

مقایسه اثربخشی چهار روش درمانی اختلال تبدیلی حاد

دکتر سید غفور موسوی*^۱، دکتر جمشید رحیمی**، دکتر حمید افشار***، دکتر امراله ابراهیمی***

*دانشیار گروه روانپزشکی- مرکز تحقیقات علوم رفتاری- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، **روانپزشک- مرکز تحقیقات علوم رفتاری- دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، ***استادیار گروه روانپزشکی- مرکز تحقیقات علوم رفتاری- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۱۱ تاریخ تایید: ۸۷/۲/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: با وجود شیوع قابل توجه اختلال تبدیلی توافق چندانی در مورد مؤثرترین روش درمان آن وجود ندارد. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی چهار روش درمانی اختلال تبدیلی حاد و عود یکماهه آن انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۸۰ بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی حاد به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به صورت تصادفی تحت درمان با چهار روش تلقین، آرامسازی عضلانی ساده، هیپنوز و تزریق وریدی دیازپام قرار گرفتند. سرعت حذف علامت، فراوانی بهبودی و عود یک ماهه در آنها مقایسه و داده ها به وسیله آزمون های کای دو، فیشر و آنکوا تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: میانگین زمان بهبودی در روش آرامسازی عضلانی نسبت به روش تزریق دیازپام و هیپنوز بطور معنی داری کمتر بود ($P < 0/05$). در بیماران مبتلا به همبودی (Comorbidity) میانگین زمان پاسخ بطور معنی داری کمتر از بیماران بدون همبودی بود ($P < 0/05$). عود یکماهه ارتباط معنی داری با روش درمانی و سایر متغیرها نداشت.

نتیجه گیری: هر چهار روش درمانی در اختلال تبدیلی حاد، بهبودی قابل توجه ایجاد می کند، ولی در روش آرامسازی عضلانی این بهبودی سریع تر از روش هیپنوز و تزریق دیازپام صورت می گیرد.

واژه های کلیدی: اختلال تبدیلی، آرامسازی عضلانی، تلقین، دیازپام، هیپنوز.

مقدمه:

فاصله کوتاه بین شروع اختلال و درمان آن ذکر شده است که نشانگر اهمیت شناخت مؤثرترین درمان موارد حاد اختلال تبدیلی است (۲، ۶، ۱۱-۸).

بر اساس مطالعه گذشته نگر Bock و Smith در موارد اورژانس تزریق Droperidol و یا بنزودیازپین و درمان های دیگر باعث بهبودی به ترتیب ۹۳ و ۷۱ درصد موارد اختلال تبدیلی شده بود (۱۲).

در مطالعه Hafeiz بیماران با اختلال تبدیلی با سه روش درمان تلقینی با تحریک الکتریکی اعضا، Electro sleep و تجویز آمفتامین ۸۵ درصد بهبودی علائم داشتند و بعد از یک سال پیگیری ۲۱ درصد عود مشاهده گردید. در ۵۰ درصد بیماران مدت علائم کمتر از ۳۰ روز بود ولی این عامل ارتباط قابل توجهی با عود

اختلال تبدیلی (Conversion disorder) تغییر یا از دست رفتن عملکرد حسی یا حرکتی بدن است که تداعی کننده یک وضعیت نورولوژیک یا سایر موارد طبی می باشد و علائم با یک عامل استرس روانی قابل توجه ارتباط نزدیک دارد (۱).

بر اساس برخی مطالعات احتمال ایجاد علائم اختلال تبدیلی در طول زندگی بصورت گذرا یا طولانی ۳۳ درصد است (۲). در یک بیمارستان عمومی ۱۴-۵ درصد مشاوره های روانپزشکی ارجاعی جهت کمک به تشخیص و درمان علائم اختلال تبدیلی است (۳). با وجود شیوع قابل توجه این اختلال، توافقی در مورد مؤثرترین درمان جهت علائم آن وجود ندارد (۷-۴). از سوی دیگر یکی از موارد پیش آگهی خوب این اختلال

^۱ نویسنده مسئول: اصفهان-خیابان استانداری-بیمارستان نور-مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان -تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۴۷۵،

E-mail:mousavi@med.mui.ac.ir

۲۴ ساعت و ۴- عدم وجود اختلال تبدیلی طی یکسال قبل از مراجعه بر اساس گزارش بیمار و همراهان. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: ۱- عدم پذیرش روش درمانی پیشنهاد شده، توسط بیمار ۲- عدم همکاری بیمار یا همراهان وی پس از پذیرش اولیه ۳- عدم ورود بیمار به حالت خلسه (Trance) در روش هیپنوز و ۴- عدم امکان پیگیری یکماهه از نظر عود.

بیماران مربوطه بر حسب زمان مراجعه به ترتیب تحت درمان با چهار روش: تلقین، تزریق وریدی دیازپام، آرامسازی عضلانی ساده و هیپنوز قرار گرفتند و مطالعه تا تکمیل ۲۰ نفر از هر گروه (جمعاً ۸۰ نفر) ادامه یافت. تشخیص و مداخله درمانی توسط یک دستیار روانپزشکی که در طول مطالعه ثابت بود انجام گرفت.

در روش تلقین بوسیله صحبت کردن با بیمار بهبودی علامت تلقین می شد (Counter Suggestion) (۲۰،۱۹،۲). در روش تزریق دیازپام، فقط ۵ میلی گرم دیازپام بصورت وریدی طی یک دقیقه تزریق می شد (۲۴). در روش هیپنوز، با استفاده از تکنیک کاربرد متناوب شمردن و تلقین کردن (Intermittent counting and suggestion method) بیمار وارد خلسه (Trance) شده سپس تلقین بهبودی صورت می گرفت (۲۵،۴). در روش آرامسازی عضلانی ساده، بیمار در حالت دراز کشیده روی تخت تحت آموزش انقباض و سپس شل کردن گروهی عضلات بدن قرار می گرفت و به سوی بهبودی سوق داده می شد (۲۶).

مداخله درمانی برای هر بیمار در یک جلسه انجام شد و برطرف شدن کامل علامت طی ۲ ساعت از شروع مداخله به عنوان بهبودی تلقی شد. در طی این دو ساعت زمان پاسخ به درمان بر حسب دقیقه محاسبه و رفع علائم بعنوان سرعت بهبودی تلقی می گردید. بیمارانی که طبق این تعریف بهبودی پیدا می کردند از نظر عود پس از یک ماه از طریق تماس تلفنی پیگیری شدند. در این مطالعه عود به عنوان تکرار حداقل یکبار

داشت (۱۳). در این مطالعه کمتر به جنبه های اورژانس پرداخته و عمدتاً بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفته است. جهت درمان اختلال تبدیلی از روش های مختلفی مانند تلقین، هیپنوز، نارکوآنالیز، آرامسازی عضلانی، دارودرمانی، درمان پارادوکس، روان درمانی، بیوفیدبک و غیره استفاده شده است (۲۰-۱۴).

با توجه به شیوع قابل توجه اختلال تبدیلی و کمبود مطالعات کنترل شده در موارد اورژانس و اهمیت مداخله سریع و تاثیر آن بر پیش آگهی بیماران، این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه روش های درمانی: تلقین، آرامسازی عضلانی، هیپنوز و تزریق وریدی دیازپام در بهبود و عود یکماهه علائم اختلال تبدیلی انجام شد. اضافه بر این ضرورت ها، ممکن است پاسخگویی به روش های مختلف درمان در این بیماران، در فرهنگ ها و جوامع مختلف متفاوت باشد و این موضوع نیز تأکیدی بر ضرورت انجام مطالعه حاضر در یک مرکز درمانی ایرانی هم می باشد.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در اورژانس روانپزشکی مرکز پزشکی نور (اصفهان - ایران) طی مدت ۱۸ ماه در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ انجام شد. جامعه مورد مطالعه بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی مراجعه کننده به اورژانس روانپزشکی مرکز پزشکی نور اصفهان بودند. روش جمع آوری نمونه به روش آسان انجام گرفت. در این تحقیق ۹۳ بیمار سرپایی مراجعه کننده که بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) (۱) اختلال تبدیلی داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۱۳ نفر بر اساس معیارهای خروج از مطالعه حذف شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:
 ۱- کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس روانپزشکی با تشخیص اختلال تبدیلی بجز نوع تشنجی آن (۲۳-۲۱).
 ۲- محدوده سنی ۵۰-۱۰ سال ۳- زمان اختلال کمتر از

جدول شماره ۱: مقایسه فراوانی بهبودی و عود تحت چهار روش درمانی مختلف

روش	متغیر		بهبودی		عود	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تلقین	۱۵	٪۷۵	۲	٪۱۱/۸		
هیپنوز	۱۴	٪۷۰	۵	٪۲۹/۴		
آرامسازی عضلانی	۱۵	٪۷۵	۶	٪۳۵/۳		
دیازپام	۱۳	٪۶۵	۴	٪۲۳/۵		

n: در هر گروه ۲۰ نفر.

$P > ۰/۰۵$ بین چهار روش در هر دو متغیر

تاثیر روش های مختلف درمانی بر روی سرعت بهبودی توسط آزمون آنکوا مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که احتمال می رفت تاثیر نوع درمان تحت تاثیر متغیرهایی نظیر سن، جنس، تحصیلات و نوع بیماری و علائم برجسته بیماری قرار گیرد، متغیرهای مذکور به عنوان متغیرهای همپراشی توسط تحلیل کواریانس بر سرعت بهبودی بررسی شد و نهایتاً اثر خالص نوع درمان بر سرعت بهبودی مشخص گردید. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف فرض نرمال بودن داده ها و آزمون لوین وجود تساوی واریانسها را اثبات نمود و لذا انجام آزمون پارامتریک آنکوا توجیه پذیر گردید.

بر اساس آزمون آنکوا متغیرهای دموگرافیک تاثیر معنی داری روی سرعت بهبودی نداشته و تنها نوع درمان تفاوت های معنی داری در میانگین نمرات سرعت بهبودی گروه ها ایجاد کرده است (جدول شماره ۲).

آزمون های تعقیبی نشان داد تنها میانگین نمرات سرعت بهبودی گروه آرامش عضلانی (Relaxation) با میانگین نمرات سرعت بهبودی گروه دیازپام و هیپنوز تفاوت معنی داری دارد ($P < ۰/۰۵$) ولی سایر میانگین ها تفاوت معنی داری نداشتند (جدول شماره ۳).

اختلال تبدیلی طی یک ماه بعد از اتمام مداخله بر حسب گزارش بیمار یا اعضای خانواده تعریف شده است.

بیماران پس از حذف علامت اصلی و قبل از ترخیص تحت روان درمانی حمایتی از طریق توضیح ماهیت علائم و تاثیر استرس ها در ایجاد اختلال تبدیلی و توصیه های لازم به افراد خانواده و در صورت لزوم تجویز دارو به منظور درمان اختلال همبودی قرار می گرفتند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون های کای دو جهت مقایسه فراوانی بهبودی و عود در روش های مختلف، آزمون فیشر در موارد کوچک بودن مقادیر فراوانی و عود در دو روش مختلف و آزمون آنکوا به منظور مقایسه میانگین های چهار گروه با کنترل متغیرهای همپراش انجام شد.

یافته ها:

در این مطالعه از ۸۰ بیمار، ۵۳ نفر زن (٪۶۶) و ۲۷ نفر مرد (٪۳۴) بودند. میانگین سن بیماران 30 ± 10 سال بود. ۳۷ نفر اختلال همبودی (٪۴۶) داشتند و ۴۳ نفر بدون همبودی (٪۵۴) بودند که در این میان افسردگی اساسی بیشترین موارد همبودی را شامل می شد (۲۷ نفر، ٪۲۳/۷ از کل بیماران). ۲۹ نفر گنگگی (Mutism) (۳۶/۲۵)، ۲۴ نفر ضعف یا شبه فلج عضلانی (۳۰)، ۱۶ نفر گنگگی (Mutism) همراه با ضعف یا شبه فلج عضلانی (۳۰)، ۹ نفر ترمور (۱۱/۲۵)، یک نفر نابینایی (۱/۲۵) و یک نفر کرختی (Paresthesia) (۱/۲۵) داشتند. از نظر تحصیلات ۵ نفر بیسواد (۶)، ۱۷ نفر ابتدایی (۲۱)، ۹ نفر راهنمایی (۲۴)، ۲۹ نفر دبیرستانی (۳۶) و ۱۰ نفر دانشگاهی (۱۳) بودند.

بر اساس اطلاعات حاصل از مطالعه در چهار روش درمانی بکار گرفته شده فراوانی بهبودی و همچنین میزان عود تفاوت معنی داری نداشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲: بررسی تاثیر متغیرهای دموگرافیک بر روی سرعت بهبودی با استفاده از آزمون آنکوا

منبع متغیر	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	توان آزمون
جنسیت	۱۸۶/۶۰	۰/۷۱	۰/۴۰	٪۱۳
سن	۲/۸۱	۰/۰۱۱	۰/۹۱	٪۰۵
متغیرهای همپراشی	۲۰/۶۶	۰/۸	۰/۷۷	٪۰۶
تحصیلات	۲۶۷/۵	۱/۰۲	۰/۳۱	٪۱۷
بیماری همراه	۲۳/۴۱	۰/۰۹	۰/۷۶	٪۰۶
علایم	۶۶۷/۶	۲/۹۸	۰/۰۴	٪۶۸
عضویت گروهی				
متغیر مستقل				

(۱۰۰٪) بطور معنی داری بیشتر از روش هیپنوز (۲۵٪) بود ($P < ۰/۰۵$). طی ۳۰ دقیقه اول درمان فراوانی بهبودی در روش آرامسازی عضلانی (۷۵٪) بطور معنی داری بیشتر از روش تزریق دیازپام (۳۵٪) بود ($P < ۰/۰۱$). فراوانی بهبودی در روش های مختلف و با در نظر گرفتن زمان بیش از نیم ساعت تفاوت معنی داری با هم نداشت ($P > ۰/۰۵$). بین فراوانی عود یکماهه و سرعت پاسخ به درمان تفاوت معنی داری مشاهده نگردید و مفهوم آن این است که بهبودی سریع تر یا کندتر ارتباط معنی داری با احتمال عود بیشتر یا کمتر نداشت.

بدون در نظر گرفتن روش درمانی، تفاوت فراوانی بهبودی و عود و سرعت بهبودی، بین جنس زن و مرد، انواع مختلف علامت، گروه های سنی، وضعیت تحصیلی و شغلی معنی دار نبود ($P > ۰/۰۵$). میانگین زمان پاسخ در بیماران مبتلا به همبودی (۲۰/۶±۱۳/۹ دقیقه) بطور معنی داری کوتاه تر از بیماران بدون همبودی (۲۷±۱۳/۳ دقیقه) بود ($P < ۰/۰۵$)، اما فراوانی بهبودی و عود در این دو گروه تفاوت معنی داری با هم نداشت ($P > ۰/۰۵$). در مقایسه چهار گروه طی ۱۰ دقیقه اول درمان فراوانی بهبودی در روش آرامسازی عضلانی

جدول شماره ۳: مقایسه زوجی میانگین سرعت بهبودی در گروه های مختلف آزمایشی

گروه ها	میانگین نمرات تعدیل شده	گروه ها	میانگین نمرات تعدیل شده	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	P
دیازپام	۲۰/۶۳	هیپنوز	۲۱/۴۵	-۱۱/۸۷	۵/۴۱	۰/۰۲۸
تلقین	۱۸/۸۶	تلقین	۱۸/۸۶	-۱۲/۷	۵/۲۲	۰/۰۱۸
هیپنوز	۲۱/۴۵	تلقین	۱۸/۸۶	-۱۰/۱۰	۵/۳۲	۰/۰۶۳
تلقین	۱۸/۸۶	تلقین	۱۸/۸۶	۰/۸۲	۵/۴۱	۰/۸۷
هیپنوز	۲۱/۴۵	تلقین	۱۸/۸۶	۱/۷۶	۵/۵۱	۰/۷۵
تلقین	۱۸/۸۶	تلقین	۱۸/۸۶	۲/۵۹	۵/۲۸	۰/۶۲

بحث:

در وجود یا عدم وجود همبودی عمدتاً مربوط به تزریق دیازپام و با میزان کمتر آرامسازی عضلانی بوده است. یافته های اخیر مطرح کننده این احتمال است که افرادی که همبودی داشته اند (در این مطالعه اکثراً افسردگی اساسی) اثر آرامبخشی دیازپام و آرامسازی عضلانی ممکن است بتواند در بهبودی آنها تسریع ایجاد کند. با توجه به شیوع قابل توجه همبودی اختلال تبدیلی و افسردگی (۳۰،۲۹،۱۶) این یافته ها ممکن است بتواند مبنایی برای مقایسه و کاربرد روش های مختلف در درمان مبتلایان به اختلال تبدیلی و همبودی افسردگی باشد.

در این مطالعه هیچکدام از متغیرهای ذکر شده در بالا تاثیری در فراوانی عود یکماهه نداشته است.

یکی از محدودیت هایی که در این مطالعه وجود داشت، عدم وجود گروه کنترل بود که به علت موانع اخلاقی در این مطالعه از این روش صرف نظر شد. البته مقایسه گروه های مختلف با همدیگر تا حدودی از این محدودیت می کاهد. محدودیت دیگر مطالعه عدم بکارگیری روش کورسازی (Blindness) است که به علت ضرورت ایجاد ارتباط درمانی سریع تر و مناسب تر با بیمار از این کار صرف نظر شد. در صورت انجام مطالعه پیچیده تر دوسوکور (Double blind) ممکن است بتوان به نتایج دقیق تر و پایاتری دست یافت.

نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که هر چهار روش در درمان اختلال تبدیلی حاد بهبودی قابل توجهی ایجاد می کنند و در روش آرامسازی عضلانی ساده این بهبودی سریع تر از روش هیپنوز و تزریق وریدی دیازپام صورت می گیرد، همچنین روش تلقین منجر به سرعت بهبودی بینابینی و از نظر آماری بدون تفاوت معنی دار با سه روش دیگر می گردد. احتمالاً اثرات

یافته های حاصل از این مطالعه، نشان داد هر چهار روش تلقین، هیپنوز، آرامسازی عضلانی ساده و تزریق وریدی دیازپام در صورت ادامه درمان بیشتر از نیم ساعت به یک میزان بهبودی ایجاد می کنند. با این حال روش آرامسازی عضلانی نسبت به هیپنوز و تزریق دیازپام منجر به بهبودی سریع تر و بهبودی تعداد بیشتری از بیماران در زمان کمتر می شود. متأسفانه مطالعه مشابهی جهت مقایسه این یافته ها در دسترس نبود. تاثیر سریع تر در روش آرامسازی عضلانی ممکن است ناشی از شکستن حلقه معیوب اضطراب (حلقه معیوب روان - جسم) (Mind-Body) از طریق شل سازی عضلانی باشد (۲۷).

این اختلاف را همچنین می توان با توجه به اصول درمانی اختلال تبدیلی (۱۹،۱۸،۱۶،۵،۲) توجیه نمود. در روش تزریق دیازپام صرفاً اثر آرامبخشی و در روش هیپنوز تا حدودی اثر تلقینی اعمال می شود (۵،۲۵)، ولی در روش آرامسازی عضلانی هر دو حالت آرامبخشی و تلقین بهبودی (که در حین درمان داده می شد) با هم اعمال می گردد (۵)، احتمالاً ترکیب این دو حالت در ایجاد بهبودی سریع تر نقش ایفا می کند. با توجه به ارتباط بیشتر درمانگر با بیمار در روش تلقین نسبت به هیپنوز و آرامسازی عضلانی، ممکن است ارتباط درمانی قوی تر (۱۶) در این روش تلقین نسبت به سرعت بهبودی بینابینی نسبت به سه روش دیگر شده باشد.

فراوانی بهبودی بطور متوسط ۷۱ درصد بوده که شبیه یافته های مطالعات قبلی در این زمینه است (۲۸،۱۳،۴) و تفاوت آماری بین چهار روش در این مورد وجود نداشته است. در این مطالعه جنس، سن، نوع علامت، تحصیلات و شغل بیماران ارتباطی با سرعت بهبودی یا فراوانی بهبودی نداشت، ولی وجود همبودی عاملی مرتبط با پاسخ سریع تر به درمان در انواع چهار روش درمانی بود، اما با میزان بهبودی نهایی ارتباطی نداشت. البته تفاوت بین سرعت پاسخ

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند قدردانی می‌گردد.

همزمان تلقین و آرامسازی عضلانی نقش سریع تری در درمان می‌تواند ایفا کند.

منابع:

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association Pub; 2000. p: 425-8.
2. Michael AH. Conversion disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p: 1814-18.
3. Schwartz AC, Calhoun AW, Eschbach CL, Seelig BJ. Treatment of conversion disorder in an African American Christian woman: cultural and social considerations. Am J Psychiatry. 2001 Sep; 158(9): 1385-91.
4. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. Psychother Psychosom. 2002 Mar-Apr; 71(2): 66-76.
5. Looper KJ, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. J Consult Clin Psychol. 2002; 70: 810-27.
6. Heruti RJ, Reznik J, Adunski A, Levy A, Weingarden H, Ohry A. Conversion motor paralysis disorder: analysis of 34 consecutive referrals. Spinal Cord. 2002 Jul; 40(7): 335-40.
7. Campo JV, Negrini BJ. Case study: negative reinforcement and behavioral management of conversion disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Jun; 39(6): 787-90.
8. Heruti RJ. Conversion motor paralysis disorder. South Med J. 2006 Apr; 99(4): 327-8.
9. Krull F, Schifferdecker M. Inpatient treatment of conversion disorder: a clinical investigation of outcome. Psychother Psychosom. 1990; 53(1-4): 161-5.
10. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. Can J Psychiatry. 1990 Oct; 35(7): 585-9.
11. Sharpe M. Medically unexplained symptoms and syndromes. Clin Med. 2002 Nov-Dec; 2(6): 501-4.
12. Bock PJ, Smith SW. Droperidol for the treatment of conversion disorder in the emergency department. Ann Emerg Med. 2006; 48(4): 127.
13. Hafeiz HB. Hysterical conversion: a prognostic study. Br J Psychiatry. 1980 Jun; 136: 548-51.
14. Ataoglu A, Ozcetin A, Icmeli C, Ozbulut O. Paradoxical therapy in conversion reaction. J Korean Med Sci. 2003 Aug; 18(4): 581-4.
15. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. Int J Clin Exp Hypn. 2003 Jan; 51(1): 29-50.
16. Bourgeois JA, Chang CH, Hilty DM, Servis ME. Clinical manifestations and management of conversion disorders. Curr Treat Options Neurol. 2002 Nov; 4(6): 487-97.
17. Ataoglu A, Sir A, Oezkan M. Paradoxical therapy in conversion disorder. Tr J Med Sci. 1998; 28: 419-21.

18. American Psychiatric Association. Conversion disorders. Treatment of psychiatric disorder 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 1989; p: 2152-9.
19. Silver FW. Management of conversion disorder. Am J Phys Med Rehabil. 1996 Mar-Apr; 75(2): 134-40.
20. Lemonnier E, Allilaire JF. Treatments of hysteria. Rev Prat. 1995 Dec; 45(20): 2573-7.
21. Kato M. Epilepsy and pseudoseizures derived from their dissociation. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2006; 108(3): 251-9.
22. Orbach D, Ritaccio A, Devinsky O. Psychogenic, nonepileptic seizures associated with video-EEG-verified sleep. Epilepsia. 2003 Jan; 44(1): 64-8.
23. Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. Bull Menninger Clin. 2000 Spring; 64(2): 164-80.
24. Charles FL, Lora LA, Morton PG, Leonard LL. Drug information hand book. 13th ed. Ohio: Lexi-comp. 2005; p: 434-6.
25. 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.
26. Davis M, Elizabeth R, Mckay M. The relaxation & stress reduction workbook. 5th ed. Oakland: New Harbinger Pub. 2002; p: 32-7.
27. Kozłowska K. Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. Harv Rev Psychiatry. 2005 Jan-Feb; 13(1): 1-13.
28. Shapiro AP, Teasell RW. Behavioral interventions in the rehabilitation of acute v. chronic non-organic (conversion/factitious) motor disorders. Br J Psychiatry. 2004 Aug; 185: 140-6.
29. Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997 Jul; 63(1): 83-8.
30. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. J Psychosom Res. 2002 Apr; 52(4): 187-91.

