Case Report

The effect of aversion therapy in a case with conversion disorder associated with mood and obsessive-compulsive disorders

Bagherzadeh-Shahidi Sh[1,2], Sepehrmanesh Z[1*], Omidi A[3]

1- Department of Psychiatric, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Department of Clinical Psychology, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received March 20, 2012; Accepted May 8, 2013

Abstract:

Background: Conversion disorder is a type of motor or sensory dysfunction that does not conform to the concepts of anatomy and physiology of the central or peripheral nervous systems. This disorder, more prevalent among the young women, may appear after the stress, creating several non-prevalent clinical signs usually associated with mood and anxiety disorders. Therefore, this study aimed to examine the effect of aversion therapy on a patient with conversion disorder associated with mood and obsessive-compulsive disorders.
Case Report: The case is a 49-year-old woman with conversion disorder associated with mood and obsessive-compulsive disorders and a recent history of twitching in three fingers of her left hand. Finally, the disorder was improved as a result of the aversion therapy.
Conclusion: In conversion disorder, considering the co-morbid mental disorders is very important for an effective treatment and aversion therapy can also be considered as a method of treatment.

Keywords: Conversion disorder, Mood disorder, Obsessive- compulsive disorder

* **Corresponding Author.**
Email: sepehrmanesh_z@kaums.ac.ir
Tel: 0098 913 162 5987
Fax: 0098 361 555 0036

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences July, 2013; Vol. 17, No 3, Pages 312-318

Please cite this article as: Bagherzadeh-Shahidi Sh, Sepehrmanesh Z, Omidi A. The effect of aversion therapy in a case with conversion disorder associated with mood and obsessive-compulsive disorders. ***Feyz*** 2013; 17(3): 312-8.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

گزارش یک مورد اثر انزجار درمانی (Aversion Therapy) در بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی همراه با اختلال خلقی و وسواسی جبری

شهاب باقرزاده شهیدی [۱و۲]، زهرا سپهرمنش [۳*]، عبدالله امیدی [٤]

خلاصه:

سابقه و هدف: اختلال تبدیلی نوعی اختلال در عملکرد حرکتی یا حسی می‌باشد که با مفاهیم آناتومیکی و فیزیولوژیکی دستگاه‌های عصبی مرکزی یا محیطی مطابقت نمی‌کند. این اختلال بیشتر در زنان جوان دیده می‌شود و متعاقب استرس بروز می‌کند. این اختلال تابلوهای بالینی بسیار ناشایعی را نیز ایجاد می‌کند و اغلب با اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی همراه می‌باشد، لذا در این مطالعه با توجه به وجود چندین روش درمانی، روش انزجار درمانی در مورد ذکرشده به‌عنوان یک روش درمانی، مورد آزمون قرار گرفت.

معرفی بیمار: مورد گزارش شده خانم ٤٩ ساله‌ای است که نمونه‌ای از تابلوی اختلال تبدیلی توام با اختلال خلقی و وسواس آلودگی می‌باشد که به‌دنبال آگاهی از لزوم انجام عمل جراحی باز قلب همسرش به‌طور تدریجی دچار بسته شدن سه انگشت انتهایی دست چپ از ناحیه بین مفصلی شده است. این اختلال همراه با نوسانات خلقی و وسواس آلودگی بود که با درمان انزجار درمانی علائم برطرف گردید.

نتیجه‌گیری: در اختلال تبدیلی توجه به سایر اختلالات روانپزشکی هم‌زمان دارای اهمیت زیادی برای درمان موثر می‌باشد و هم‌چنین درمان انزجاری می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اختلال تبدیلی، اختلال خلقی، انزجار درمانی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۲، صفحات ۳۱۸-۳۱۲

مقدمه

اختلال تبدیلی (Conversion disorder) کاهش یا تغییر عملکرد حرکتی یا حسی حاد یا گذرا می‌باشد که به‌نظر می‌رسد بر پایه اصول روان‌شناختی می‌باشد. سندروم‌های کلاسیک این بیماری مشابه سندروم‌های عصبی می‌باشند. علائم حرکتی اختلال تبدیلی علائمی مانند فلج، آتاکسی، دیسفاژی، تشنج کاذب را تقلید می‌کنند و علائم حسی نقایص نورولوژیک مانند کوری، کری یا بی‌حسی را تقلید می‌کنند. هم‌چنین، این اختلالات می‌تواند به‌صورت اختلالات هوشیاری مانند فراموشی باشد [۱]. اختلال تبدیلی اغلب با تشخیص توام اختلال خلقی، اضطرابی و اسکیزو-فرنی همراه است و شیوع آن در میان بستگان افراد مبتلا به این اختلالات نیز افزایش نشان می‌دهد [٤-۲]. واژه Conversion توسط سیگموند فروید تعریف گردید [۵]. در هر صورت واژه هیستری از یک کلمه یونانی به معنی رحم می‌باشد [٦].

یونانیان باستان سندرومی را با علائمی از جمله خفگی، آفونی، تپش قلب و دیگر علائم جسمی شرح می‌دهند، اما فرضیه اختلالات رفتاری غیر اختصاصی ایجاد شده به‌وسیله جابه‌جایی رحم نه در مصر باستان و نه در متون یونانی گزارش نشده است [۷]. در تئوری فروید، هیستری به‌عنوان یک عامل مداخله کننده بین تکانه‌های غیر قابل پذیرش، تمایلات، و افکار دیده می‌شود. بر طبق این نظریه لیبیدو مرتبط با تجربیات سرکوب شده یا رویاهای جنسی سرکوب شده می‌تواند به علائم جسمی تبدیل گردد [۸]. فرضیه میل جنسی یک عامل هیستری می‌باشد ولی به‌وسیله نویسندگانی که به تفسیر سایکوآنالیتیک بیماری‌های روانپزشکی می‌پردازند، رد شده است [۱۱-۹]. بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی معمولا با علائم شبیه به اختلالات عصبی مانند ضعف عضلانی، اختلال راه رفتن، کوری، آفونی، کری، تشنج‌ها یا ترمورها خود را نشان می‌دهند. در حدود یک سوم بیماران تشخیص داده شده با اختلال تبدیلی دارای علائم حرکتی بوده، هم‌چنین در محور I خود دارای تشخیص می‌باشند و ۵۰ درصد آنها دارای تشخیص در محور II نیز می‌باشند. اطلاعات اپیدمیولوژیک درباره بیماری اختلال تبدیلی محدود است؛ کمتر از یک درصد از جمعیت عمومی، ۵ تا ١٤ درصد از بیماران بستری در بیمارستان به‌علت مشکلات داخلی یا جراحی که برای مشاوره روانپزشکی مراجعه می‌کنند و ۵ تا ۲۵ درصد از بیماران که در درمانگاه درمان می‌شوند، دارای اختلال تبدیلی می‌باشند. این اختلال بیشتر در زنان

[۱] دستیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] دستیار، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۳] دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۴] استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نشانی نویسنده مسئول:**

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، بیمارستان کارگر نژاد

تلفن: ۰۹۱۳ ۱۶۲۵۹۸۷ **دورنویس:** ۰۳۶۱ ۵۵۵۰۰۳۶

پست الکترونیک: sepehrmanesh_z@kaums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۳۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۲/۲/۱۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

دیده می‌شود. به‌علاوه، اختلال مذکور در سن بالاتر از ۳۵ سال اندک است [۱]. به‌طور کلی روش قابل پذیرشی برای توصیف یک استرس روان‌شناختی که چگونه می‌تواند در تغییر علائم موثر باشد، وجود ندارد [۱۲]. تصویر برداری عملکردی، اختلال عملکرد قشری را به‌صورت کاهش فعالیت سطح قشر حسی، حرکتی و بینایی در طی بی‌حسی، فلج و کوری نشان داده است [۱۳]. مطالعه انجام شده توسط Beilen و همکاران، فعالیت غیر طبیعی قشر آهیانه را برای بیماران با بی‌حسی تبدیلی گزارش می‌کند. هم‌چنین، این بیماران کاهش فعالیت در کورتکس پره فرونتال، جیروس سوپرا مارژینال و پره کونئوس را نشان می‌دهند [۱٤]. مورد گزارش شده خانم ٤۹ ساله‌ای است که تابلویی از علائم تبدیلی (بسته شدن انگشتان دست) همراه با اختلال خلقی افسردگی و وسواس با سابقه بستری در بیمارستان تحت درمان به‌صورت Aversion Therapy قرار گرفت.

معرفی بیمار

بیمار خانم ٤۹ ساله، متاهل، خانه‌دار، بی‌سواد و ساکن کاشان است که از اواسط آبان ماه سال ۱۳۹۰ پس از آگاه شدن از لزوم انجام عمل جراحی باز قلب همسرش به‌طور تدریجی دچار بسته شدن سه انگشت انتهایی دست چپ از ناحیه بین مفصلی پروگزیمال شده است که به‌دنبال آن باعث اختلال در عملکرد بیمار شده است. بیمار سابقه بسته شدن انگشتان دست راست را در دو سال پیش نیز داشته که طبق گزارش اطرافیان به‌دنبال ازدواج دخترش بوده و بعد از گذشت ٦ ماه باز شده است. هم‌چنین، بیمار سابقه بسته شدن سه انگشت انتهایی دست راست را نیز از ناحیه بین مفصلی پروگزیمال از ٤ سال پیش داشته که به‌دنبال یک مشاجره خانوادگی بوده است؛ به‌گونه‌ای که به‌دنبال آن مشاجره بازوی دست راست بیمار با دیوار برخورد داشته و پس از آن ابتدا بیمار دچار بی حسی و لمس بودن را در سه انگشت مزبور داشته است و به‌تدریج بی‌حسی مذکور از بین رفته و سه انگشت دست راست از ناحیه بین مفصلی پروگزیمال بسته شده است (شکل شماره ۱). به‌دنبال مشکلات ایجاد شده برای بیمار، به متخصص ارتوپدی مراجعه کرده که در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۷ با تشخیص Psycho Flex Hand تحت مانیپولاسیون قرار گرفته است. پس از مانیپولاسیون و در آتل قرار گرفتن انگشتان بعد از ۲ ماه، مجددا انگشتان دست راست بیمار از ناحیه بین مفصلی پروگزیمال بسته شده است. در ضمن بیمار سابقه خلق افسرده را از ۱۲ سال پیش تا کنون داشته است، در این مدت بیمار هیچ‌گاه Symptom Free نبوده است که با توجه به معیارهای DSM-IV-TR تشخیص دیس‌تایمی مطرح گردید. هم‌چنین، بیمار سابقه وسواس به آلودگی و چک کردن وسایل خانه را از دوران کودکی داشته است. بیمار دارای سابقه حرکات لرزشی بدن و اندام‌ها از ۱۲ سال پیش بعد از عمل جراحی دیسک کمر را داشته است که بیشتر به دنبال مشاجرات خانوادگی ایجاد گردیده و با توجه به علائم بالینی برای وی تشخیص تشنج کاذب مطرح شده است که این لرزش‌ها اخیرا کاهش یافته و بیشتر به دنبال مشاجرات ایجاد می‌شده است. بیمار تاکنون سه بار بستری شده است که از ٤ سال پیش به‌علت جمع شدن انگشتان دست راست و خلق افسرده و یک‌بار نیز به علت MDD بوده است که بعد از ترخیص و درمان دارویی خلق بیمار بهتر گردیده، ولی انگشتان بیمار تغییر خاصی نداشته است. بیمار فرزند اول خانواده بوده، در سن ۱۳ سالگی با فردی که ۱۷ سال از وی بزرگتر بوده ازدواج کرده است. بیمار تا ۲۰ سالگی در خانه مادری بوده و کارهای منزل را به کمک مادر انجام می‌داده است. بیمار صاحب سه دختر و یک پسر می‌باشد که با توجه به خلق افسرده بیمار بیشتر کارهای خانه را دخترهای وی انجام می‌داده‌اند؛ به‌گونه‌ای که عملکرد بیمار در این مدت مختل بوده است. در بررسی‌های عضوی، EEG نرمال و Brain MRI نرمال گزارش گردید. بیمار با شرح حال مذکور در حالی‌که تحت درمان با داروهای ضد افسردگی بود، ابتدا تحت هیپنوز قرار گرفته و انگشتان هر دو دست وی باز گردید (شکل شماره ۲) (البته انگشتان دست راست بیمار که تحت مانیپولاسیون قرار گرفته بود دچار فلکسیون در ناحیه بین مفصلی پروگزیمال قرار داشت و Extend نشد) (شکل شماره ۳)، ولی به‌دنبال باز شدن این انگشتان یک روز بعد از آن مجددا انگشتان هر دو دست بیمار بسته شدند. سپس انگشتان هر دو دست بیمار به‌صورت تک تک با نرمش دادن و مالش و Suggestion مجددا باز گردید و به‌دنبال آن تحت Aversion Therapy قرار گرفت؛ به این صورت که به مچ هر دو دست بیمار شوک الکتریکی وارد گردید؛ به این نحو که به ازای بسته شدن انگشتان شوک وارد شده و به ازای باز شدن انگشتان شوکی دریافت نمی‌کرد. این عمل برای هر دست یک‌صد مرتبه تکرار گردید و این عمل در دو هفته متوالی صورت گرفت. بعد از انجام این مراحل بر روی دست‌های بیمار و توصیه به کار کردن با دست‌ها، بیمار عملکرد طبیعی خود را به‌طور کامل به‌دست آورد و خلق بیمار نیز با داروهای ضد افسردگی کنترل گردید. عملکرد دست‌های بیمار تا هشت ماه پس از پیگیری درمانی به‌طور طبیعی ادامه داشت. هم‌چنین، به دختر بیمار توصیه گردید که کارهای خانه را به بیمار واگذار کرده و با فاصله زمانی بیشتری به مادرش سر بزند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]





شکل شماره ۱- اسپاسم و دفورمیتی هر دو دست



شکل شماره ۲- رفع کامل اسپاسم دست چپ پس از Aversion Therapy



شکل شماره ۳- رفع ناکامل اسپاسم دست راست به علت خشکی مفصلی ناشی از manipulation پس از Aversion Therapy

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

بحث

همان‌گونه که اشاره گردید، اختلال تبدیلی می‌تواند به‌صورت یک یا چند علامت عصبی در غیاب پاتولوژی مشخص قابل مشاهده (Gross) زمینه‌ای بروز کند [۱۵،۱]. در مورد گزارش شده بروز علائم حرکتی به‌صورت اسپاسم انگشتان به‌دنبال عمل باز قلب همسر و باز شدن این انگشتان به‌دنبال هیپنوز مطرح‌کننده علامت تبدیلی در این بیمار می‌باشد؛ چرا که بروز مشکل در دست او خود مانع کار کردن اجباری وی در منزل (Secondary Gain) می‌گردید. از طرف دیگر طبیعی بودن بررسی‌های عضوی در این بیمار خود به نفع تشخیص اختلال تبدیلی همراه با اختلال خلقی و وسواس می‌باشد. Gould و همکاران، در بررسی که روی ۳۰ بیمار با علائم عصبی حاد انجام دادند، شواهدی از وجود چندین مشخصه مطرح‌کننده اختلال تبدیلی، شامل وجود نفع ثانوی قوی و سابقه هیپوکوندریازیس و کاهش حسی منطقه‌ای غیر-آناتومیک را در بیماران ارائه نمودند [۱۶]. در اختلالات تبدیلی، اثرات مهاری کورتکس به زیرکورتکس مغز با علل ناشناخته افزایش می‌یابد که معمولا با داروهای مهار کننده کورتکس مغز، مثل بنزودیازپین‌ها، بیهوش کننده‌ها و اقدامات درمانی که نامنظمی سیستم نوروترانسمیتری را رفع کند (مثل ECT)، برطرف می‌شود و علایم ناشی از مهار اضافی کورتکس بهبودی یافته و اندام به حالت طبیعی بر می‌گردد [۱۹-۱۷]. روش‌های درمانی متفاوتی در مورد اختلالات تبدیلی وجود دارد که از جمله می‌توان به تلقین، هیپنوز، آرام‌سازی عضلانی ساده، تزریق وریدی دیازپام، Aversion Therapy وParadoxical Therapy اشاره کرد. بر طبق مطالعه موسوی و همکاران، در مقایسه اثر بخشی چهار روش درمانی اختلال تبدیلی حاد، آرام‌سازی عضلانی ساده نسبت به هیپنوز و تزریق دیازپام منجر به بهبودی سریع‌تر بیماران می‌شود [۲۰]. در روش تزریق دیازپام صرفا اثر آرام‌بخشی و در روش هیپنوز تا حدودی اثر تلقینی اعمال می‌شود [۲۲،۲۱]، ولی در روش آرام‌سازی عضلانی هر دو حالت آرام‌بخشی و تلقین بهبودی (که در حین درمان داده می‌شد) با هم اعمال می‌گردد [۲۱]. احتمالا ترکیب این دو حالت در ایجاد بهبودی سریع‌تر نقش ایفا می‌کند. با توجه به ارتباط بیشتر درمانگر با بیمار در روش تلقینی نسبت به هیپنوز و آرام‌سازی عضلانی، ممکن است ارتباط درمانی قوی‌تری ایجاد نماید [۲۳]. از جمله روش‌های درمانی دیگر درمان پارا-دوکسیکال می‌باشد که در آن بیماران به‌صورت عمدی وادار به رفتارهای ناخواسته مانند انجام اعمال وسواسی یا حمله تبدیلی می‌گردند [۲۴]. درمان پارادکسیکال یک تکنیک است که به‌وسیله Frankl توسعه و شرح داده شده است [۲۵]. این روش به‌عنوان عملکردهایی که در آن درمانگر به‌وضوح باعث پیشرفت بدتر شدن مشکل بیمار می‌شود تا اینکه آن مشکل برطرف گردد، صورت می‌گیرد [۲۶]. محققان رفتار درمانی مواردی از مطالعات حمایت کننده از اثر درمان پارادوکسیکال را در درمان مسائل احساسی، رفتاری و روانپزشکی مانند افکار و رفتار وسواسی، بی-خوابی، سردردهای میگرن، آنورکسیا نروزا، نوروز فوبیا و وضعیت‌های سایکوتیک گزارش کرده‌اند [۳۱-۲۷]. یکی از معیارهای عملکردی درمانی پارادوکسیکال که توسط Rohrbaugh و همکاران تعریف گردید، در موقعیتی که نگرانی توسط بیمار کم بوده و علائم به گونه‌ای باشد که خارج از کنترل وی باشد، از این روش استفاده می‌گردد [۳۲]. در اختلال تبدیلی هیچ‌گونه نگرانی در مورد علائم برای بیمار وجود نداشته و علائم خارج از کنترل بیمار می‌باشد. تکنیک‌های پارادوکسیکال مختلفی در درمان مورد استفاده قرار گرفته‌اند که شاید بیشترین و بهترین تکنیک پارادوکسیکال Symptom Prescription باشد [۳۳]. در مطالعه انجام شده بر روی بیماران با اختلال تبدیلی روش درمان پارادوکسیکال با تزریق وریدی دیازپام مورد مقاسه قرار گرفت که در آن از ۱۵ بیمار تحت درمان با تکنیک پارادوکسیکال، ۱۴ بیمار (۹۳/۳ درصد) به پاسخ مناسب و از ۱۵ بیمار که با دیازپام درمان شدند ۹ بیمار (۶۰ درصد) به پاسخ درمانی مناسب دست یافتند و ۶ بیمار از آنها علائم‌شان تا انتهای ۶ هفته باقی ماند. نتایج این مطالعات بیان می-کند تکنیک پارادوکسیکال یک روش درمانی موثر در اختلال تبدیلی می‌باشد [۲۴]. از جمله درمان‌های دیگر، انزجار درمانی می‌باشد. مشابه درمان‌های مواجهه‌ای، روش‌های درمانی بر پایه انزجار شامل مداخلات متفاوتی می‌باشد. اصول این روش درمانی بر پایه روش‌های تنبیهی بوده که رفتارهای هدف را کاهش می-دهد. در فرم‌های دیگر تنبیهی، محرک‌های زیان‌آور یا مسائل مشابه آن رفتارهای مورد نظر را کاهش می‌دهد. در این سناریو، تنبیه به-طور عملکردی به‌عنوان عامل کاهش دهنده احتمالی آینده پاسخ، به‌عنوان یک عامل تخلیه کننده فوری تحریک، تعریف می‌گردد. محرک تنبیهی شامل سر و صدای بلند، مزه‌های انزجاری، شوک الکتریکی خفیف یا عوامل شیمیایی می‌باشد که دو مورد آخر فقط در بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد. اساتید رفتار درمانی بیان می‌دارند که از تنبیه فقط وقتی که سایر روش‌ها مانند Time out و Response cost بی‌اثر بودند، به‌عنوان روشی برای کنترل رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱]. سه پارامتر عمومی با روش-های تنبیهی همراه می‌باشد. موثر بودن روش تنبیهی با شدت بالا (اما فقط شدت کافی در حد از بین بردن آن رفتار) فوری و مداوم بودن رابطه مستقیم دارد. در حقیقت ارتباط مستقیمی بین قدرت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

محرک تنبیهی و بهبودی رفتار مهار شده قبلی وجود دارد. محرک تنبیهی ضعیف‌تر که بیشتر برای رفتارهای منفی استفاده می‌گردد، عود فراوانی خواهند داشت. در حقیقت شدت ناکافی تنبیه پاسخ به‌دنبال آخرین تنبیه را افزایش می‌دهد. تنبیه ممکن است اثرات ناخوشایند مانند واکنش‌های احساسی منفی، فرار، دوری و عصبانیت را ایجاد نماید [۱]. روش‌های انزجاری بر پایه اصول وضعیتی کلاسیک بوده که برای درمان انحراف‌های جنسی و سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار می‌گیرد، که منجر به حذف یا کاهش تکرار رفتارهای ناخواسته می‌گردد. این روش هم‌چنین در فرم rapid somking برای درمان اعتیاد به نیکوتین نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما به هر جهت تاثیر آن برای این فرم استفاده از مواد هنوز به‌طور کامل واضح نمی‌باشد. در هر صورت روش-های انزجاری روش‌های معمول برای درمان بیماران با اختلال تبدیلی نمی‌باشد. سه روش تحریکی انزجاری وجود دارد که شامل Chemical A.T و Electrical (Faradic) A.T و verbal (Covert Sensitisation) A.T می‌باشد [۱]. هم‌چنین، با توجه به اینکه فواید این درمان برای بیمار از جمله بازگشت بیمار به اجتماع، بهبود نسبی خلق افسرده، بازیابی عملکرد فردی و بهبود روابط بین فردی بر مضرات آن که شامل اضطراب گذرا [۳٤] می-باشد، دارای ارجحیت می‌باشد این روش فاقد مشکل اخلاقی است. در این بیمار، ابتدا برای رفع اسپاسم از هیپنوز استفاده گردید ولی با توجه به عود اسپاسم انگشتان هر دو دست و عدم پاسخ به درمان برای بیمار از روش آرام‌سازی عضلانی ساده و انزجار درمانی استفاده گردید، که به‌تدریج اسپاسم انگشتان بر طرف شده و باعث بهبودی بیمار گردید. البته باید به این نکته توجه نمود که کاهش استرس بیمار بعد عمل موفق جراحی همسرش و توصیه-های ارائه شده به‌همراه بیمار ممکن است در تداوم عملکرد دست-های بیمار نیز نقش داشته باشد. نکته مهم در برخورد با این بیماران که با علائم جسمی مراجعه می‌نمایند، توجه کافی به عوامل فردی و اجتماعی موثر در بروز این علائم می‌باشد [۳٦،۳۵]. به علاوه، توجه به دیگر اختلالات روانپزشکی همراه و درمان به موقع آنها از اهمیت والایی برخوردار است. باید در نظر داشت که اگر از نظر زمانی مدت طولانی‌تری در نقش بیمار قرار گیرند، درمان آنان مشکل‌تر خواهد بود و احتمال بروز عوارض جسمانی غیر قابل برگشت، شامل آتروفی عضو، را به همراه خواهد داشت.

نتیجه گیری

در اختلال تبدیلی توجه به سایر اختلالات روانپزشکی هم‌زمان دارای اهمیت زیادی برای درمان موثر می‌باشد و هم‌چنین درمان انزجاری می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه همکاران که در گزارش و ارائه اطلاعات لازم نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References:

[1] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Comprehensive text book of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
[2] Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. ***Arch Gen Psychiatry*** 1986; 43(5): 502-5.
[3] Shields J. Genetic studies of hysterical disorder. New York: Wiley; 1982. p. 41-56.
[4] Cloninger RC, Reich T, Guze SB. The multifactorial model of disease transmission. ***Br J Psychiatry*** 1995; 127: 23-32.
[5] Freud S. The Neuropsychosis of Defence. London: UK; 1962.
[6] Micale M. Hysteria and its historiography: a review of past and present writings. ***History Science*** 1989; 27(77): 223-61.
[7] Merskey H, Merskey SJ. Hysteria, or 'suffocation of the mother. ***CMAJ*** 1993; 148(3): 399-405.
[8] Freud S, Breuer J, Luckhurst N. Studies in Hysteria. Penguin: New York; 2004.
[9] Cioffi F, Freud S. the Question of Pseudoscience. Court: Chicago; 1998.
[10] Crews F. The Memory Wars: Freud's Legacy in Dispute Penguin: New York; 1995.
[11] Esterson A. Seductive Mirage: An Exploration of the Work of Sigmund Freud. Chicago: Open Court: 1993.
[12] Halligan PW, Bass C, Wade DT. New approaches to conversion hysteria. ***BMJ*** 2000; 320(7248): 1488-9.
[13] Vuilleumier P. Hysterical conversion and brain function. ***Prog Brain Res*** 2005; 150: 309–29.
[14] Beilen MV, de Jong BM, Gieteling EW, Renken R, Leenders KL. Abnormal Parietal Function in Conversion Paresis. ***PLoS One*** 2011; 6(10): 1-19.
[15] Hollifield MA, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

[16] Gould R, Miller BL, Goldbery MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. ***J Nerv Ment Dis*** 1986; 174(10): 593-7.
[17] Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Specific somatoform disorder in the general population. New York: Eastern Press; 2003.
[18] Guggenheim FG, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott William and Wilkins; 2000.
[19] Guz H, Doganay Z, Ozkan A, Colak E, Tomac A, Sarisoy G. Conversion and somatization disorders; dissociative symptoms and other characteristics. ***J Psychosom Res*** 2004; 56(3): 287-91.
[20] Kozlowska K. Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. ***Harv Rev Psychiatry*** 2005; 13(1): 1-13.
[21] Looper KJ, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. ***J Consult Clin Psychol*** 2002; 70(3): 810-27.
[22] Smith JC. Relaxation, medication, & mindfulness: a mental health practitioner's guide to new and traditional. 1st ed. New York: Springer Pub; 2005. p. 61-7.
[23] Bourgeois JA, Chang CH, Hilty DM, Servis ME. Clinical manifestations and management of conversion disorders. ***Curr Treat Options Neurol*** 2002; 4(6): 487-97.
[24] Ataoglu A, Ozcetin A, Icmeli C, Ozbulut O. Paradoxical Therapy in Conversion Reaction. ***J Korean Med Sci*** 2003; 18(4): 581-4.
[25] Frankl VE. Paradoxical intenton: A logotherapeutic technique. ***Am J Psychother*** 1960; 14: 520-35.
[26] Cade B. Paradoxical techniques in therapy. ***J Child Psychol Psychiatry*** 1984; 25(4): 509-16.
[27] Adshead G, Drummond LM, Mercer S. Paradoxical intention and anti-exposure in a non-compliant, obsessive-compulsive ritualiser. ***Br J Psychiatry*** 1988; 153: 821-3.
[28] Bootzin RR, Perlis ML. Nonpharmacologic treatments of insomnia. ***J Clin Psychiatry*** 1992; 53 Suppl: 37-41.
[29] Skorzewska A, Lal S. Spasmodic torticollis and phobic neurosis. ***Neuropsychobiology*** 1990; 24(1): 8-11.
[30] Purdon C, Clark DA. Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: impact on thought frequency, appraisal and mood state. ***Behav Res Ther*** 2001; 39(10): 1163-81.
[31] Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia?. ***Behav Res Ther*** 2002; 40(1): 57-66.
[32] Rohrbaugh M, Tennen H, Press S, White L. Compliance, defiance and therapeutic paradox: guidelines for strategic use of paradoxical interventions. ***Am J Orthopsychiatry*** 1981; 51(3): 454-67.
[33] Omer H. Integrating paradoxical interventions in the normal course of therapy: nonspecific approach. ***Am J Psychother*** 1986; 40(4): 572-81.
[34] Bancroft J. Marks I. Electric Aversion Therapy of Sexual Deviations. ***Proc Roy Soc Med*** 1968; 61(8): 796-9.
[35] Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KY, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. ***Can J Psychiatr*** 2004; 49(10): 663-72.
[36] Mai F. Somatization disorder: a practical review. ***Can J Psychiatry*** 2004; 49(10): 652-62.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]