

# بررسی الگوهای علائم بالینی در یکصد بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی و پیگیری یک ساله آنها در فرهنگ آذربایجانی

دکتر باقر وفایی<sup>۱</sup> - دکتر حسین رجایی<sup>۲</sup> - دکتر علیرضا ناظمی<sup>۲</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** طبیعت اختلال تبدیلی که به آن هیستری تبدیلی نیز گفته می‌شود، با علائم متغیر و چند شکلی نزدیک به هزار و پانصد سال است که نظر پزشکان را به خود مشغول کرده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی علائم بالینی در یکصد بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی و پیگیری یک‌ساله آنها در فرهنگ آذربایجانی انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- تجربی و آینده‌نگر ابتدا پس از ارزیابی این صد بیمار و تفکیک و حذف اختلالات روانی شبیه به آن (اختلال ساختگی و تمارض) براساس ملاک‌های تشخیصی قطعی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری، اختلالات روانی تشخیص و در بررسی گنجانده شد و همه صد بیمار مورد مقایسه طبی، نورولوژیکی و ارزیابی روانپزشکی قرار گرفتند؛ در پایان فرم مخصوص با دوازده ملاک استخراج شده از منابع معتبر برای آنها تکمیل گردید؛ بررسی هوش بیماران نیز بر اساس آزمون ریون انجام گرفت.

**یافته‌ها:** شایعترین الگوی علائم بالینی بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی حمله افتادن (۳۱٪) و بعد از آن به ترتیب پارزی و پلژی (۲۹٪) و تشنجات کاذب (۲۶٪) بود. شایعترین عوامل تشدیدکننده، تنش‌های فامیلی (۳۸٪)، اشتغال (۲۰٪)، فقدان (۱۶٪) و مسائل جنسی و نازایی بود. اختلال شخصیت در ۳۷٪ از افراد وجود داشت که شایعترین آنها اختلال شخصیت هیستریونیک بود؛ اختلالات طبی همراه ۱۰٪ و اختلال نورولوژیکی همراه با این بیماری ۲/۴٪ بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های مطالعه حاضر و ملاحظه یافته‌های قبلی که یک سوم اختلال تبدیلی تشخیص ناشی از علل عضوی مثل اپی‌لپسی، فلج‌های ناگهانی، میاستنی گراو، میوپاتی تیروئید و پولیومیوزیس بوده است، توصیه می‌شود قبل از تشخیص‌گذاری اختلال تبدیلی، علل عضوی رد شود.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات تبدیلی؛ هیستری؛ الگوی علائم؛ فرهنگ آذربایجانی

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۰؛ شماره ۱؛ سال ۱۳۸۳)

<sup>۱</sup> (نویسنده مسؤول) دانشیار گروه آموزشی روانپزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

آدرس: تبریز- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- دانشکده پزشکی تلفن: ۵۲۵۲۶۷۲-۵۲۵۲۳۱۱ (کد ۰۵۲۵۲۷۶) دورنگار: ۳۸۰۵۵۳۱  
<sup>۲</sup> روانپزشک

## مقدمه

اختلال تبدیلی یا هیستری تبدیلی یکی از اختلالات شایع روانی در کشور ایران است که متأسفانه به دلیل تحت تأثیر واقع شدن دانشجویان پزشکی با مفهوم «ساختگی» بودن علائم آن، قبل از دریافت آموزش کافی در روانپزشکی، اهمیتی را که شایسته آن است در کار طبابت آنها حاصل نمی‌گردد. در بیشتر موارد «تشخیص‌ها» بر مبنای رد چند علت عضوی که ممکن است علائم تبدیلی با آنها شباهتی داشته باشد، صورت می‌گیرد و این امر که تشخیص اختلال تبدیلی باید براساس قرائن و مدارک مثبت خود بیماری باشد نه رد علل دیگر، فراموش می‌شود. درمان نیز (اگر موفقیت‌آمیز باشد) به رفع علائم تبدیلی، آن هم به هر طریق ممکن، معطوف و محدود می‌شود و چه بسا گاهی از کار بیمار نگشاید.

این یافته که ثلث بیماران هیستریک بعدها مبتلا به بیماری عضوی تشخیص داده می‌شوند، هشدار است برای ما پزشکان که در تشخیص هیستری تعصب و عجله نداشته باشیم. اختلالات تبدیلی یک بیماری روانی است که با از بین رفتن یا تغییرات غیرارادی اعمال حسی و حرکتی و یا تغییر میزان آگاهی از محیط که ناشی از تعارض‌های روانی است و علت عضوی برای آنها نمی‌توان یافت، مشخص می‌باشد (۲،۱). کلمه هیستری در یونان باستان به معنی «سرگردانی رحم» به کار رفته است؛ بقراط این اختلال را خاص زنان می‌دانست و معتقد بود که محرومیت از روابط جنسی به خشکی رحم منجر می‌شود. مطالعه دقیق و دامنه‌دار هیستری در نیمه قرن نوزدهم به وسیله شارکو نورولوژیست فرانسوی شروع شد و موجب گردید که اطبای جوان و در میان آنها ژانه و فروید به بیمارستان سالپترید در پاریس کشانده شوند. روند پیدایش هیستری را فروید در اواخر قرن نوزدهم بیان نمود و مفهوم روانکاو تبدیلی، به عنوان یک روند دفاعی ایگو، یعنی تبدیل ناخودآگاه انرژی روحی به علائم جسمی، در همین دوره شرح داده شد (۵،۱).

روانشناسی پیرژانه برعکس عقاید فروید که به کشف

ناخودآگاه انجامید، در فرضیه ضعف روان (ناشی از وراثت یا آشفتگی حاصل از هیجان) فرو رفت (۶،۱). مورتن پدیده‌هایی را به نام هم‌آگاهی در بیماران تبدیلی (هیستریک) و در بیماران با توهمات و شخصیت‌های چندگانه شرح داد (۷). به هر حال اگرچه فرضیه‌های فروید تازگی و اعتبار خود را از دست داده‌اند، ولی هیستری همچنان به عنوان یکی از مهمترین اختلالات روانپزشکی باقی مانده است.

اختلالات تبدیلی دارای علائم مختلفی از جمله علائم تبدیلی یا عصبی کاذب، اشکال در بلع، از دست دادن صدا، کری، دوپینی، تاری دید، کوری، ضعف یا از دست دادن هوشیاری، از دست دادن عاطفه، تشنج، اختلال در راه رفتن، فلج، ضعف عضلانی، احتباس ادراری یا اشکال در دفع ادرار و ... است (۸). با ملاحظه به طبیعت هیستریک با علائم مختلف، مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی علائم کلینیکی اختلالات تبدیلی در فرهنگ آذربایجان شرقی انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه توصیفی- تجربی و آینده‌نگر، فرم مخصوص در اختیار صد بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاهها، واحدهای اورژانس و بخشهای تخصصی از قبیل بخش مغز و اعصاب، روانپزشکی، داخلی و حتی گوش و حلق و بینی و چشم و نیز در بیمارستانهای تبریز (عمدتاً بیمارستان روانپزشکی رازی) قرار گرفت؛ همچنین بیماران ارجاعی از بخشهای دیگر درمانگاهها و مراکز بهداشتی، درمانی شهرستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز در این بررسی قرار گرفتند.

بیماران، مورد مطالعه طبی و نورولوژیکی و مصاحبه روانپزشکی (شامل مطالعه وضعیت روانی، شرح حال و سابقه پزشکی و ...) قرار گرفتند و در آخر هر مصاحبه فرم مخصوص برای هر بیمار تکمیل گردید. در بررسی ابتدایی بیمارانی که به وضوح علائم آنان ناشی از یک بیماری عضوی به نظر می‌رسید (اعم از بیمارانی که از شروع علائم بالینی آنان مدت زمان بیشتری

سوم قرار داشتند (به ترتیب ۲۹٪ و ۲۶٪). موارد زیادی از بیماران بیش از یک علامت داشتند و در مواردی نیز چندین علامت وجود داشت. علائم تجزیه‌ای واضح در ۱۴ بیمار مشاهده شد (۱۴٪) و علائم تجزیه‌ای مبهم با کمی دقت در بسیاری از بیماران مشخص بود (جدول ۱). در مورد علائم چندگانه، علائم بالینی عمده از بین چندین علائم انتخاب گردید.

در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی در این مطالعه تنش خانوادگی شایعترین عامل مساعدکننده و در ۳۸ نفر به وضوح یافت شد (۳۸٪). بعد از آن تنش فعلی و تنش مربوط به فقدان (۱۶٪)، مسائل جنسی و نازایی (۶ نفر) وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۱- الگوی علائم بالینی در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی

درصد بیماران	الگوی علائم
۳۱	حمله افتادن
۲۹	پارزی و پلژی
۲۶	تشنج کاذب
۲۰	موتیسم
۱۴	علائم تجربه‌ای
۱۲	پارستری و هیپوستزی
۷	لرزش اندامها و فعالیت‌های عضلانی
۵	استازیا آبازیا
۴	آفونی
۳	هیپروتیلیاسیون
۲	گلوبوس هیستریکوس
۲	استفراغ

جدول ۲- عوامل مساعدکننده روانی - اجتماعی اختلال تبدیلی

درصد بیماران	تنش روانی - اجتماعی
۳۸	تنش خانوادگی
۲۰	تنش شغلی
۱۶	تنش فقدان
۹	اجتماعی
۸/۵	نامعلوم
۶	استرس مسائل جنسی و نازایی
۵	ابتلا به بیماری جسمانی شدید (خود با خانواده)

مسائل شخصیتی و اختلال شخصیتی واضح بخصوص

گذشته بود و همچنان مبتلا بودند) و نیز بیمارانی که در طبقه سایر اختلالات روانی که با علائم مشخص می‌شدند (از قبیل جسمانی‌سازی، خود بیمارنگری، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال درد مزمن و اختلالات روانشناختی برحالات فیزیکی) قرار می‌گرفتند، از مطالعه حذف شدند. در مطالعه حاضر پیگیری ۱۹ بیمار مقدور نشد و در مجموع ۸۱ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند.

## یافته‌ها

طبق یافته‌های حاصل ۶۵٪ از بیماران زن و ۲۵٪ مرد بودند. محدود سنی بیماران از حداقل ۵ سال تا حداکثر ۶۵ سال متغیر بود (بیمار ۵ ساله در پیگیری مبتلا به اختلال فراگیر رشد یا سندرم هلمر تشخیص داده شد؛ صرف‌نظر از این مورد محدود سنی بیمار بین ۱۰ تا ۶۵ سال بود.

متوسط سن برآورد شده  $28/25 \pm 12/34$  سال و واریانس برابر  $150/8$  بود. ۶۵٪ از بیماران متأهل و ۳۵٪ مجرد بودند. تعداد زنان مجرد ۱۶ نفر، زنان متأهل ۵۲ نفر، مردان مجرد ۱۹ نفر و مردان متأهل ۱۳ نفر بود.

۱۸٪ از بیماران بی‌سواد، ۳۲٪ باسواد ابتدایی (اول تا پنجم ابتدایی)، ۳۷٪ اول راهنمایی تا زیر دیپلم (یعنی بیمارانی که موفق به دریافت دیپلم نشده بودند) و ۱۳٪ از بیماران دارای مدرک دیپلم و دانشجویان دارای مدرک بالای دیپلم بودند. در ۸۹٪ از موارد شروع بیماری به طور ناگهانی و در ۱۱٪ به صورت تدریجی بوده است. درآمد پانصد هزار ریال (پنجاه هزار تومان) در ماه برای خانواده به عنوان خط فقر در نظر شده؛ به درآمد بالای عدد مزبور بالای خط فقر و کمتر از آن زیر خط فقر اطلاق گردید. طبق این معیار ۴۸٪ از افراد مورد مطالعه زیر خط فقر و ۵۲٪ از آنان بالای خط فقر بودند. به نظر می‌رسد جالب توجه‌ترین قسمت یافته‌های این مطالعه، بررسی الگوی علائم بالینی اختلال تبدیلی باشد؛ زیرا بیماران با حمله افتادن شایعترین الگوی علائم بالینی بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی را در این مطالعه تشکیل دادند (۳۱٪) و بعد از آن به ترتیب پارزی و پلژی در مقام دوم و تشنجات کاذب در مقام

پرتنش در ۱۰ مورد (۱۲/۴٪) وجود داشت. در ۹ مورد عدم بهبود و پسرفت در سیر بیماری (بدتر شدن اختلال) قابل مشاهده بود.

جدول ۳- بیماریهای همراه در مبتلایان به اختلال تبدیلی

بیماریهای همراه در بررسی اولیه	درصد بیماران
شخصیت گروه B	۲۴
شخصیت گروه C	۱۲
شخصیت گروه A	۱
اختلال روانی خفیف	۱۰
اختلال طبی	۱۰
هوش مرزی یا MR خفیف	۸

جدول ۴- نتایج حاصل از پیگیری بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی

نتایج حاصل از پیگیری	درصد بیماران
ابتلا به اسکیزوفرنی (۱ نفر)	۱/۲
ابتلا به P.D.D (هلر) (۱ نفر)	۱/۲
ابتلا به MS (۲ نفر)	۲/۴
ابتلا به بیماری دو قطبی (۲ نفر)	۱۱/۳
عدم بهبود و پسرفت (۹ نفر)	۱۲/۴
ابتلا به افسردگی اساسی (۱۰ نفر)	۱۲/۴
بهبودی با عود بعدی (۱۰ نفر)	۱۲/۴
بهبودی کامل (۴۶ نفر)	۵۶/۷

در ۲ مورد (۲/۴٪) اختلال نورولوژیک شدید در سیر بیماری تشخیص داده شد. ۱ مورد سندرم هلر تشخیص داده شد و بیمار علائم شدید اختلال را با پسرفت کارکرد نشان داد (۱/۲٪)؛ در بقیه موارد یک بیماری روانی عمده در سیر اختلال وجود داشت (۱۳ مورد، ۱۶٪) که ۱۰ مورد آن مربوط به اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۴٪)، ۲ مورد شیدایی (۲/۴٪) و ۱ مورد ابتلا به اسکیزوفرنی بود.

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۶۵٪ از مبتلایان به اختلال تبدیلی زن و ۳۵٪ مرد بودند؛ بنابر یافته مزبور نسبت ابتلای زنان به مردان در این مطالعه مقداری جزئی (کمتر از ۲ به ۱) بود که با توجه به تخمین‌های موجود در مطالعه قبلی (در مراجع معتبر و مقالات

شخصیت گروه ب و در میان آنها شخصیت نمایشی شایعترین اختلالی بود که در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی در بررسی اولیه به چشم می خورد (کل مسائل شخصیتی ۳۷٪، شخصیت‌های ب ۲۴٪، اختلال شخصیت هیستریونیک ۱۹٪). از شخصیت‌های دیگر گروه ب شخصیت مرزی در ۸٪ موارد و شخصیت ضداجتماعی یا اختلال سلوک در ۴٪ موارد بود.

شخصیت‌های گروه C نیز مانند شخصیت وابسته (۵٪)، شخصیت اجتنابی (۶٪) و شخصیت وسواسی (۱٪) وجود داشتند و حتی یک مورد اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در بین مبتلایان وجود داشت؛ از شخصیت‌های NOS نیز شخصیت منفعل مهاجم و پرخاشگر در ۲ مورد دیده شد.

اختلالات روانی خفیف‌تری شامل اختلال سازگاری- اختلال فوبیا- اختلال اضطرابی- اختلال دیس تایمیک (کج خلقی) در ۱۱٪ موارد وجود داشتند.

اختلالات طبی عمومی به همراه اختلال تبدیلی (بیشتر به شکل مزمن) وجود داشتند ولی علت مستقیم اختلال تبدیلی نبودند بلکه بیشتر به عنوان یک عامل مساعدکننده عمل می‌کردند؛ مواردی از قبیل زونا زوستر- استرایسم و اختلالاتی نظیر لنگیدن پا و لکنت زبان در ۱۰٪ موارد وجود داشت. عقب ماندگی ذهنی خفیف نیز در ۸٪ موارد قابل اثبات بود. لازم به ذکر است که مسائل شخصیتی یا اختلال واضح در مجموع بیش از ۱۰۰ بود؛ زیرا موارد تنش‌های چندگانه مطرح بود. شخصیت، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های قطعی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و بررسی هوش بیماران بر اساس آزمون ریون انجام گرفت (جدول ۳). پیگیری ۱۹ بیمار مقدور نشد؛ بنابراین نتایج حاصل از پیگیری در مورد ۸۱ بیمار صادق است (جدول ۴). محدوده زمانی پیگیری بیمار (از روز بررسی اولیه تا روز پیگیری) از ۷ تا ۳۷۶ روز متغیر است؛ متوسط فاصله زمانی پیگیری در حدود ۱۵۳ روز بود (۱۱۴/۴۶ ± و واریانس ۱۲۹۴۷/۳).

بهبودی کامل (شایعترین سرانجام بیماری) در ۴۶ نفر (۵۶/۷٪) حاصل گردید. بهبود همراه عود بعدی و عمدتاً دوره‌های

بررسی بیماران در مراکز شهری، عدم محاسبه درآمد سرانه (پرجمعیت یا کم جمعیت بودن خانواده که مشکلات و ابهام محاسبه را چندین برابر می کند) و مختصات و شرایط خاص جامعه ما، در تطبیق این یافته و پژوهشهای پیشین باید در نظر گرفته شود.

در بررسی الگوی علائم بالینی، بیماران با حمله افتادن شایعترین الگوی بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی بود (۳۱٪) که با پژوهشهای انجام شده در این مورد همخوانی نداشت؛ در این مقاله تشنجات کاذب شایعترین علامت بود (۹) و بعد از آن به ترتیب پارزی و پلژی در مقام دوم و تشنجات کاذب در مقام سوم قرار داشتند (به ترتیب ۲۹٪ و ۲۶٪).

موارد زیادی از بیماران بیش از یک علامت داشتند و در مواردی نیز چندین علامت وجود داشت که با مطالعات انجام شده قبلی (در مراجع معتبر و مقالات پژوهشی) همخوانی داشت.

تنش خانوادگی شایعترین عامل مساعدکننده اختلال تبدیلی در مطالعه حاضر بود (۳۸٪) که با مطالعات انجام شده قبلی همخوانی داشت (۹-۱۱)؛ بعد از آن تنشهای شغلی (۲۰٪)، فقدان (۱۶٪)، مسائل جنسی و نازایی (۶٪) قرار داشتند؛ مورد اخیر با مطالعه انجام شده در این مورد (رابطه مسائل جنسی و اختلال تبدیلی) (۱۲) هماهنگی دارد.

واکنشهای تبدیلی در بسیاری از بیماران در جامعه ما (بیشتر از جوامع مربوط به پژوهشهای انجام شده)، ناشی از فقدان، سوگواری و مراسم مربوط به آیین سوگواری است. عوامل فرهنگی و اجتماعی در بروز و تنوع این علائم (تبدیلی) مؤثر قلمداد می شوند. انتظارات فرهنگی و خرده فرهنگی و هنجار شمرده شده برخی واکنشها در بروز علائم تبدیلی تأثیر قطعی و اثبات شده ای داشتند؛ به طوری که دمولوویتز می نویسد: «هیستری ستون روانپزشکی افریقا است.»

مسائل شخصیتی و اختلال شخصیتی (بخصوص گروه ب و شخصیت نمایشی) اختلالی بود که در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی در بررسی اولیه به چشم می خورد (کل مسائل شخصیتی

پژوهشی نسبت زنان مبتلا به مردان مبتلا حداقل ۲ به ۱ است که تا ۵ به ۱ نیز گزارش شده است) (۳)، جزو پایین ترین نسبت های زن به مرد محسوب می شود.

علت فراوانی نسبی اختلال در زنان در متون معتبر مورد بحث فراوان واقع شده است؛ در این مطالعه دوباره اعتراض تاریخی و مفهوم رحم سرگردان مورد تأکید قرار می گیرد. در بررسی موردی اختلال تبدیلی در مردان هیچ گونه صفت یا رفتار دلالت کننده بر زن صفتی را نمی توان اثبات کرد. قابل ذکر است برخی از بیماران هیچ گونه اختلال همراه نداشتند و برخی به چندین مورد هذیان دچار بودند. بنابراین اختلال تبدیلی اختلالی روانی است که هم مرد و هم زن را مبتلا می کند و به علل زیستی، روانی و اجتماعی و در فاصله ۱۰ تا ۳۰ سالگی (دهه دوم و سوم عمر) رخ می دهد و این یافته با یافته های منابع معتبر و مقالات پژوهشی دنیا همخوانی دارد. (۳).

در این تحقیق ۶۵٪ از بیماران متأهل و ۳۵٪ مجرد بودند؛ تعداد زنان مجرد ۱۶ نفر، زنان متأهل ۵۲ نفر، مردان مجرد ۱۹ نفر و مردان متأهل ۱۳ نفر بود. به نظر می رسد در بروز اختلال تبدیلی، مجرد بودن در مردان و متأهل بودن در زنان حائز اهمیت باشد. ۸۳٪ از بیماران در شهر و ۱۷٪ از آنان در روستا زندگی می کردند؛ میزان تحصیلات ۳۷٪ از بیماران در حد دوره راهنمایی و تا زیر دیپلم بود؛ با توجه به این که اختلال تبدیلی، اختلالی روانی است که در جمعیت ساده و ابتدایی بیشتر گزارش شده است، یافته مزبور غیرعادی به نظر می رسد. باید توجه داشت این مطالعه در بیمارستانهای شهری انجام شد و برای اظهار نظر کافی مبنی بر تعیین شیوع اختلال، مطالعه دیگری با شرایط خاص ضروری است.

درآمد پانصد هزار ریال برای خانواده به عنوان خط فقر در نظر گرفته شد؛ طبق این معیار ۴۸٪ از افراد زیر خط فقر و ۵۲٪ از آنان بالای خط فقر بودند. در مورد تطبیق این یافته با یافته های مطالعات معتبر (اختلال تبدیلی متعلق به افراد لایه های اجتماعی- اقتصادی پایین است) جای تردید است.

۳۷٪ در مقایسه با مقاله پژوهشی قبلی (۵۰٪) (۱۳).

یکی از نتایج متفاوت این مطالعه (بخصوص با مطالعه اسلایتر) تشخیص بیماری عضوی قطعی به طور محدود می‌باشد؛ در مطالعه حاضر تشخیص بیماری عضوی قطعی ۲/۴٪ بود؛ در صورتی که یک سوم از بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی ۷ تا ۱۱ ساله پیگیری اسلایتر، بیماری عضوی قطعی و بقیه بیماری روانی عمده (افسردگی یا اسکیزوفرنی) داشتند.

با وجود تحقیقات انجام شده قبلی که قائل به شیوع فراوان اختلالات نورولوژیک در اختلالات تبدیلی بودند، عامل مساعدکننده واضحی برای این مسأله بیان نشده است.

پیش‌آگهی علائم مزمن همچنان ضعیف است؛ با این حال تشخیص دوباره اختلالات نورولوژیک در بیماران کمتر گزارش شده است (۱۴).

تشخیص اختلالات تبدیلی و عوامل عضوی نیاز به پیگیری دارد (۱۵).

در مطالعه حاضر ضمن اعلام محدودبودن زمان بررسی، لازم به ذکر است که بیماران مورد بررسی عمدتاً بیماران ارجاع شده به بیمارستان روانی بودند و بیمارانی که در ابتدا اختلال تبدیلی برای آنها تشخیص داده شده بود، با کشف یک اختلال طبیی یا نورولوژیکی از ارجاع به مراکز درمانی باز داشته شده بودند؛ ولی

#### منابع:

۱- پورافکاری ن. هیستری چاپ اول. تبریز: نیما، ۱۳۶۷، ۱-۲۲.

2- Frederick G, Guggenheim. Section 16: Somatoform Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.1. 7th ed., New York: Voters; 2000: 1505-14.

3- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. New York: Williams & Wilkins; 1998: 634-39.

۴- گیلدر م، گات د، مه‌یو ر، کوون ف. درسنامه روانپزشکی آکسفورد. ترجمه: دکتر نصرت‌اله پورافکاری. ج ۱. ویراستار دکتر نصرت‌اله پورافکاری. چاپ اول. تبریز: ۱۳۷۶؛ جمالی. ۱۳۷۶: ۲۳۲-۲۲۵.

۵- سادات ی. اکتشافات جدید در روانشناسی طبیی. چاپ اول. تهران فرهنگ: ۱۳۶۳: ۲۸۶-۲۹۲.

۶- سیف آ؛ شریف، پ؛ علی آبادی، چ؛ نجفی، ک چ. تاریخچه روانشناسی مدرن. چاپ چهارم. تهران: رشد؛ ۱۳۶۹: ۳۰۸-۳۱۵.

۷- کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روانپزشکی. ترجمه دکتر نصرت‌اله پورافکاری. چاپ اول. تبریز: تابش؛ ۱۳۷۱.

۸- ریس ل. مختصر روانپزشکی. ترجمه دکتر احمد محیط و همکاران. چاپ اول. تهران: مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۶۴: ۲۸۶-۲۹۲.

9- Kalogjera-Sackellares D, Sackellares JC. Personality profiles of patients with pseudoseizures. Seizure 1997; 6(1):1-7.

مطالعاتی نظیر مطالعه اسلایتر در یک بیمارستان نورولوژیک انجام شد و همین عامل تفاوت سمت‌گیری اولیه در ارجاع بیماران، تشخیص نهایی را به میزان زیادی قابل پیش‌بینی می‌سازد. البته نیاز به مطالعات وسیعتر و همه‌جانبه‌تر همچنان باقی است.

به علت پدیده آلکسی تایمی که به میزان فراوان‌تری در بیماران روانی جامعه ما، قابل مشاهده است، اختلال تبدیلی و علائم تبدیلی بیشتر از آن که پوشاننده بیماریهای عضوی باشند (همچنان که در منابع معتبر دیده می‌شود) پوشاننده اختلالات روانی می‌باشند.

اختلال و علائم تبدیلی که نشانه‌های بیماریهای وخیم نورولوژیک را تقلید می‌نمایند، با فرایند تبدیل علائم روانی به علائم جسمی و عصبی، مشکلات روانی زیربنایی خود را در جامعه‌ای که اختلال روانی کمتر مورد قبول واقع می‌شود، بیشتر قابل پذیرش می‌سازند. شاید به همین دلیل باشد که در مطالعه حاضر موارد زیادی از بیماران در بررسیهای اولیه یا پیگیری، اختلالات روانی اساسی یا جزئی را با اختلال تبدیلی خود به همراه داشتند؛ همان طور که در مطالعات انجام شده در منابع معتبر درجات بالایی از افسردگی اساسی به همراه اختلال تبدیلی گزارش شده است (۱۳، ۱۶، ۱۷).

- 10- Mobireek A, Alhamad A, AL-Subael Alzeer-A. Psychogenic vocal cord dysfunction or simulating bronchial asthma. *Eur Respir J* 1995; 8 (11): 1978-83.
- 11- Griffith JL, Polles A, Griffith ME. Pseudoseizures families and unspeakable dilemmas-psychosomatics 1998; 39(2): 144-53.
- 12- Viederman M. Metaphor and meaning in conversion disorder: a brief active therapy psychosom. *Med* 1995; 57(4):403-409.
- 13- Binzer.M, Anderson PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorders: a prospective control group study. *J Neural Neurology*; Umea University; Sweden.
- 14- Mace CJ, Trimble MR. Ten year prognosis or conversion disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 169(3): 282-88.
- 15- Sharma P, Chaturvedi SK. Conversion disorder revisited. *Acta Psychiatric Scand*, 1995; 92(4): 301-304.
- 16- Blumer D, Montouris D, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neuro diagnostic monitoring unit. *J Neuro Psychiatry Clin Neurosis* 1995; 7(4): 445-56.
- 17- Jawad SS, Jamil N, Clarke EJ, Lewis A, Whitecross S, Richens A. Psychiatric morbidity and psychodynamics of patients with convulsive pseudoseizures. *Seizure* 1995; 4(3):201-6.

Archive of SID