

Articles from Ramamental

Conversion Disorder

2011-12-14 22:12:16 admin

น.พ.มาโนช หล่อตระกูล

conversion disorder เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ไม่น้อย ในเวชปฏิบัติทั่วไป มีอยู่ส่วนหนึ่งที่มายังแผนกฉุกเฉิน ด้วยอาการที่ลำบากแก่การประเมินว่า เป็นการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ ปัญหาสำคัญที่มักพบอยู่เสมอคือ การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น conversion disorder โดยเพียงแค่ การตรวจขั้นต้นไม่พบความผิดปกติที่เด่นชัด ทั้งที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือตรวจพบว่า เป็น conversion disorder แล้วก็เลิกสนใจผู้ป่วย โดยคิดว่าเป็นการแสร้งทำ.

conversion disorder เป็นโรคที่มีความสูญเสีย หรือเปลี่ยนแปลง ในการทำงานของร่างกาย ส่วนที่อยู่ใต้การควบคุมของจิตใจ หรือในหน้าที่ของร่างกาย ที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ซึ่งความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นนี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านจิตใจ. อาการที่เกิดขึ้น ทำให้สงสัยว่าเป็นโรคทางร่างกาย แต่จากการตรวจร่างกาย และส่งตรวจพิเศษ พบว่า ไม่สามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้นได้ตามหลักการแพทย์.

แม้ว่าอาการเป็นมาจากปัจจัยทางด้านจิตใจ แต่ผู้ป่วยไม่ทราบ หรือตระหนักถึงที่มาของอาการนี้ และไม่ตั้งใจให้เกิดอาการ.

ระบาดวิทยา

ความชุกของโรคนี้ในประชากรทั่วไปยังไม่ทราบ จากสถิติการรับปรึกษาผู้ป่วย ของแผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าความชุก 5-16 % เพศหญิงพบบ่อยกว่าเพศชาย เศรษฐฐานะ และการศึกษาดำ มักอยู่ในชนบท (1) พบได้ทุกวัย แต่ที่พบบ่อย คือช่วงวัยรุ่น และผู้ใหญ่ตอนต้น.

สาเหตุ

1. ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า ผู้ป่วยมีการพัฒนาการ ของจิตใจในบางลักษณะ ที่ทำให้ตอบสนอง ต่อความกดดัน ทางจิตใจ บางชนิดด้วยอาการ conversion. ความกดดันนี้ ทำให้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง จากการที่มันไปกระตุ้น ความขัดแย้งในจิตใจ ที่มีอยู่เดิมให้มากขึ้น โดยมาก มักเกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศ, ความก้าวร้าว หรือ การพึ่งพิงผู้อื่น, ทำให้จิตใจเสียสภาพสมดุล. ผู้ป่วยจะมีกฎปรับจิตใจ ให้กลับสู่สภาพสมดุลใหม่ โดยการใช้กลไกทางจิต เปลี่ยนความขัดแย้งนั้น มาเป็นอาการทางร่างกาย.
2. Engel (2) เห็นว่ามีแรงจูงใจหลายประการ ที่ทำให้เกิดอาการในผู้ป่วย เช่น อาการนั้น ทำให้ความต้องการ ในจิตไร้สำนึก ได้ระบายออกบางส่วน , การแสดงออก ของอาการ เป็นเหมือนกับ การลงโทษ ต่อความต้องการนั้นด้วย, เพื่อให้ตนเองสามารถเลี่ยง ต่อสถานการณ์ ที่เป็นอันตราย ต่อตนเอง และการที่ตนเอง ตกอยู่ในสภาพของผู้ป่วย เป็นการตอบสนอง ความต้องการพึ่งพิงผู้อื่น ของตนเองด้วย.
3. อาการที่แสดงเป็นเสมือนสื่อในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจาก การสื่อสารทางตรง ไม่สามารถกระทำได้ ไม่ว่าจะมาจากปัจจัยในจิตสำนึก, จิตไร้สำนึก, สภาพแวดล้อม หรือทางด้านวัฒนธรรม ก็ตาม.
4. อาการนั้นเกิดจากการมี cortical arousal มากเกินไป ซึ่งจะไปกระตุ้น negative

feedback loop ระหว่าง cerebral cortex กับ reticular formation ส่งผลให้เกิดการยับยั้ง afferent sensorimotor impulse ทำให้การรับรู้ในส่วนของร่างกาย ลดลงไป.(3)

อาการและอาการแสดง

ลักษณะที่สำคัญคือ อาการและอาการแสดง ไม่เป็นไปตาม ลักษณะทางกายวิภาค หรือพยาธิสรีระวิทยา หรือเข้ากับโรคใด ๆ ทางกายแพทย์. การแสดงออก ของอาการนั้น จะบ่งถึงแนวคิดหรือการรับรู้ ที่ผู้ป่วยมีต่อโรค หรืออาการทางร่างกาย (4) เช่น เวลาชาแขน จะมีขอบเขต ที่แน่นอนเป็นแถบชัด. อาการที่พบบ่อย มักเป็นอาการที่บ่งไปทาง โรคของระบบประสาท ได้แก่ อาการชัก, gait disturbance, tremor และ paralysis ซึ่งอาการเหล่านี้ พบถึงร้อยละ 90 ของโรค. (5)

1. **อาการชัก (6,7)** พบได้ไม่น้อย ในรายที่ชัดเจน จากการชักประวัติ และตรวจร่างกาย จะพบว่า ขั้นตอนของการชัก ไม่เป็นไปตามลำดับ เหมือนโรคลมชัก. ผู้ป่วยรู้ตัวขณะชัก, reflex ไม่เปลี่ยนแปลง, ไม่มีปัสสาวะรดหรือกัณธิน, ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ หรือได้รับอันตรายจากการชัก, ชณะชักหรือหลังชัก ผู้ป่วยพยายามปิดตา, เมื่อผู้ตรวจเล็กลงหนึ่งตา จะมีแรงต่อต้าน, รูปแบบการชักไม่ออกมาชัดเจน ว่าเป็นแบบ tonic หรือ clonic, เมื่อพยายามจับดึงตัว จะยิ่งชักมากขึ้น หรือบางรายอาจชักแบบ status epilepticus. (8) ในทางปฏิบัติ บางครั้งแยกยาก จากการชักจริง โดยเฉพาะในรายที่ เป็นโรคลมชักอยู่เดิมแล้ว และผลการตรวจคลื่นสมองปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลง ที่ไม่ชัดเจน. (9)
2. **อาการด้าน sensory** อาการที่เกิดขึ้น ไม่เข้ากับกายวิภาค ของระบบประสาท ขอบเขตแบ่งชัดเจน มักเสียความรู้สึกไป ทุกชนิดพร้อม ๆ กัน ทั้งความรู้สึกปวด, อุณหภูมิ, หรือสัมผัส. แต่ละครั้งที่ตรวจ บริเวณที่เสียความรู้สึกจะต่างไปจากเดิม. การตรวจซึ่งเดิมเชื่อว่า บ่งถึงอาการ conversion ได้แก่ การเสียความรู้สึก ต่อ pinprick มักแบ่งตรง กึ่งกลางลำตัวพอดี และการที่บริเวณที่เป็น มี vibratory sensation ลดลง นั้น พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรค ทางร่างกาย ก็ตรวจพบ ลักษณะเช่นนี้ ได้ไม่น้อยเช่นกัน. (10) นอกจากนี้ อาจมี อาการตาบอด, tunnel vision, หูหนวก, หรือ ไม่ได้กลิ่น ได้.
3. **อาการด้าน motor** อาจเป็นแบบ monoplegia, hemiplegia หรือ paraplegia. การตรวจ เมื่อยกขา ข้างที่เป็นขึ้น แล้วปล่อย จะตกลงช้ากว่า ที่พบในรายที่เป็นจริง, เมื่อตรวจแต่ละครั้ง จะพบว่า muscle power ไม่เท่ากัน, อาการอ่อนแรง มักเป็น กับขาส่วนต้น มากกว่าส่วนปลาย ทำให้เมื่อผู้ป่วยเดิน จะมีลักษณะ ต่างจากที่พบในโรคทางร่างกาย.
4. **อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ (11)** เช่น อาเจียน ตั้งครรภ์เทียม ในกรณีที่ เห็นชัดว่า อาการนั้น เป็นการแสดงออก จากความขัดแย้งในจิตใจ.
5. **อาการอื่น ๆ** เช่น หลาย ๆ อาการร่วมกัน, hyperemesis gravidarum, (12) hallucination (13) และ urinary retention. (14)

ปัจจัยด้านจิตใจ

การตรวจไม่พบว่าเข้ากับโรคใดทางร่างกาย หรือไม่สามารถอธิบาย การเกิดอาการ ตามทางกายแพทย์ได้นั้น ยังไม่เพียงพอ แก่การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น conversion disorder. จำต้องมีปัจจัยด้านจิตใจต่าง ๆ มาช่วยสนับสนุน การวินิจฉัยด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาในแง่มุมนี้น้อยอยู่. ปัจจัยต่อไปนี้เชื่อกันว่าเกี่ยวข้องกับ conversion disorder.

1. **Somatisation disorder** หากผู้ป่วยเป็นโรค somatization disorder, เคย มีประวัติของอาการ conversion มาก่อน หรือเคยมีการเจ็บป่วย โดยไม่ทราบสาเหตุ อาการที่เป็น ในครั้งนี้ มีโอกาส ที่จะเป็น conversion disorder สูง.

2. **มีความผิดปกติทางด้านจิตเวชร่วมด้วย** จากการศึกษาผู้ป่วย conversion disorder พบว่า มีความผิดปกติด้านจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วยสูง เช่น โรคซึมเศร้า (8) โรคจิตเภท หรือ บุคลิกภาพผิดปกติ.
3. **มีต้นแบบของอาการให้เลียน (modeling)** อาการครั้งนี้อาจเหมือนกับ อาการที่เคย เจ็บป่วยจริง ในครั้งก่อน หรืออาจเลียนแบบจาก การเจ็บป่วยของ บุคคลสำคัญในชีวิต โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็ก เช่นผู้ป่วยที่มาด้วย อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาจมีประวัติว่า แม่ เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขณะที่ผู้ป่วยยังเด็ก.
4. **มีประวัติของความกดดันทางด้านจิตใจที่มากก่อนเกิดอาการ** ปัจจุบันนี้มีความ สำคัญ แต่ บางครั้ง ยากแก่การประเมินว่า อะไรเป็นความกดดันทางจิตใจบ้าง. นอกจากนี้ อาการทางร่างกาย ยังอาจกำเริบได้ จากปัญหาทางด้านจิตใจ.
5. **อาการที่เป็นสื่อความหมายอะไรบางอย่าง (symbolism)** ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบาย สิ่งที่คับข้องใจออกมา เป็นอาการทางร่างกาย ความกังวลลดลง (primary gain).
6. **ผู้ป่วยได้รับ secondary gain จากอาการ** กล่าวคือ การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ ผู้คนรอบข้างเห็นใจ, ห่วงใย หรือมีท่าทีต่อผู้ป่วย เปลี่ยนไปจากเดิม. อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในช่วงหลังพบว่า ผู้ป่วยโรคทางร่างกายก็มี secondary gain ได้พอ ๆ กัน.
7. **ผู้ป่วยไม่ค่อยจะใส่ใจต่ออาการของตนเท่าที่ควร (La belle indifference)** พบ ว่า ผู้ป่วยโรคทางร่างกาย ก็เป็นเช่นกัน.(11)

จากการศึกษาในระยะหลังพบว่า มีเพียงปัจจัยในข้อ 1-4 เท่านั้น ที่มีความแม่นยำสูง ในการ ช่วยวินิจฉัย (established validity). (15)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็น conversion disorder นั้น ทำโดยการแยกโรคอื่น ที่สงสัยออกไป ก่อน โดยเฉพาะ โรคทางร่างกาย (**diagnosis by exclusion**) เมื่อไม่พบว่า เข้ากับโรคทาง ร่างกายใด ๆ หรือไม่สามารถอธิบายอาการได้ ตามหลักการแพทย์ จึงมาดูว่าเป็น conversion disorder หรือไม่. การวินิจฉัยดูตาม **ตารางที่ 1** ร่วมกับ พบปัจจัยร่วมทางด้าน จิตใจ **ดังกล่าวข้างต้น.**

การที่จะวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ควรจะระมัดระวัง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการทางระบบ ประสาท หรือพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติการปรับตัวที่ดี ทั้งในชีวิตครอบครัว และสังคมนอกบ้าน เนื่องจากมีโอกาสวินิจฉัยพลาดสูง เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ควรต้องทราบถึงข้อมูลต่าง ๆ ใน ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ทั้งในด้านจิตใจ, สังคมแวดล้อม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น จนทำให้มั่นใจ ได้ว่า เราเข้าใจถึงที่มาของ ของอาการนี้ ในผู้ป่วยคนนี้. (4)

ในรายที่ประวัติและการตรวจร่างกาย กำกวม ไม่แน่นอน ควรตระหนักไว้ว่า ผู้ป่วยอาจ มาหา ในครั้งต่อไป ด้วยโรคทางร่างกาย หรือทางจิตเวชที่รุนแรงกว่านี้.

การวินิจฉัยแยกโรค

1. **โรคทางร่างกาย (16,17)** โรคทางระบบประสาท และโรคทางร่างกาย บางโรคมีอาการ ที่ไม่ชัดเจน เช่น Guillain-Barre Syndrome, brain tumor, หรือ SLE. จำเป็นต้อง ติดตามใกล้ชิด ดูว่าผู้ป่วยมีอาการอื่น ร่วมในช่วงหลัง ที่เข้ากับโรคที่สงสัยหรือไม่. หากผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นอยู่ จากการซักจูงโนมน้าวของเรา บ่งว่า โรคนั้นเป็นจาก ปัญหาทางด้านจิตใจ. แต่ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้นเพียงบางส่วน ยังบอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร เนื่องจาก โรคทางร่างกาย ก็พบเป็นเช่นเดียวกัน. (11,18) (มักเข้าใจกันว่า ผู้ป่วยเป็น psychogenic เพราะว่าจินตนาการเข้ามาแล้วอาการดีขึ้น) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วย เป็น conversion disorder ก็มีได้หมายความว่า จะไม่มีโรคทางร่างกาย เนื่องจากอาจ

พบร่วมกันได้. (3)

จากการติดตามผู้ป่วย ที่วินิจฉัยว่าเป็น conversion disorder พบว่า เป็นโรคทางร่างกาย 13-30 %.(15) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การตรวจร่าง ยังไม่ละเอียดพอ, ในช่วงเริ่มแรกของบางโรคอาการ อาจไม่เป็นไปตามแบบฉบับ หรือไม่พบอาการที่ช่วยในการวินิจฉัย (1) ดังเช่นในโรค multiple sclerosis. นอกจากนี้ โรคทางร่างกาย ยังอาจทำให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ มีพฤติกรรม ที่ทำให้ชวนสงสัยว่า มีปัญหาด้านจิตใจ.

2. **โรค psychosomatics** ความกดดันทางด้านจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วย มีอาการกำเริบ (เช่น อาการอาเจียน จากแผลในกระเพาะอาหาร, โรคหอบหืด) ไม่จัดว่า เป็นอาการ conversion เนื่องจาก พบว่ามีพยาธิสภาพ หรือสามารถอธิบาย การเกิดอาการได้ ตามหลักการแพทย์.
3. **โรคทางจิตเวชอื่น** ที่ความรุนแรงของโรคมักกว่า conversion disorder และมีอาการ conversion เป็นอาการร่วม เช่น โรคจิตเภท , somatization disorder การวินิจฉัยและการรักษา เป็นไปตามโรคที่มีความสำคัญกว่า.
4. **Factitious disorder และ malingering** ทั้งสองโรคนี้ ผู้ป่วยจงใจสร้างอาการขึ้นมาต่างกันตรงที่ใน malingering นั้น ผู้ป่วยแสร้งทำ เพื่อหวังผลบางอย่างเช่น ได้เงินตอบแทนจากการเจ็บป่วย, ส่วนใน factitious disorder นั้น ผู้ป่วยไม่ทราบ ถึงที่มาของการกระทำของตนเอง.

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (2,3,19,20)

อาการส่วนใหญ่ มักเป็นเร็ว และเป็นอยู่ไม่นาน พบว่า 50-90 % ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล หายจากอาการ ขณะจำหน่าย และมี 25 % เกิดอาการขึ้นมาอีก ในช่วง 1-6 ปีต่อมา โดยเฉพาะ เมื่อผู้ป่วยมีความกดดันทางด้านจิตใจอยู่เสมอ, มีพยาธิสภาพด้านจิตใจอื่น ๆ ร่วมด้วย หรือมี secondary gain มาก.

การพยากรณ์โรคจะดี ในรายที่อาการเป็นเร็วและเป็นมาไม่นาน, มีสาเหตุกระตุ้นที่ชัดเจน บุคลิกภาพดี และไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือทางจิตเวชร่วมด้วย.

การพยากรณ์โรคไม่ดี ในรายที่มีประวัติอาการ conversion หลาย ๆ ครั้ง หรือมี secondary gain มาก.

การรักษา

สิ่งสำคัญ คือ เจตคติ และท่าทีของผู้รักษา ที่มีต่อผู้ป่วย ต้องเข้าใจว่า ถึงแม้อาการที่เป็น จะมีไข้โรคทางร่างกาย อย่างที่สงสัยแต่แรก แต่ผู้ป่วยนั้น ไม่ได้แสร้งทำ และอาการที่เกิดขึ้นนี้ มีผลต่อตัวเขา และบุคคลรอบข้าง ไม่น้อยไปกว่าอาการที่เป็นจริง ๆ.

ในการรักษานั้น แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน (3,18)

1. **ขั้นตอนแรก** เน้นให้ผู้ป่วยหายจากอาการ โดยการใช่วิธีชักจูง ให้ผู้ป่วยเชื่อว่า อาการจะดีขึ้นเรื่อย ๆ (suggestion) ร่วมกับท่าที ที่สนับสนุนให้กำลังใจ. การบอกกับผู้ป่วย ไปตรงๆ ว่า ตรวจแล้วไม่พบอะไรผิดปกติ หรืออาการ เป็นจากอุปาทานนั้น ไม่ได้ช่วยอะไร กลับจะทำให้ สัมพันธภาพในการรักษา แย่ลง. จะเป็นการดีกว่า หากจะหันไปสนใจ ถามเกี่ยวกับเรื่องราวทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ช่วงใกล้เคียงขณะเกิดอาการ. ในขณะที่รับฟัง เรื่องราวจากผู้ป่วย ก็ค้ำประกันว่า อาการของเขานั้น ส่อถึงความหมายอะไรหรือไม่, อาการนั้น ช่วยแก้ปัญหอะไร ให้แก่เขา, ที่เขาไม่กล้าแสดง ความต้องการ บางอย่างออกมาโดยตรง เพราะกลัวอะไร. จากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มา จะช่วยให้เข้าใจ ผู้ป่วยได้ดีขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วย ได้ระบาย ในสิ่งที่ไม่เคยแสดงออก มาก่อน นอกจากผ่าน ทางอาการเท่านั้น. หากอาการนั้น บ่งถึงการต้องการสื่อ สาร อะไรบางอย่าง การชักจูงญาติ หรือเพื่อนผู้ป่วย เข้าร่วม ในการ

ช่วยเหลือผู้ป่วย จะมีประโยชน์ มาก. (15)

2. **ขั้นตอนที่สอง เป็นการให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงที่มาของอาการ** ตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ ซึ่งมากระตุ้น ที่มีต่อตนเอง และหาหนทาง ในการปรับตน ที่เหมาะสมกว่าเดิม. หาก ความกดดันภายนอก,ยังคงมีอยู่ หรือผู้ป่วยมีปัญหา ทางจิตใจเดิมอยู่มาก จำเป็นต้องทำ จิตบำบัดระยะยาว เพื่อเข้าไปวิเคราะห์ แก้ไขถึงจุดขัดแย้งในจิตใจ. เมื่อมี secondary gain มาก จำเป็นต้องทำพฤติกรรมบำบัด และปรับสิ่งแวดล้อม เพื่อลด gain ที่มี ซึ่งอาจต้องเข้าไป เกี่ยวข้องจัดการกับสภาพ ครอบครัว และคนใกล้ชิด โดยส่วนใหญ่แล้ว อาการมักเป็นอยู่ไม่นาน ถ้าผู้รักษาใช้ suggestion ร่วมกับมี ท่าทีที่เข้าใจผู้ป่วย ก็จะหายจากอาการเร็วขึ้น ที่อาจจะมึปัญหา ในการรักษา คือ รายที่ประเมิน การพยากรณ์โรคแล้วไม่ดี ดังกล่าวแล้วข้างต้น มีรายงานการใช้ยาแก้เศร้า, ลิเทียม หรือ การใช้ไฟฟ้า ในการรักษา แต่ส่วนใหญ่ จะเป็นในรายที่เรื้อรัง และไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ. (20)

เกณฑ์การวินิจฉัย conversion disorder ตาม DSM IV

- มีอาการหรือการบกพร่องของด้าน voluntary motor หรือ sensory ซึ่งทำให้สงสัยว่าเป็นโรคทาง ระบบประสาท หรือเป็นความเจ็บป่วย ทางร่างกาย
- มีปัจจัยทางด้านจิตใจที่สัมพันธ์กับอาการ เนื่องจากพบมีความขัดแย้งในจิตใจ หรือความกดดัน ก่อน การเกิด หรือกำเริบของอาการ
- ผู้ป่วยมิได้ตั้งใจ หรือมิเจตนาก่ออาการ
- อาการที่เกิดขึ้น ไม่สามารถอธิบายได้ จากการตรวจร่างกาย และส่งตรวจพิเศษว่า เป็นโรคใดทางร่างกาย

กลับที่เดิม

เอกสารอ้างอิง

1. Lazare A. Hysteria. In: Hackett TP, Cassem NH, eds. MGH Handbook of General Hospital Psychiatry. Saint Louis: CV Mosby Company, 1978; 117-40
2. Stoudemire GA. Somatoform disorders, Factitious Disorders and Malingering. In: Talbott JA, et al, eds. Textbook of Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1988; 533-556.
3. Barsky AJ. Somatoform disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry V vol 2. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989; 1013-1017.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: World Health Organization, 1992; 151-3.
5. Marsden CD. Hysteria-a neurologist's view. Psychol Med 1986 ; 16:277-88.
6. Lempert T, Schmidt D. Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. J-Neurol 1990; 237(1): 35-8.
7. Viederman M. Somatoform and factitious disorders. In: Cavenar Jr JO, ed. Psychiatry vol 1. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1986; 35:16-19.
8. Pakalnis A, Drake ME Jr, Phillips B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. Neurology 1991; 41(7): 1104-6.

9. Cassem NH, Barsky AJ. Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In: Cassem NH, ed. MGH Handbook of General Hospital Psychiatry. Saint Louis: CV Mosby Company, 1991.
10. Rolak LA. Psychogenic sensory loss. J Nerv Ment Dis 1988; 176 (11): 686-7.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987; 257-9.
12. el-Mallakh RS, Liebowitz NR, Hale MS. Hyperemesis gravidarum as conversion disorder. J Nerv Ment Dis 1990; 178(10): 655-9.
13. Spivak B, Livnat E, Weizman A, Rabinowitz S, Mark M. True conversive hallucinations. Psychopathology 1991; 24(1): 19-24.
14. Sagar RS, Anuja N. A case of psychogenic urinary retention [letter]. Am J Psy 1988; 145(9): 1176-7.
15. Lazare A. Conversion symptoms. N Eng J Med 1981; 305 (13): 745-8.
16. Jones JB, Barklage NE. Conversion disorder. Camouflage for brain lesions in two cases. Arch Intern Med 1990; 150(6): 1343-5.
17. Fishbain DA, Goldberg M. The misdiagnosis of conversion disorder in a psychiatric emergency service. Gen Hosp Psychiatry 1991; 13(3): 177-81.
18. Maltbie AA. Conversion Disorders. In: Cavenar Jr JO, Brodie HK, eds. Signs and Symptoms in Psychiatry. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1983; 79-108.
19. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. Can J Psychiatry 1990; 35(7): 585-9.
20. Krull F, Schifferdecker M. Inpatient treatment of conversion disorder: a clinical investigation of outcome. Psychother Psychosom 1990; 53(1-4): 161-5.
21. Merskey H. conversion disorder. In: APA task force on treatment of psychiatric disorder, ed. Treatment of Psychiatric Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1989, 2152-9.



Ramamental

Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

tumblr

my

Share

Email