

گزارش یک مورد اثر درمانی الکتروشوک (ECT) در بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی همراه با اختلال خلقی

دکتر پروین دیباج‌نیا، دکتر پگاه زینلیان، دکتر علیرضا ظهیرالدین*

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: اختلال تبدیلی (Conversion disorder) نوعی اختلال در عملکرد جسمی است که با مفاهیم آناتومیکی و فیزیولوژیکی دستگاه‌های عصبی مرکزی یا محیطی مطابقت نمی‌کند. این اختلال که در بین نوجوانان و بالغین جوان شایعتر است، متعاقب استرس بروز می‌کند و موجب اختلال در عملکرد عضوی بدن می‌گردد. علی‌رغم شیوع بالای تابلوی کلاسیک، این اختلال تابلوهای بالینی بسیار ناشایعی را نیز ایجاد می‌کند و اغلب با تشخیص توأم اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی ارتباط دارد، لذا به معرفی یک مورد آن اقدام شد.

معرفی مورد: مورد گزارش شده نمونه‌ای از تابلوی اختلال تبدیلی توأم با اختلال خلقی است که علائم بصورت انقباض شدید انگشتان و آرنج دست چپ بود که به دنبال ترومای دست مربوطه ایجاد شده و همراه با نوسانات خلقی و پرخاشگری و افکار خودکشی بود که با درمان الکتروشوک علائم برطرف شد.

نتیجه گیری: نکته مهم در برخورد با بیمارانی که با علائم جسمی مراجعه می‌نمایند، توجه کافی به عوامل فردی و اجتماعی موثر در بروز این علائم است. به‌علاوه، توجه به دیگر اختلالات روانپزشکی همراه و درمان به موقع آنها از اهمیت والایی برخوردار است. **واژگان کلیدی:** اختلال تبدیلی، اختلال خلقی، الکتروشوک (ECT).

مقدمه

روستایی، افراد کم سواد و کم هوش و افراد متعلق به گروه‌های اقتصادی - اجتماعی پایین و کارکنان نظامی شایعتر است (۱). اختلال تبدیلی اغلب با تشخیص توأم اختلال خلقی، اختلال اضطرابی و اسکیزوفرنی همراه است و شیوع آن در میان بستگان افراد مبتلا به این اختلالات نیز افزایش نشان می‌دهد (۳-۵).

اختلال دو قطبی تیپ II، گونه‌ای از اختلال خلقی می‌باشد که با دوره‌های افسردگی عمده و هیپومانیا مشخص می‌شود. داده‌ها نشان داده که این تشخیص در طول زمان ثابت می‌ماند و اختلال مزمن بوده و راهبردهای درمانی درازمدتی را باید در مورد آنان بکاربرد (۱، ۲).

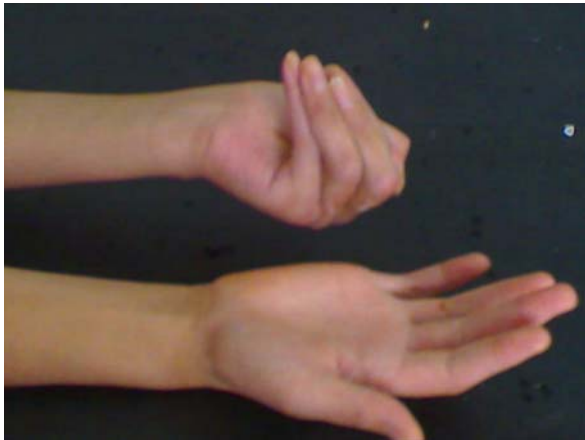
اختلال تبدیلی (Conversion disorder) نوعی اختلال در عملکرد جسمی است که با مفاهیم کنونی مربوط به آناتومی و فیزیولوژی دستگاه‌های عصبی مرکزی یا محیطی مطابقت نمی‌کند. این اختلال در زمینه استرس روی می‌دهد، به طوری که بیمار علائم را ناخودآگاه بروز می‌دهد و ایجاد این علائم به رفع استرس بیمار کمک می‌کند. این اختلال در سنین مختلف رخ می‌دهد و بیشتر در زنان جوان و افراد با زمینه‌های ضعیف قدرت تطابق (coping mechanism) و در بین جوامع

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، مرکز تحقیقات

علوم رفتاری، دکتر علیرضا ظهیرالدین (e-mail: Azahiroddin@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۹



شکل ۲- انقباض و دفورمیتی دست چپ در مقایسه با دست راست

در معاینه جسمی، قطر ساعد دست چپ کمتر از ساعد راست بود و فلکسیون در ناحیه آرنج و تمام انگشتان دست چپ مشهود بود (شکل‌های ۱ و ۲).

در معاینه وضعیت روانی، بیمار دارای خلق افسرده و تحریک پذیر بود و افکار ناامیدی، مرگ و خودکشی داشت.

در بررسی‌های عضوی، CT اسکن مغز با کنترل است و EEG طبیعی گزارش شد.

در ابتدا، درمان با ۴۰ میلی‌گرم دیازپام خوراکی در روز شروع شد که پاسخ مناسبی دیده نشد. سپس تحت درمان با ۲۰ میلی‌گرم هالوپریدول خوراکی قرار گرفت، ولی به علت عدم پاسخ، بیمار تحت درمان با الکتروشوک (ECT) قرار گرفت که پس از ۵ جلسه ECT، به تدریج انگشتان وی از هم باز گردید (شکل ۳).



شکل ۳- کاهش انقباض و دفورمیتی دست چپ پس از ۵ جلسه ECT

پس از ۸ جلسه ECT، بیمار توانست به طور کامل انگشتان دست و آرنج خود را باز کند (شکل ۴).

مورد گزارش شده زیر دختر خانم ۱۸ ساله‌ای است که با تابلویی از علایم تبدیلی همراه با اختلال خلقی (دو قطبی تیپ II) در بیمارستان بستری و تحت درمان موفق الکتروشوک (ECT) قرار گرفت.

معرفی مورد

بیمار مورد نظر دختر خانم ۱۸ ساله‌ای با تحصیلات ابتدایی و ساکن اطراف تهران است که در تاریخ دی‌ماه ۱۳۸۶ از طرف جراح ارتوپد به درمانگاه روانپزشکی ارجاع داده شد. بیمار، ۹ ماه قبل دچار ترومای دست چپ شده بود و پس از گچ‌گیری دچار عفونت و سپس دفورمیتی انگشتان دست چپ شده و به همین علت کاندید عمل جراحی گردید که در زیر بی‌هوشی و قبل از اقدام جراحی، دفورمیتی دست وی کاملاً بر طرف شد. با توجه به وجود تغییرات خلقی در سابقه بیمار، بدون انجام جراحی به درمانگاه روانپزشکی ارجاع داده شد که در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) بستری گردید.

در شرح حال اخذ شده از بیمار، از ۶ ماه قبل از بستری نوسانات خلقی به صورت پرخاشگری، تحریک پذیری، کاهش خواب و دوره‌هایی از افسردگی، گوشه‌گیری و گریه‌های زیاد داشت. در طی این دوره، افکار خودکشی و دو بار اقدام به خودکشی از طریق خودسوزی و مصرف قرص داشت. به گفته بیمار، از زمان ایجاد دفورمیتی دست، توجه والدین به او زیادتر شده و او مجبور نبود که برای کار کردن به منزل دیگران برود. در ارزیابی روانپزشکی، فقط یک بار حمله هیپومانی داشت، ولی اکثر حملات بیمار افسردگی مازور بود که دو بار همراه با اقدام به خودکشی بود. با توجه به معیارهای DSM IV-R تشخیص اختلال خلقی دو قطبی نوع دوم (type II) مطرح گردید.



شکل ۴- انقباض و دفورمیتی دست چپ

بحث

همان‌گونه که اشاره گردید، اختلال تبدیلی می‌تواند به صورت یک یا چند علامت عصبی در غیاب پاتولوژی مشخص قابل مشاهده (Gross) زمینه‌ای بروز کند (۱، ۲). بروز علائم حرکتی به صورت اسپاسم انگشتان به دنبال ترومای دست و تداوم این علامت که در زیر بی‌هوشی به طور کامل برطرف گردید، مطرح کننده علامت تبدیلی در این بیمار می‌باشد، چرا که بروز مشکل در دست او خود مانع کارکردن اجباری وی در منازل دیگران (secondary gain) می‌گردید. از طرف دیگر، طبیعی بودن بررسی‌های ارگانیک عضوی در این بیمار خود به نفع تشخیص اختلال تبدیلی همراه با اختلال خلقی می‌باشد. Gould و همکاران، در بررسی که روی ۳۰ بیمار نورولوژیک حاد انجام دادند، شواهدی از وجود چندین مارکر مطرح کننده اختلال تبدیلی، شامل وجود نفع ثانوی قوی و سابقه هیپوکوندریازیس و کاهش حسی منطقه‌ای غیرآناتومیک را در بیماران ارائه نمودند (۶).

در مورد اینکه آیا برخی انقباضات تونیک می‌تواند در ارتباط با اختلال تبدیلی باشد، اختلاف نظر وجود دارد، مخصوصاً اگر علائم دیگری وجود نداشته باشد و در موقعیتی باشد که نفع قوی از ناتوان بودن را برای بیمار بدنبال داشته باشد. این بحث و اختلاف نظر در مورد writer's cramp و سندرم‌های درد تکراری که ممکن است در کارمندان استفاده کننده از کامپیوتر ایجاد شود، ابتدا مطرح گردید. به نظر می‌رسد که بیشترین تفسیر مطرح در ارتباط با کاربری نادرست از عضلات مربوطه باشد تا نداشتن انگیزه کافی برای کار (۶).

شکل کلاسیک اختلال تبدیلی در حال حاضر در کشورهای پیشرفته نادر بوده و اگر اتفاق افتد در کسانی است که خودشان را در شرایط اجتماعی دشواری یافته‌اند، اما در کشورهای در حال پیشرفت فرم کلاسیک اختلال تداوم دارد (۷).

در اختلالات تبدیلی، اثرات مهارتی کورتکس به زیرکورتکس مغز با علل ناشناخته افزایش می‌یابد که معمولاً 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 علائم ناشی از مهار اضافی کورتکس بهبودی یافته و اندام به حالت طبیعی برمی‌گردد (۱۰-۱۲).

در این بیمار، در افاق عمل پس از بی‌هوشی مشاهده می‌شود که انقباض غیرطبیعی دست برطرف شده و لذا از جراحی



شکل ۴- رفع کامل انقباض دست چپ پس از هشت جلسه ECT

با شروع فیزیوتراپی و انجام ۱۰ جلسه درمان، بیمار عملکرد طبیعی دست خود را به طور کامل بدست آورد و سرانجام با حال عمومی خوب و کنترل نوسانات خلقی مرخص گردید. (شکل ۵).



شکل ۵- دست چپ در حالت طبیعی پس از اتمام درمان (ده جلسه) با ECT

عوامل فردی و اجتماعی موثر در بروز این علائم می‌باشد (۸)، (۹). 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.

منصرف می‌شوند و بیمار را به بخش روانپزشکی معرفی می‌نماید. در بخش ابتدا تحت درمان با بنزودیازپین قرار می‌گیرد، ولی به علت عدم پاسخ، اقدام به درمان با الکتروشوک می‌شود که به تدریج انقباض غیرطبیعی دست چپ بیمار برطرف می‌شود. از این مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود، نکته مهم در برخورد با این بیماران که با علائم جسمی مراجعه می‌نمایند، توجه کافی به

REFERENCES

1. Sadock BJ, Sadock VA, eds. Synopsis of psychiatry. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Hollifield MA. Somatoform disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p.1800.
3. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. Arch Gen Psychiatr 1986; 48: 502- 505.
4. Shields J. Genetic studies of hysterical disorder. In: Roy A, ed. Hysteria. New York: Wiley; 1982. p.41-56.
5. Cloninger RC, Reich T, Guze S. The multifactorial model of disease transmission: III. Br J Psychiatr 1995; 127: 23-32.
6. Gould R, Miller BL, Goldbery MA, Benson F. The validity of hysterical signs and symptoms. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 593-98.
7. Hafeiz HB. Hysterical conversion: a prognosis study. Br J Psychiatr 1980; 136: 548-51.
8. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KY, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. Can J Psychiatr 2004; 49: 663-72.
9. Mai F. Somatization disorder: a practical review. Can J psychiatr 2004; 49: 652-62.
10. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Specific somatoform disorder in the general population. Psychosomatics 2003; 44: 304.
11. Guggenheim FG. Somatoform disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott William and Wilkins; 2000. p.1504.
12. 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: 287-91.