

Pseudoptosis Secondary to Psychogenic Disorder

Bagheri A, MD; Pakravan M, MD; Abbasnia E, MD*; Roshani M, MD; Salehirad S, MD

Ophthalmic Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: oyan_968@yahoo.com

Purpose: To report two cases of conversion disorder with unilateral psychogenic pseudoptosis.

Case reports: The first case was 21 years old man who developed sudden ptosis of his left eye, since 2 weeks ago. The patient had episodes of upper lid drooping during the last 7 months; the second case was a 10 years old girl with history of ptosis since 6 months, after viral conjunctivitis. All neurological and paraclinical evaluations were normal in both cases. Symptoms which in both patients differentiated psychogenic pseudo ptosis from true ptosis included: ipsilateral brow ptosis with orbicularis oculi muscle spasm, reverses ptosis of the lower lid of the affected eye and involuntary Bells or reverse Bells phenomena in the ptotic eye. Also psychological stressors (legal, financial and family stress) before the onset of symptoms must be considered. After diagnosing psychogenic pseudoptosis the patients should be referred to psychologists, and after successful treatment complete recovery was happened.

Conclusions: Psychogenic pseudoptosis must be considered in the differential diagnosis of ptosis. Early diagnosis and treatment is essential not only for good outcome, but also it prevents extra clinical and Para clinical evaluation and even intervention

Keywords: Conversion, Hysteria, Pseudoptosis, Ptosis, Psychogenic Disorder

• Bina J Ophthalmol 2013; 18 (3): 353-358.

Received: 17 August 2012

Accepted: 5 October 2012

افتادگی کاذب پلک ثانویه به اختلالات روانی

دکتر عباس باقری^۱، دکتر محمد پاکروان^۱، دکتر احسان عباس‌نیا^۲، دکتر مریم روشنی^۲ و دکتر شهرام صالحی‌راد^۲

هدف: گزارش دو مورد نادر افتادگی کاذب پلک ثانویه به اختلالات تبدیلی.

معرفی بیماران: بیمار اول آقای ۲۱ ساله‌ای بود که با افتادگی ناگهانی پلک فوقانی چپ از دو هفته پیش مراجعه نمود. بیمار سابقه دوره‌هایی از افتادگی همان پلک با بهبودی خودبه‌خود را ذکر می‌کرد. مورد دوم دختری ۱۰ ساله با افتادگی پلک فوقانی چپ از ۶ ماه پیش بود که بعد از التهاب ملتحمه‌ای ویروسی در همان چشم ایجاد شده بود. در هر دو بیمار معاینات و تمام ارزیابی‌های عصبی و آزمایشگاهی طبیعی بود. علائم و نشانه‌هایی تمایزدهنده افتادگی کاذب پلک از علل افتادگی واقعی پلک عبارت بودند از: افتادگی ابرو و انقباض عضله اربیکولاریس اکولی در همان طرف، پتوز معکوس پلک پایین چشم درگیر و پدیده Bells و Bells معکوس. همچنین در تاریخچه آنان عوامل استرس‌زای روانی زمینه‌ساز نیز موجود بود. هر دو بیمار پس از تشخیص اختلال تبدیلی، به روانپزشک ارجاع گردیدند و پس از طی دوره درمان، بهبودی کامل حاصل شد.

نتیجه‌گیری: پتوز کاذب ناشی از اختلال تبدیلی باید در فهرست تشخیص افتراقی بیماران با تظاهر پتوز در نظر گرفته شود زیرا تشخیص به موقع و اقدامات درمانی روانی در مراحل اولیه بیماری نه تنها کمک شایانی در بهبود روند کلی بیماری می‌نماید بلکه از ارزیابی‌ها و مداخلات بی‌مورد جراحی نیز جلوگیری به عمل خواهد آورد.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۲؛ دوره ۱۸، شماره ۳: ۳۵۸-۳۵۳.

• پاسخ‌گو: دکتر احسان عباس‌نیا (e-mail: oyan_968@yahoo.com)

دریافت مقاله: ۲۷ مرداد ۱۳۹۱

تایید مقاله: ۱۴ مهر ۱۳۹۱

۱- استاد- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- دستیار چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تهران- پاسداران- بوستان نهم- خیابان پایدارفرد (خیابان امیر ابراهیمی)- پلاک ۲۳- مرکز تحقیقات چشم

مقدمه

اختلالات تبدیلی یا هیستریا (Conversion Disorder) از شایع ترین علل ناتوانی های سیستم عصبی مرکزی هستند که در چشم پزشکی (نوروفتالمولوژی) با آن مواجهیم.

اختلال تبدیلی توسط انجمن روانپزشکان آمریکا (DSM IV 4- Diagnostic and Statistical Manual) به صورت هر گونه نقص در عملکرد دستگاه های حسی یا حرکتی که با یافته های بالینی و بررسی های پاراکلینیکی انجام شده در بیمار قابل توجیه نباشد و پس از استرس و یا تعارضات روان شناختی به وجود آید، تعریف می شود^۱. شایع ترین تظاهرات این بیماری در چشم پزشکی و نوروفتالمولوژی شامل نابینایی، دوبینی و اختلال در حرکات چشم (Gaze Palsies) می باشد. افتادگی پلک از تظاهرات ناشایع اختلال تبدیلی است^{۲-۴} که در این مقاله دو مورد از آن گزارش می شود. به علاوه علایم و نشانه هایی که تمایز دهنده افتادگی کاذب پلک از نوع واقعی آن می باشند، توصیف می گردند.

معرفی بیماران

مورد اول

آقای ۲۱ ساله ای با شکایت افتادگی ناگهانی پلک بدون کاهش دید از دو هفته پیش به درمانگاه چشم بیمارستان لبافی نژاد مراجعه نمود. بیمار سابقه دوره هایی از افتادگی پلک در ۷ ماه گذشته را ذکر می کرد که خودبه خود بهبود یافته بود. افتادگی پلک

ایشان در طول روز بدون تغییر بوده است. وی تاریخچه ای از افتادگی پلک در افراد خانواده و یا سابقه جراحی و یا ضربه به سر یا صورت را ذکر نمی کرد. بیمار کارگر بود و در وضعیت اقتصادی پایین قرار داشت. وی ۸ ماه پیش ازدواج نموده بود و از سردردهایی که در مشاجرات خانوادگی تشدید می شد شکایت می کرد که ارتباط زمانی بین سردرد و افتادگی پلک وجود نداشت. بیمار سابقه ای از دوبینی، اشکریزش و یا ضعف، سستی، کاهش وزن و کاهش حجم عضلات را ذکر نمی کرد و اختلال در تکلم و یا بلع نداشت. در معاینات، دید هر دو چشم ۱۰/۱۰ بود و عیب انکساری وجود نداشت. اندازه مردمک در هر دو چشم مساوی و واکنش آن ها به نور قرینه و طبیعی بود. هم چنین حرکات هر دو چشم طبیعی بود. افتادگی کامل پلک فوقانی سمت چپ به همراه افتادگی خفیف تر در چشم راست مشاهده می شد (تصویر ۱-الف).

نشانه ای از التهاب وجود نداشت. افتادگی پلک سمت چپ به همراه چین های پوستی در پلک در مسیر عضله اربیکولاریس پلک فوقانی مشهود بود و در نگاه به بالا واضح تر می شد. چین های پیشانی غیرقرینه در سمت راست واضح تر بودند که حاکی از انقباض عضله فرونتالیس بود و با مهار آن افتادگی پلک در سمت راست اتفاق می افتاد (تصویر ۱-ب). بیمار پس از تشخیص به روانپزشک ارجاع داده شد و پس از روان درمانی و درمان دارویی، بهبودی کامل حاصل شد (تصویر ۱-ج).



ج



ب



الف

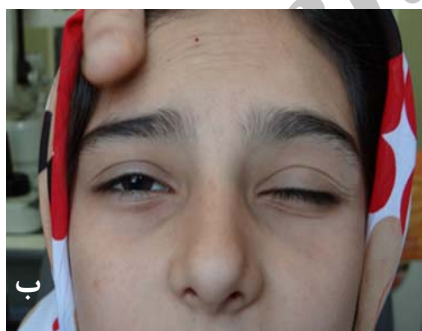
تصویر ۱- الف) افتادگی ابروی سمت چپ و بالاتر بودن وضعیت ابروی چشم راست. به برجسته بودن چین های پوستی پیشانی در سمت راست که ناشی از فعالیت عضله پیشانی است و چین های پوستی برجسته در مسیر عضله اربیکولاریس که نشانه پرکاری آن است دقت کنید. ب) بیمار از عضله فرونتالیس جهت باز نگه داشتن شکاف پلکی استفاده می کند به گونه ای که با مهار عملکرد عضله فرونتالیس پتوز کامل دوطرفه مشخص می شود. هم چنین افتادگی ابروی سمت چپ بیمار نیز برطرف می شود. ج) بیمار پس از درمان

مورد دوم

دختر ۱۰ ساله‌ای با افتادگی پلک سمت چپ به درمانگاه چشم بیمارستان لسانی‌نژاد مراجعه نمود. بیمار سابقه‌ای از عفونت ویروسی چشم به همراه ترشحات و التهاب در ۶ ماه گذشته را ذکر می‌کرد که پس از آن دچار افتادگی پلک سمت چپ شده بود. بیمار فوق با تشخیص جداسازی عضله لواتور پلک فوقانی ثانویه به کراتوکونژنکتیویت قدیمی اپیدمیک (EKC) کاندید عمل جراحی Levator Advancement در یکی از مراکز درمانی مرجع بود ولی با تشدید پتوز و اختلال عملکردی به این مرکز مراجعه نمود. در شرح حال اخذ شده از بیمار، مشخص شد که وی دو ماه قبل از بروز افتادگی پلک در مدرسه به دلیل قدرت یادگیری پایین، عدم توجه به فرامین معلم و قوانین مدرسه و انجام ندادن تکالیف مدرسه توسط آموزگار تنبیه شده بود. خانواده وی به لحاظ اقتصادی و اجتماعی در سطح پایینی قرار داشت و او به همراه خواهرش دو فرزند خانواده‌ای بودند که به لحاظ فرهنگی داشتن فرزند پسر در خانواده ارزش محسوب می‌شد. مادر و خواهر وی نیز سابقه مشکلات روحی و روانی داشتند.

در معاینات بالینی، دید هر دو چشم ۱۰/۱۰ و فاقد عیب انکساری بود. در واکنش به نور، مردمک‌ها و حرکات چشم‌ها طبیعی بود و افتادگی کامل پلک سمت چپ به همراه افتادگی خفیف‌تر در سمت راست مشاهده می‌شد. به علاوه چین‌های پوستی واضح روی پلک چپ که نشان از فعالیت عضله

اربیکولاریس است، در نگاه به بالا برجسته‌تر بود (تصویر ۲- الف). در نگاه به بالا، جایگاه پلک تحتانی در چشم چپ بالاتر از پلک تحتانی چشم راست بود (Reverse-ptosis) (تصویر ۲- ب). شیار پلک فوقانی عمیق نبود و طبیعی به نظر می‌رسید. نکته دیگر در معاینه، انجام آزمون Reverse Bell's بود. وقتی می‌خواستیم که افتادگی پلک را با انگشت خود جبران کنیم، چشم بیمار به سمت پایین و داخل حرکت کرد (تصویر ۲- ج). پس از بستن کامل چشم راست بیمار، از وی درخواست شد مسیری مشخصی را بدون برخورد با موانع موجود در آن طی کند که او در اجرای این درخواست موفق بود. بیمار در طول معاینات انجام شده با بی‌تفاوتی خاصی تلاشی برای باز کردن پلک با انگشتش انجام نمی‌داد و به بیانی دیگر از نگاه کردن به روبرو اجتناب می‌ورزید (حالتی که در اختلال تبدیلی نابینایی هم مشاهده می‌شود). در معاینات اسلیت‌لامپ، جز کدورت‌های ساب‌اپی‌تلیال که ناشی از کراتوکونژنکتیویت قدیمی اپیدمیک (EKC) بود، یافته‌ی دیگری مشاهده نشد. حس قرنیه طبیعی بود. در معاینات شبکیه و عصب چشم‌ها، نکته غیر طبیعی وجود نداشت. برای بیمار، تصویربرداری CT اسکن از مغز و اربیت درخواست شده بود که طبیعی بودند. ارزیابی‌های پاراکلینیکی از قبیل بررسی عملکرد تیروئید، سطح سرمی آنتی‌استیل کولین، گیرنده آنتی‌بادی و الکترومیوگرافی عضلات مخطط صورت نیز طبیعی گزارش شدند.



تصویر ۲- الف) چین‌های پوستی برجسته در مسیر عضله اربیکولاریس نشانه پرکاری آن است. ب) بالاتر بودن وضعیت پلک پایین چشم چپ (پتوز معکوس) که در نگاه بالا واضح‌تر است. ج) پدیده Reverse Bells به صورت غیرارادی در این بیمار چشم به سمت داخل و پائین رفته است. د) وضعیت اصلاح شده در بیمار پس از درمان

این بیماری گزارش شده است^۴. عدم تشخیص برای بیماران می‌تواند همراه با نتایج زینباری مانند مداخلات درمانی و ارزیابی‌های پاراکلینیکی وسیع غیرضروری و هم‌چنین درگیر شدن متخصصین مختلف در روند تشخیص و درمان بیماری باشد که همگی مستلزم صرف هزینه و وقت بوده و به تاخیر افتادن تشخیص نیز بر پیش‌آگهی این بیماران تاثیر به‌سزایی دارد^۴.

علامه و نشانه‌هایی که پتوز کاذب را از دیگر علل پتوز متمایز می‌نمایند به شرح زیر می‌باشند.

الف) نظر به این که بروز نشانه‌های تبدیلی ارتباط واضحی با مسایل و مشکلات روانشناختی و استرس‌های محیطی دارد، توجه به شرح حال عمومی بیماران از قبیل وضعیت اقتصادی، اجتماعی و روانی و شرح کامل از وضعیت پزشکی گذشته آن‌ها و نه فقط تکیه بر ارزیابی چشمی، در تشخیص این بیماران موثر است. در صورت شک به اختلال تبدیلی بایستی عوامل استرس‌زا و تعارضات روحی و روانی بیمار تحت کاوش قرار گیرد، زیرا اغلب ارتباط زمانی نزدیکی بین بروز علامت و یک استرس یا هیجان شدید وجود دارد.

ب) در معاینه بالینی علاوه بر طبیعی بودن یافته‌های نورولوژیک، یافته‌های غیرطبیعی (Atypical) زیر در تشخیص پتوز کاذب ناشی از اختلال تبدیلی کمک‌کننده می‌باشند.

۱- وضعیت ابرو: ابرو در طرف درگیر معمولاً دچار افتادگی^{۳،۴،۷} و در سمت مقابل کمی بالاتر از حد طبیعی است که این حالت بیان‌کننده پرکاری عضله فرونتالیس است (تصویر ۱- الف).

۲- قانون Herring: بر اساس این قانون، میزان فرامین عصبی که به هر دو عضله همکار فرستاده می‌شود یکسان است^۳ و چون در این مورد دستوراتی که برای لواتور بلکی که دچار افتادگی شده به صورت ناخودآگاه مهار شده است، نتیجه این اثر در لواتور مقابل، پتوز خواهد بود (تصاویر ۱- الف و ۲- الف) این حالت در هر دو بیمار فوق صادق بود. این یافته بر خلاف پتوز واقعی است چرا که در آن صورت باید به خاطر پتوز یک طرف و دستورات افزایش یافته جبرانی که به لواتور آن صادر می‌شود لواتور سمت مقابل نیز متاثر شده و در طرف مقابل پتوز، یک Lag Ophthalmous را شاهد باشیم. با محدود کردن عملکرد عضله فرونتالیس وقتی از بیمار خواسته شد که به سمت بالا نگاه کند بیمار دچار پتوز دو طرفه شد (تصویر ۱- ج)، که این نشان از دو مساله دارد: یکی تأیید این که بیمار از عضله فرونتالیس برای باز کردن چشم مقابل استفاده می‌کند و عضله لواتور سمت مقابل مهار شده و دوم این که افتادگی ابروی سمت درگیر نیز کاذب بوده است.

با متخصص مغز و اعصاب مشاوره به عمل آمد که بیماری دستگاه عصبی مرکزی گزارش نشد. قبل از انجام آزمون تنسیلون با توجه به شواهدی دال بر اختلال تبدیلی جهت تأیید تشخیص، دارونما تجویز گردید. قبل از آن به بیمار شرح داده شد که دارو سریع‌الاثرو صد در صد مؤثر است و در صورت عدم پاسخ ممکن است بهبودی حاصل نشود. بلافاصله بعد از تجویز دارو، بیمار هر دو چشم خود را باز کرد و افتادگی پلک ایشان به طور کامل برطرف گردید (تصویر ۲- د) ولی مشکل بیمار پس از چند ساعت از دریافت دارونما عود کرد و بیمار پس از ارجاع به روانپزشک کودکان با تشخیص نقص توجه و اختلال تبدیلی، در همان زمینه مورد درمان و مراقبت روانپزشکی قرار گرفت و بعد از یک ماه بهبودی کامل یافت.

بحث

افتادگی پلک فوقانی معمولاً ناشی از نقص عملکرد عضله لواتور پلک فوقانی است که بر اساس زمان شروع آن به دو شکل مادرزادی و اکتسابی تقسیم می‌شود. در نوع اکتسابی شایع‌ترین علت، پتوز میوزنیک است. علل نوروزنیک (درگیری اعصاب اکولوموتور و یا شاخه‌های سمپاتیک گردنی) در جایگاه دوم قرار دارند و پتوز در اثر ضربه و مکانیکی (ناشی از توده، اسکار، درماتوشالازی و ...) نیز از دیگر علل افتادگی پلک می‌باشند^۵. در تشخیص افتراقی پتوز واقعی، افتادگی کاذب پلک (Pseudo Ptosis) مطرح می‌شود. هر علتی که باعث تغییر در اندازه، شکل و جایگاه چشم شود می‌تواند پتوز کاذب ایجاد نماید^۲. از آن جمله می‌توان به افتالموپاتی تیروئید، درماتوشالازی هیپوتروپیی اکتسابی، بدشکلی شیار (سولکوس) فوقانی، رتراکشن عمودی پلک طرف مقابل و آنوفتالموس (Anophthalmos)، آنوفتالموس (Enophthalmos)، میکروفتالموس، بلفارواسپاسم و اسپاسم همی‌فاشیال و هیپرمتریوپیا بالا (High Hypermetropia)^{۵،۶}، میگردن و اختلالات غیرعضوی و روانی (اختلال تبدیلی یا Conversion Disorder) اشاره نمود^{۳،۴}. در مواردی که پتوز به علت اسپاسم همی‌فاشیال و یا بلفارواسپاسم می‌باشد اغلب با حرکات غیرطبیعی صورت همراه است که بسیار افتراق دهنده می‌باشد. در پتوز ناشی از میگردن ارتباط زمانی واضحی بین پتوز و شروع سردرد وجود دارد که هیچ یک از موارد فوق در بیماران معرفی شده موجود نبود^۳.

تظاهر یک اختلال تبدیلی به صورت پتوز^۷ و به ویژه در کودکان، نادر است^۴. بر اساس دانسته‌های ما، تاکنون یک مورد از

شوند و مدت زمان ابتلا به بیماری کم تر باشد، پیش‌آگهی بهتر است. هم‌چنین وجود اختلال جسمی یا روانی به صورت هم‌زمان در بیماران، پیش‌آگهی بهبود را بدتر می‌کند.

سن از دیگر عوامل پیش‌بینی کننده می‌باشد که بیماران جوان نتایج بهتری نسبت به افراد مسن در پاسخ به درمان داشته‌اند^۱.

عوامل محیطی از قبیل فشارهای وارد شده در خانه و مدرسه و یا اختلالات درون خانوادگی و یا مورد سوء استفاده واقع شدن و یا احساس عدم پذیرش کودک توسط والدین، همگی از عوامل مستعد کننده اختلال تبدیلی در کودکان می‌باشند که در مورد گزارش شده نیز این عوامل استرس‌زا وجود داشت^۱.

به علاوه نقص توجه (اختلال روانی زمینه‌ای) به کودک که دلیل اصلی اختلال در فعالیت مدرسه‌ای و روزمره بود در کنار عدم پذیرش توسط والدین به لحاظ فرهنگی (فرزند دختر بودن در خانواده‌ای که داشتن پسر ارزش است) از دیگر موارد اعمال استرس در این بیمار محسوب می‌شوند. اختلال تبدیلی به طور معمول پس از یک بیماری خفیف یا آسیبی جزئی آغاز می‌شود، همان‌طور که در کودک فوق نیز بعد از یک عفونت ویروسی اپیدمیک ایجاد شده بود. در مورد بیمار اول، مشکلات و اختلافات خانوادگی به همراه مشکلات اقتصادی و ازدواج زود هنگام و پذیرش مسئولیت خانواده شرایطی بحرانی را برای بیمار رقم زده بود.

به هر حال هر دو بیمار فوق به روانپزشک ارجاع گردیدند و پس از روان درمانی و دارو درمانی، افتادگی پلک در هر دو بیمار فوق بهبود یافت که بیان‌کننده منشأ روانی در هر دو بیمار بود.

نتیجه‌گیری

تشخیص پتوز کاذب به عنوان تظاهراتی از اختلال تبدیلی باید همیشه در کنار سایر تشخیص افتراقی‌های پتوز قرار گیرد، به ویژه زمانی که نشانه‌ها و یافته‌های بالینی با یکدیگر هم‌خوانی ندارند. با تشخیص به موقع، پیش‌آگهی مطلوبی در روند بیماری خواهیم داشت و بیماران نیز درگیر ارزیابی‌های گسترده بالینی و پاراکلینیکی توسط گروه‌های مختلف متخصصین و مداخلات بی‌مورد (گاهی جراحی) نخواهند شد.

۳- چین‌های پوستی در پلک فوقانی و تحتانی در مسیر عضلات اربیکولاریس حاکی از افزایش فعالیت آن‌ها در سمت درگیر دارند (تصاویر ۱ و ۲) که به ویژه در نگاه به بالا و یا پس از محکم بستن و باز نمودن چشم‌ها توسط بیمار، به وضوح دیده می‌شوند^{۴،۷،۸}. در حالی که در پتوز واقعی، پوست پلک درگیر به علت فلج بودن عضله زیر آن، صاف است.

۴- پتوز معکوس (Reverse Ptosis)^۷: به صورت بالا بودن جایگاه پلک تحتانی سمت درگیر نسبت به پلک تحتانی سمت مقابل تعریف می‌شود (تصویر ۲-ب). پتوز معکوس در نگاه بالا تشدید می‌یابد چرا که در این حالت، بالا رفتن پلک فوقانی باعث بالا رفتن جبرانی پلک تحتانی می‌شود تا هم‌چنان شکاف پلکی بسته بماند.

۵- پدیده Bells': به طور طبیعی باز کردن چشمی که تلاش می‌کند بسته شود منجر به حرکت بالا و خارج چشم شده که به آن پدیده Bell's گفته می‌شود و چنانچه چشم به سمت پایین و داخل برود پدیده Reverse Bell's عنوان می‌شود^۳ (تصویر ۲-د). در افتادگی کاذب پلک ناشی از اختلال تبدیلی این تلاش ناخودآگاه برای بسته بودن چشم وجود دارد، پس در هنگام باز کردن پلک، شاهد پدیده Bell's و یا Bell's معکوس خواهیم بود و این یافته در پتوز واقعی مشاهده نمی‌شود. این یافته بالینی در پتوز کاذب روانی تاکنون شرح داده نشده است.

۶- پس از بستن چشم سالم، هر دو بیمار ما کاملاً بی‌تفاوت بودند و تلاشی برای برطرف کردن افتادگی پلک با دست انجام نمی‌داند، در حالی که در پتوزهای واقعی معمولاً بیماران با دست خود حتی به طور موقتی سعی در برطرف نمودن افتادگی پلک دارد.

۷- نکته جالب این که در تمام موارد گزارش شده پتوز کاذب با منشأ روانی و دو بیمار ما، پتوز در چشم چپ بوده است^{۴،۷،۸} (همانند سایر اختلالات تبدیلی که علایم در سمت چپ شایع‌تر از سمت راست می‌باشند).

با وجود تمام علایم ذکر شده تشخیص نه تنها نیازمند رد دیگر علل پتوز می‌باشد بلکه بایستی به لحاظ روان‌پزشکی نیز دارای معیارهای DSM-IV برای اختلالات تبدیلی باشد^۱.

پیش‌آگهی اختلال تبدیلی به شناخت دقیق و به موقع عوامل و شرایط استرس‌زا در بیماران بستگی دارد که هر چه این عوامل زودتر شناسایی شده و استراتژی‌های درمانی در این بیماران پیاده

منابع

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DMS IV. American Psychiatric Association, Washington, DC

2. Glaser JS (1990) Neuro-ophthalmology, 2nd edn. Lippincott, Philadelphia
3. Miller NR, Walsh FB, Hoyt WF (1995) Clinical

- neuroophthalmology, 4th edn, vol 5. Williams & Wilkins, Philadelphia
4. Peer Mohamed BA, Patil SG. Psychogenic unilateral pseudoptosis. *Pediatr Neurol* 2009;41:364-366.
 5. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27:193-204.
 6. Kostick DA, Bartley GB: Upper eyelid malpositions: congenital ptosis. In: Albert DM, Jakobiec FA, Azar DT, Gragoudas ES Eds. Principles and practice of ophthalmology. WB Saunders, Philadelphia 2000: 3460-3468.
 7. Hop JW, Frijns CJ, van Gijn J. Psychogenic pseudoptosis. *J Neurol* 1997;244:623-624.
 8. Matsumoto H, Shimizu T, Igeta Y, Hashida H. Psychogenic unilateral ptosis with ipsilateral muscle spasm of orbicular oculi. *Acta Med Indones-Indones J Intern Med* 2012;44:243-245.
 9. Couprie W, Wijdicks EFM, Rooijmans HGM, Outcome in conversion disorder: a follow-up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;58:750-752.
 10. Leary PM. Conversion disorder in childhood: diagnosed too late, investigated too much. *J R Soc Med* 2003;96:436-438.

Archive of SID