos odos krapštymo skalės įvertis buvo 10,55 iš 32. Įvertinus tai, kad kliniškai reikšmingo odos krapštymo kriterijus skalėje yra 9, matyti, kad odos krapštymas tiriamųjų grupėje kelia didelę našą. Simptomų sunkumo („Kaip dažnai jaučiate norą krapštyti odą?“) subskalės vidutiniai balai buvo aukštesni nei pažeidimo („Ar dėl odos krapštymo vengiate ką nors veikti, kur nors eiti ar su kuo nors bendrauti?“) subskalės. Daugiau nei viena iš dešimties (11,8%) tiriamųjų jautė itin stiprų norą krapštyti odą. 88,2% dalyvių oda tyrimo metu buvo bent šiek tiek pažeista dėl odos krapštymo.
2. Tyrimo rezultatų analizė atskleidžia keletą aknės veiksnių ir ekskoriacijos sąsajų. Tiriamųjų grupėje respondenčių įvertintas aknės sunkumas buvo susijęs su odos krapštymu. Sergančios uždegiminiais spuogais (vidutinio sunkumo akne) surinko aukštesnius Atnaujintos odos krapštymo skalės teiginių įverčius nei sergančios komedoniniais spuogais (lengva akne). Skirtingų gydymo metodų pasirinkimas nebuvo reikšmingai susijęs su ekskoriacijos įpročiu, tačiau identifikuotas ryšys su gydymo efektyvumo įvertinimu. Aukštesnis gydymo efektyvumas neigiamai koreliavo su surinktu ekskoriacijos balu. Atsakymai apie krapštymo pasekmes taip pat buvo susiję su ekskoriacijos sunkumu. Dalyvės, kurios teisingai įvardijo ilgesnį gijimą, žaizdas ir randus, kaip galimas krapštymo komplikacijas, reikšmingai dažniau surinko aukštesnį krapštymo balą. Teigiančios, kad ekskoriacija neturi neigiamo poveikio odai – reikšmingai žemesnį balą. Respondenčių amžius buvo susijęs su odos krapštymu: jaunesnių dalyvių ekskoriacija buvo intensyvesnė. Regresijos modelis atskleidė, kad didesnis amžius ir gydymo efektyvumas neigiamai prognozuoja Atnaujintos odos krapštymo skalės balą. Vidutinė aknė, lyginant su lengva, prognozuoja aukštesnį balą.
3. Kliniškai reikšminga ekskoriacija (Atnaujintos odos krapštymo skalė ≥ 9) nustatyta 62,4% tiriamųjų. Išanalizavus paplitimo duomenis bendrosiose populiacijose galima teigti, kad aknė yra stipriai susijusi su ES. Šios tiriamųjų grupės aknė buvo sunkesnė ir jos gydymo efektyvumas vertintas prasčiau. Mūsų tyrimo rezultatai prisideda turimų įrodymų prielaidai apie aukštą dermatologinių ligų ir neurogeninės ekskoriacijos komorbidiškumą.

Praktinės rekomendacijos:

1. Sveikatos priežiūros specialistams, gydantiems pacientus dėl aknės, kurie spauda ar krapšto bėrimo pažeistą odą, svarbu įvertinti obsesinį-kompulsinį šio elgesio mechanizmą ir sunkumą nustoti krapštyti. Odos ligomis sergantys asmenys, remiantis mūsų ir kitų tyrimų rezultatais, turi didesnę ekskoriacijos sutrikimo riziką. Odos krapštymas, iš pažiūros „blogas įprotis“, gali lemti sunkų odos pažeidimą ir didelę psichosocialinę naštą pacientams.
2. Odą krapštantiems pacientams efektyvus aknės gydymas gali padėti sumažinti norą krapštyti ir nutraukti ar apriboti kompulsinius veiksmus. Iš stebimų aknės ir odos krapštymo sutrikimo sąsajų galima spręsti, kad dermatologijos ir psichikos sveikatos specialistų bendradarbiavimas yra svarbus gydant pacientus, kurie serga ekskoriacine akne. Kliniškai reikšmingo, sunkaus krapštymo atpažinimas ir nukreipimas psichologinei pagalbai, kartu pritaikant aknės gydymą, šiai pacientų grupei gali padėti pasiekti geriausių rezultatų.

10. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin Picking Disorder. *AJP*. 2012 Nov;169(11):1143–9.
2. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Jul 14;13:1867–72.
3. Torales J, Díaz NR, Barrios I, Navarro R, García O, O'Higgins M, et al. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatol Ther*. 2020 Jul;33(4):e13661.
4. Machado MO, Köhler CA, Stubbs B, Nunes-Neto PR, Koyanagi A, Quevedo J, et al. Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. *CNS Spectrums*. 2018 Oct;23(5):311–20.
5. Grant JE, Chamberlain SR. Characteristics of 262 adults with skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2022 Aug 1;117:152338.
6. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry*. 2010;51(2):183–6.
7. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *General Hospital Psychiatry*. 2008 Jan 1;30(1):61–6.
8. Grant JE, Chamberlain SR. Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2020 Nov 1;130:57–60.
9. Johnsen N, Poppens M, Cheng K. Acne excoriée: Diagnostic overview and management. *Int J Dermatol*. 2024 May;63(5):565–71.
10. Singh A, Anjankar VP, Sapkale B. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Comprehensive Review of Diagnosis, Comorbidities, and Treatment Approaches. *Cureus*. 2023 Nov 17;15(11):e48960.
11. Dixon LJ, Snorrason Í. Prevalence and clinical characteristics of skin picking among adults with skin disease symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019 Jul 1;22:100454.
12. Spitzer C, Lübke L, Lindstädt T, Gallinat C, Tietze JK, Emmert S, et al. Prevalence of pathological skin-picking in dermatological patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2022 Mar 1;147:232–6.
13. Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol*. 2015 Jul;172 Suppl 1:3–12.

14. Najera DB. Body-focused repetitive behaviors: Beyond bad habits. *JAAPA*. 2022 Feb;35(2):28.
15. Houghton DC, Alexander JR, Bauer CC, Woods DW. Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought? *Psychiatry Research*. 2018 Dec 1;270:389–93.
16. Grant JE, Stein DJ, Woods DW, Keuthen NJ, editors. *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012. xv, 252 p.
17. Johnsen N, Poppens M, Cheng K. Acne excoriée: Diagnostic overview and management. *Int J Dermatol*. 2024 May;63(5):565–71.
18. Acne Excoriée - American Osteopathic College of Dermatology (AOCD) [Internet]. [cited 2025 Mar 21]. Available from: <https://www.aocd.org/page/AcneExcoriee>
19. Grant JE, Stein DJ. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. *Braz J Psychiatry*. 2014;36:59–64.
20. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013.
22. Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord*. 2011 Jan;25(1):88–95.
23. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania and Skin-Picking Disorder: An Update. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021 Oct;19(4):405–12.
24. Kwon C, Sutaria N, Khanna R, Almazan E, Williams K, Kim N, et al. Epidemiology and Comorbidities of Excoriation Disorder: A Retrospective Case-Control Study. *J Clin Med*. 2020 Aug 21;9(9):2703.
25. LeBlanc MA, Hudec MA, Weise L. A case report of an atypical severe case of skin picking disorder managed by a multidisciplinary team. *BMC Psychiatry*. 2024 Mar 28;24(1):238.
26. Farhat LC, Reid M, Bloch M, Olfson E. Prevalence and gender distribution of excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2023 May;161:412–8.
27. Odlaug BL, Lust K, Schreiber LRN, Christenson G, Derbyshire K, Grant JE. Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):168–73.
28. Grant JE, Chamberlain SR. Skin Picking Disorder: Does A Person's Sex Matter? *Ann Clin Psychiatry*. 2022 Feb 1;34(1):15–20.

29. Madan SK, Davidson J, Gong H. Addressing body-focused repetitive behaviors in the dermatology practice. *Clinics in Dermatology*. 2023 Jan 1;41(1):49–55.
30. Ricketts EJ, Snorrason I, Kircanski K, Alexander JR, Thamrin H, Flessner CA, et al. A Latent Profile Analysis of Age of Onset in Pathological Skin Picking. *Compr Psychiatry*. 2018 Nov;87:46–52.
31. Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev*. 2011 Nov;31(7):1083–100.
32. Odlaug BL, Grant JE. Childhood-onset pathologic skin picking: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 2007;48(4):388–93.
33. Grant JE, Valle S, Aslan IH, Chamberlain SR. Clinical presentation of body-focused repetitive behaviors in minority ethnic groups. *Compr Psychiatry*. 2021 Nov;111:152272.
34. Valle S, Chesivoir EK, Grant JE. Characteristics and treatment seeking in an adult Hispanic population with trichotillomania and skin picking disorder. *Psychiatry Research*. 2022 Sep 1;315:114706.
35. Monzani B, Rijdsdijk F, Cherkas L, Harris J, Keuthen N, Mataix-Cols D. Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2012 Jul;159B(5):605–10.
36. Grant JE, Leppink EW, Chamberlain S, Redden SA, Curley E, Odlaug BL, et al. Does Comorbidity Matter in Body Focused Repetitive Behavior Disorders? *Ann Clin Psychiatry*. 2016 Aug;28(3):175–81.
37. Spitzer C, Lübke L, Müller S, Lindstädt T, Gallinat C. Childhood maltreatment, traumatic experiences, and posttraumatic stress disorder in pathological skin picking: An online case-control study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;78:9–13.
38. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, et al. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15;190:663–74.
39. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(6):487–93.
40. Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 1):S131–5.
41. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL. Skin picking disorder with co-occurring body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2015 Sep 1;15:44–8.
42. Gallinat C, Moessner M, Claes L, Müller A. Skin picking in patients with obesity: Associations with impulsiveness and self-harm. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2019;60(4):361–8.

43. Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord.* 2011 Jan;25(1):88–95.
44. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of Anxiety Disorders.* 2010 Dec 1;24(8):823–9.
45. Anderson S, Clarke V. Disgust, shame and the psychosocial impact of skin picking: Evidence from an online support forum. *J Health Psychol.* 2019 Nov;24(13):1773–84.
46. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Chamberlain SR. Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry Res.* 2016 May 30;239:68–71.
47. Jafferany M, Patel A. Skin-Picking Disorder: A Guide to Diagnosis and Management. *CNS Drugs.* 2019 Apr;33(4):337–46.
48. Schuck K, Keijsers GPJ, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther.* 2011 Jan;49(1):11–7.
49. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif.* 2006 Jul;30(4):411–22.
50. Capriotti MR, Ely LJ, Snorrason I, Woods DW. Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Excoriation (Skin-Picking) Disorder in Adults: A Clinical Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2015 May 1;22(2):230–9.
51. Swierkosz-Lenart K, Dos Santos JFA, Elowe J, Clair AH, Bally JF, Riquier F, et al. Therapies for obsessive-compulsive disorder: Current state of the art and perspectives for approaching treatment-resistant patients. *Front Psychiatry.* 2023 Feb 16;14:1065812.
52. Keuthen NJ, Jameson M, Loh R, Deckersbach T, Wilhelm S, Dougherty DD. Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *Int Clin Psychopharmacol.* 2007 Sep;22(5):268–74.
53. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D. Sertraline in the Treatment of Neurotic Excoriations and Related Disorders. *Archives of Dermatology.* 1996 May 1;132(5):589–90.
54. Arbabi M, Farnia V, Balighi K, Mohammadi M, Nejati-Safa A, Yazdchi K, et al. Efficacy of Citalopram in Treatment of Pathological Skin Picking, A Randomized Double Blind Placebo Controlled Trial. *Acta Medica Iranica.* 2008;367–72.
55. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry.* 1997 Aug;58(8):341–7.

56. Lee DK, Lipner SR. The Potential of N-Acetylcysteine for Treatment of Trichotillomania, Excoriation Disorder, Onychophagia, and Onychotillomania: An Updated Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 24;19(11):6370.
57. Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Kim SW. N-Acetylcysteine in the Treatment of Excoriation Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2016 May 1;73(5):490–6.
58. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *J Clin Psychiatry*. 2007 Sep;68(9):1384–91.
59. 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*. 2010 Aug;30(4):396–403.
60. Bernardes C, Mattos P, Nazar BP. Skin picking disorder comorbid with ADHD successfully treated with methylphenidate. *Braz J Psychiatry*. 2018 Feb 24;40(1):110–1.
61. Naing L, Nordin RB, Abdul Rahman H, Naing YT. Sample size calculation for prevalence studies using Scalex and ScalaR calculators. *BMC Medical Research Methodology*. 2022 Jul 30;22(1):209.
62. Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The Skin Picking Scale-Revised: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012 Apr 1;1(2):133–7.
63. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The Skin Picking Scale: Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001 Jun 1;50(6):337–41.
64. Snorrason I, Keuthen NJ, Lee HJ, Beard C, Björgvinsson T. Skin Picking Scale-Revised: Diagnostic accuracy and optimal cut-off scores in university and psychiatric settings. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2022 Jul 1;34:100743.
65. Barrios I, Jafferany M, Ruiz Díaz N, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Torales J. Psychometric properties of the Spanish version of the Skin Picking Scale-Revised (SPS-R). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2020 Oct 1;27:100586.
66. Calikusu C, Kucukgoncu S, Tecer Ö, Bestepe E. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. *Behav Modif*. 2012 Jan;36(1):49–66.
67. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif*. 2002 Jul;26(3):320–39.

68. Solley K, Turner C. Prevalence and correlates of clinically significant body-focused repetitive behaviors in a non-clinical sample. *Compr Psychiatry*. 2018 Oct;86:9–18.
69. Khatib HA, Alghamdi WA, Subki AH, Butt NS, Alsallum MS, Alsulaimani AS, et al. Prevalence of and Risk Factors for Skin Picking Disorder Symptoms Among Adults in an Arab Middle Eastern Population: A Cross-Sectional Study. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:2583–91.
70. Kłosowska J, Antosz-Rekucka R, Kałużna-Wielobób A, Prochwicz K. Dissociative Experiences Mediate the Relationship Between Traumatic Life Events and Types of Skin Picking. Findings From Non-clinical Sample. *Front Psychiatry*. 2021;12:698543.
71. Kutlu Ö, Karadağ AS, Wollina U. Adult acne versus adolescent acne: a narrative review with a focus on epidemiology to treatment. *An Bras Dermatol*. 2023;98(1):75–83.
72. Thombs BD, Kwakkenbos L, Levis AW, Benedetti A. Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *CMAJ*. 2018 Jan 15;190(2):E44–9.

11. PRIEDAS NR.1

Atnaujinta odos krapštymo skalė (SPS-R)

(Saugoma 2012 m. Nancy J. Keuthen autoriaus teisių)

Nurodymai: Kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymą, kuris geriausiai apibūdina praėjusią savaitę. Jei pasitaiko geresnių ir blogesnių dienų, stenkitės įvertinti praėjusios savaitės vidurkį. Prieš pasirinkdami variantą, būtinai perskaitykite visus kiekvieno klausimo atsakymus.

1) Kaip dažnai jaučiate norą krapštyti odą?

- 0 Nejaučiu tokio noro.
- 1 Nedidelis noras – retkarčiais kyla noras krapštyti odą, bet mažiau nei 1 val. per dieną.
- 2 Vidutinis noras – dažnai apie 1-3 val. per dieną jaučiu norą krapštyti odą.
- 3 Stiprus noras – labai dažnai kyla noras krapštyti odą, daugiau nei 3 val. ir iki 8 val. per dieną.
- 4 Itin stiprus noras – nuolat arba beveik visada norisi krapštyti odą.

2) Kaip intensyviai ar stipriai norisi krapštyti odą?

- 0 Minimaliai arba nesinori
- 1 Nesmarkiai
- 2 Vidutiniškai
- 3 Smarkiai
- 4 Labai smarkiai

3) Kiek laiko per dieną praleidžiate krapštydami odą?

- 0 Niekada nekrapštau odos.
- 1 Šiek tiek – praleidžiu mažiau nei 1 val. per dieną krapštydamas (-a) odą arba ją krapštau tik retkarčiais.
- 2 Vidutiniškai – praleidžiu 1-3 val. per dieną krapštydamas (-a) odą arba ją krapštau dažnai.
- 3 Daug – praleidžiu daugiau nei 3 ir iki 8 val. per dieną krapštydamas (-a) odą arba labai dažnai ją krapštau.
- 4 Labai daug – praleidžiu daugiau nei 8 val. per dieną krapštydamas (-a) odą arba beveik nuolat ją krapštau.

- 4) **Kaip Jums pavyksta suvaldyti norą krapštyti odą? Kaip Jums sekasi sustabdyti save ir nekrapštyti odos?**
- 0 Visiškai susivaldau – visada pavyksta save sustabdyti ir nekrapštyti odos.
 - 1 Dažnai susivaldau – dažniausiai pavyksta save sustabdyti ir nekrapštyti odos.
 - 2 Iš dalies susivaldau – kartais pavyksta save sustabdyti ir nekrapštyti odos.
 - 3 Beveik nesusivaldau – retai pavyksta save sustabdyti ir nekrapštyti odos.
 - 4 Visiškai nesusivaldau – niekada nepavyksta savęs sustabdyti ir nekrapštyti odos.
- 5) **Kaip stipriai jaučiate emocinį diskomfortą (nerimą ir (arba) susirūpinimą, frustraciją, depresiją, beviltiškumą ar menką savigarbą) dėl odos krapštymo?**
- 0 Emocinio diskomforto dėl odos krapštymo nejaučiu.
 - 1 Nestipriai – dėl odos krapštymo jaučiu tik nestiprų emocinį diskomfortą. Kartais jaučiu emocinį diskomfortą dėl odos krapštymo, bet jis nedidelis.
 - 2 Vidutiniškai – dėl odos krapštymo jaučiu gana stiprų emocinį diskomfortą. Dažnai jaučiu emocinį diskomfortą dėl odos krapštymo.
 - 3 Stipriai – dėl odos krapštymo jaučiu didelį emocinį diskomfortą. Beveik visada jaučiu emocinį diskomfortą dėl odos krapštymo.
 - 4 Labai stipriai – nuolatinis emocinis diskomfortas. Nuolat jaučiu emocinį diskomfortą ir neturiu jokios vilties, kad situacija pasikeis.
- 6) **Kiek odos krapštymas trukdo Jūsų socialiniam gyvenimui ir darbui arba pareigų atlikimui? (Jei šiuo metu nedirbate, įvertinkite, kiek tai turėtų įtakos Jūsų veiklai, jei dirbtumėte.)**
- 0 Netrukdo.
 - 1 Šiek tiek – tai daro nedidelę įtaką socialinei ar profesinei veiklai, tačiau iš esmės netrukdo.
 - 2 Vidutiniškai – tai tikrai daro įtaką socialiniam gyvenimui ar darbui, bet dar galiu susitvarkyti.
 - 3 Stipriai – tai labai apsunkina socialinę ar profesinę veiklą.
 - 4 Labai stipriai – nieko negaliu daryti.

7) Ar dėl odos krapštymo vengiate ką nors veikti, kur nors eiti ar su kuo nors bendrauti? Jei taip, kaip stipriai vengiate tokios veiklos?

- 0 Nevengiu.
- 1 Šiek tiek – retkarčiais vengiu socialinės ar darbo aplinkos.
- 2 Vidutiniškai – dažnai vengiu socialinės ar darbo aplinkos.
- 3 Stipriai – labai dažnai vengiu socialinės ar darbo aplinkos.
- 4 Labai stipriai – dėl odos krapštymo ir draskymo vengiu bet kokios socialinės ir darbo aplinkos.

8) Kaip stipriai pažeista Jūsų oda dėl odos krapštymo? Įvertinkite tik tokius pažeidimus, kurie atsirado dėl odos krapštymo.

- 0 Nepažeista (dėl odos krapštymo pažeidimų nėra).
- 1 Šiek tiek (nedideli pažeidimai – šašiuukai, žaizdelės, įbrėžimai ir kt. Pažeidimai užima labai nedidelį plotą, nesistengiu jų paslėpti ar gydyti).
- 2 Vidutiniškai (pastebimi randeliai, šašai ar atviros žaizdelės (<1 cm skersmens). Krapštymo padarytą žalą, kuriai nereikia gydytojo pagalbos, stengiuosi paslėpti arba gydyti namų sąlygomis, pvz., pleistrais, kremais, tepaliukais).
- 3 Stipriai (dideli randai, šašai ar atviros žaizdos (>1 cm skersmens), infekcijos pažeistos vietos, pastebimai pažeista oda. Krapštymo padarytą žalą stengiuosi paslėpti, o periodiškai prireikia gydytojo pagalbos, pvz., receptinių antibiotikų, dermabrazijos procedūrų ir pan.).
- 4 Labai stipriai (didelės atviros žaizdos ar įtrūkimai, dažnas kraujavimas, dideli randai. Norint paslėpti pažeidimus, reikia daug pastangų ir gydytojo pagalbos, pvz., plastinės operacijos, siūlių, gydymo ligoninėje ir kt.).

12. PRIEDAS NR.2

1) Jūsų lytis:

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras
- ☐ Nebinarinė

2) Jūsų amžius: ____

3) Ar sergate akne?

- ☐ Taip
- ☐ Ne

4) Kaip vertinate aknės sunkumą?

- ☐ Lengva forma - uždari ir atviri komedonai
- ☐ Vidutinė forma - papulės, pūlinukai
- ☐ Sunki forma - mazgai, cistos

5) Kokį(-ius) aknės gydymo būdą(-us) naudojate?

- ☐ Vietinis: retinoidai, antibiotikai, benzoilo peroksidas, rūgštys (azelainė, salicilo, glikolio)
- ☐ Sisteminis: Roaccutane, antibiotikai, sudėtiniai peroraliniai kontraceptikai
- ☐ Cheminiai pylingai, mikrodermabrazija, mechaninis komedonų šalinimas
- ☐ Šviesos/lazerinė terapija
- ☐ Nenaudoju specifinių priemonių aknei

6) Kaip vertinate gydymo veiksmingumą?

- ☐ Labai gerai
- ☐ Gerai
- ☐ Patenkinamai
- ☐ Blogai
- ☐ Labai blogai

7) Ar spaudžiate spuogus/kitaip krapštote odą?

- ☐ Taip
- ☐ Ne

8) Kokį(-ius) neigiamą(-us) efektą(-us) odai siejate su aknės bėrimų krapštymu?

- ☐ Ilgesnis spuogų gijimas, žaizdos
- ☐ Infekcijos
- ☐ Randai
- ☐ Tai neturi neigiamo poveikio odai

Kita: _____