مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره سی و یک، شماره دوازدهم، اسفند ۱۴۰۲
تاریخ دریافت:۱۴۰۲/۰۵/۲۶
تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۰۷/۰۸

# درخواست مکرر بایپریدن تزریقی در بیمار با انحراف نامعمول گردن و سابقه اختلال عصبی– تکاملی

رضا کیانی[۱]، حمید جلالی‌فرد[۲]، رضا بیدکی*[۲،۳]

## گزارش مورد

**مقدمه:** تمارض یکی از تشخیص‌های افتراقی در حوزه اختلالات طبی و خصوصاً در حیطه پزشکی قانونی می‌باشد. در این حالت فرد با انگیزه‌های بیرونی جهت کسب سود مالی، اجتناب از انجام وظایف اجتماعی یا شغلی، یک اختلال طبی یا روانپزشکی را تقلید می‌نماید. در برخی از موارد تشخیص یک وضعیت طبی یا روانشناختی از تمارض سخت و چالش‌برانگیز می‌باشد. در این گزارش مورد، بیمار جوان با سابقه بستری‌های متعدد، نقایص عصبی - تکاملی و ناتوانی ذهنی به دلیل پرخاشگری، خلق تحریک‌پذیر و انحراف گردن، تقاضای دریافت بایپریدن به‌صورت تزریقی را داشت و جهت دریافت آن، عامدانه وضعیت دیستونی دادن به گردن را نشان داد. سعی ما بر این است که در مورد یکی از علائم عصبی روانی، که به دنبال آن بیمار درخواست تزریق دارویی را جهت برطرف نمودن آن علامت کرده است، بحث نماییم تا تشخیص‌های به ذهن متبادر شده مثل عارضه دارویی، اختلال ساختگی و اختلال تبدیلی را از یکدیگر افتراق دهیم. از طرفی طی جستجوهای اخیر در متون مشابه قبلی، نتایج و پیشنهادات ضد و نقیضی ارائه گردیده است.

**واژه‌های کلیدی:** بای‌پریدن، تمارض، دیستونی

**ارجاع:** کیانی رضا، جلالی‌فرد حمید، بیدکی رضا. **درخواست مکرر بای‌پریدن تزریقی در بیمار با انحراف نامعمول گردن و سابقه اختلال عصبی-تکاملی.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۲؛ ۳۱ (۱۲): ۷۲-۷۲۶۴.

۱- مرکز تحقیقات قلب و عروق یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
۲- مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
۳- مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۵۳۲۶۳۲۰۰۱، پست الکترونیکی: Reza_bidaki@yahoo.com، صندوق پستی: ۸۹۹۱۶۸۳۳۱۶

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]

## مقدمه

رفتارهای غیرطبیعی جهت اخذ و جستجو خدمات بهداشتی-درمانی می‌تواند در زمینه رفتارهای بالینی و غیربالینی متنوع به‌صورت مبالغه در نشان دادن علائم، تقلید و دروغین جلوه دادن علائم تظاهر پیدا نماید (۳-۱). این مطالعه با عدم تأیید صریح تعاریف استاندارد اختلالات ساختگی (Factitious Disorders) در واژه‌نامه پزشکی، از گزارش‌های قبلی فاصله می‌گیرد و به دلایل متعدد، استفاده و مشروعیت تمارض به عنوان شکل خاصی از اختلال روانی را زیر سوال می‌برد. اولاً، اگر چه اختلالات ساختگی و تمارض (Malingering) هر دو از نظر بالینی مهم هستند، اما تمارض یک رفتار اجتماعی فراگیر در طبیعت انسان است. دوما، شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد (هم بیماران و هم پزشکان) مکرراً درگیر طیف وسیعی از رفتارهای فریبنده هستند؛ رفتارهایی خارج از ارزیابی علائم پزشکی و به دلایل مختلف (۶-۴). مطالعات عصب روانشناختی در مورد تمارض در ۳۰ سال گذشته گسترش یافته است. بخش توصیف کننده تمارض در DSM از سال ۱۹۸۰ به ندرت تغییر کرده است و در DSM 5 به روز نشده است (۷). اختلال عصبی عملکردی (Functional Neurological Symptom Disorder) تولید ناخواسته علائم عصبی است، در حالی که اختلال ساختگی و تمارض نشان دهنده تولید داوطلبانه علائم با انگیزه‌های درونی یا بیرونی است که این اغلب اشتباه گرفته می شود (جدول ۱). پزشکان اغلب با علائم پزشکی غیرقابل توضیح مواجه می‌شوند که تقریباً ۳۰٪ از مشاوره متخصص مغز و اعصاب را تشکیل می‌دهند. چالش اول شناسایی آنهاست. اختلال ساختگی و تمارض باید به وضوح از اختلال تبدیلی مشخص شود. اختلال ساختگی باید به عنوان یک بیماری روانی در نظر گرفته شود و تحقیقات بیشتری در مورد فیزیوپاتولوژی و درمان آن مورد نیاز است، در حالی‌که تمارض یک بیماری غیرپزشکی است که در پزشکی حقوقی با آن مواجه می‌شویم (۸). در اختلال ساختگی، بیماران عمداً علائم جسمی و یا روانی را روی خود یا شخص دیگری اجرا، تظاهر و یا اغراق می‌کنند، بدون اینکه مزیتی نسبت به خود وضعیت پزشکی داشته باشند. هنگامی که رفتار با انگیزه‌های بیرونی مانند اجتناب از انجام وظیفه نظامی، کار یا دریافت غرامت مالی برانگیخته می‌شود، اصطلاح مناسب تمارض است. مرزها ممکن است نامشخص باشند، و در نظر گرفتن تمارض به عنوان یک بیماری پزشکی یا رفتار عادی هنوز یک بحث است (۹). در این گزارش موردی، درخواست بیمار به‌صورت تقاضای دریافت بای‌پیریدن به‌صورت تزریقی می‌باشد و جهت دریافت آن، عامدانه وضعیت دیستونی دادن به گردن را نشان می‌داد. چندین مطالعه تاثیر بای‌پیریدن در درمان دیستونی گردن را بررسی کرده‌اند و تاثیرگذاری آن در درمان این وضعیت اثبات شده است (۱۰). بای‌پیریدین از دسته داروهای آنتی‌کولینرژیک است که عوارض گسترده داشته و احتمالی بالقوه جهت سوءمصرف دارد؛ زیرا در بهبود علائم روانپریشی منفی و نیز درمان فقدان لذت (Anhedonia) ناشی از نورولپتیک کاربرد دارد (۱۱). در نتیجه، بیماران مصرف‌کننده داروهای اعصاب، در معرض خطر سوءاستفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک مانند بایپیریدن و تری‌هگزی‌فنیدیل می‌باشند. دومین گروه در معرض خطر افرادی هستند که به‌طور قابل‌توجه، سابقه مصرف چند ماده را دارند (۱۲). در این مطالعه علاوه بر مطرح شدن تشخیص‌های افتراقی، عوارض مصرف بای‌پیریدن نیز بحث می‌شود که می‌تواند در تشخیص و درمان این نوع بیماران و نیز پیشگیری از عوارض جدی بعدی بسیار کمک دهنده باشد.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]


CC BY-NC 4.0




**جدول ۱:** مقایسه ویژگی‌های اختلال ساختگی، تبدیلی و تمارض (۱۴-۱۲)

## گزارش مورد

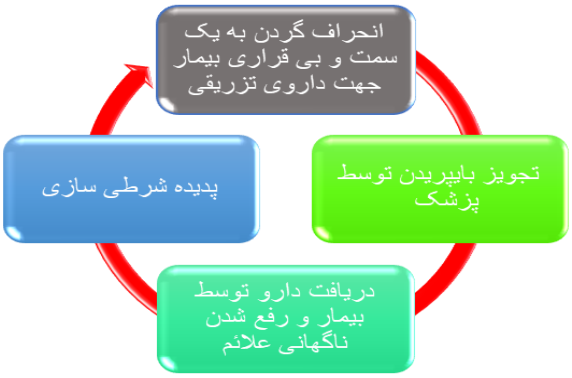
بیمار آقای ۲۵ ساله، مجرد، بیکار، راست دست، بی‌سواد، معاف از سربازی، با سابقه نقایص عصبی - تکاملی (Neurodevelopmental Disorders) و ناتوانی ذهنی (Intellectual Disability) با نمره هوشبهر ۶۸ و دارای تفکر عینی و بدون سابقه تشنج می‌باشد. بیمار با سابقه بستری‌های مکرر قبلی روانپزشکی (بیش از ۱۰ بار) با تشخیص تایید شده روانپزشک، بر اساس کرایتریای۵ DSM، به دلیل پرخاشگری، بدبینی، مصرف سیگار، قطع مصرف داروهای روانپزشکی، رفتارهای سازمان نیافته و درخواست‌های مکرر، نابجا و غیرمنطقی داروی خاص بای‌پیریدن، توسط خانواده در بخش روانپزشکی بستری گردیده است. از دیگر علائم بیمار خلق تحریک‌پذیر، بدبینی نسبت به اطرافیان، ولخرجی، افزایش میل جنسی و تمایل به جنس مخالف، افزایش مصرف سیگار، کاهش میزان خواب و اشتها، خودگویی و راه‌رفتن مداوم بود. بیمار به مادرش فحاشی می‌کرده و نسبت به او شکاک بوده است همچنین گاها گریه می‌کرده و رفتارهای عجیب از جمله عریان از خانه بیرون رفتن داشته است. علائم منفی روان‌پریشی از قبیل عدم توجه به نظافت و بهداشت شخصی و ظاهر خود، گسستن از اجتماع و فقر محتوای تفکر نیز داشته است. بیمار سابقه توهم، اختلال وسواس اجباری، سوءمصرف مواد مخدر، الکل، تروما، ضربه به سر،آتش افروزی و آزار حیوانات نداشته است. بر اساس مصاحبه روانپزشکی مشخص گردید که که بیمار به‌صورت آگاهانه حالت انحراف گردن را تقلید نموده و قادر است خودش مجددا گردن را به حالت طبیعی برگرداند و بر اساس مواجهه‌سازی (Confrontation) ایشان با دریافت این دارو، از نظر خلقی وضعیت بهتری داشته و همچنین نسبت به دریافت این دارو شرطی شده است؛ به‌طوری که تقاضای تجویز بای‌پیریدن تزریقی را داشته و حالت دیستونی وی با دریافت این دارو به سرعت برطرف می‌شده است (نمودار۱). بیمار جهت دریافت دارو علائم دیستونی گردن را گاهی سمت راست و گاهی سمت چپ این عضو اظهار می‌کرد و پس از دریافت بایپریدن به سرعت علائمش را برطرف می‌کرد، که نشان‌دهنده تظاهر وی به این حالت بود (شکل ۱). همچنین حین معاینه، گردن بیمار انقباض، اسپاسم و سفتی نداشت و دردناک نبود است به‌طوری که فرد معاینه‌گر به راحتی می‌توانست گردن را به حال طبیعی برگرداند که این موارد مخالف وضعیت و شرایط دیستونی است. پس از بستری بیمار و تحت درمان دارویی قرار گرفتن، علائم بیمار بهبود یافت و با ذکر علائم هشدار و دستور دارویی کلروپرومازین (۱۰۰میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)،

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]
[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]


CC BY-NC 4.0

سدیم‌والپروات (۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)، لیتیم کربنات (۳۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)، تیوریدازین (۲۵ میلی‌گرم هرشب) و مدروکسی پروژسترون استات ۵ میلی‌گرم (روزی .

یک عدد) مرخص شد. خانواده بیمار فرم رضایت درمان با الکتروشوک (Electroconvulsive Therapy) را جهت انجام این کار تکمیل نکردند، لذا انجام نشد.




نمودار ۱: شرطی سازی و تقویت مثبت دریافت دارو



شکل ۱. انحراف عمدی گردن باهدف دریافت داروی تزریقی بایپریدن دراثر شرطی شدن به منظور بالابردن خلق وخو

## بحث

واکنش دیستونیک حاد که به عنوان اسپاسم و انقباضات غیرارادی عضلانی از جمله عضلات گردن، چانه، چشم و دهان توصیف می‌شود؛ یک عارضه جانبی خارج هرمی است که به دنبال مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک ممکن است رخ دهد (۱۳). دیستونی عملکردی یک وضعیت حرکتی نورولوژیک است که مداوم بوده و عضلات دچار انقباض شده که باعث می‌شود یک وضعیت غیرطبیعی، اغلب دردناک و تکراری در منطقه‌ای از بدن فرد به خود بگیرد. این اختلال، دومین اختلال شایع حرکتی عملکردی بعد از ترمور می‌باشد و از ناتوان کننده‌ترین و چالش برانگیزترین اختلالات این دسته است (۲). در صورتی‌که علائم حرکتی بیمار مزمن، مداوم و ناتوان‌کننده نیست، بنابراین نمی‌تواند از نوع دیستونی عملکردی باشد. اختلال ساختگی یک اختلال روانپزشکی است که در آن افراد مبتلا به عمد علائم جسمی یا روانی را برای به عهده گرفتن نقش یک بیمار جعل می‌کنند. بدون هیچ سود آشکار بیماران مبتلا به اختلال ساختگی اغلب در بیمارستان بستری می‌شوند و تحت درمان قرار می‌گیرند. بیماران به‌طور فریبنده‌ای علائم بیماری و یا آسیب‌ها را روی خود، حتی در نبود مزایای بیرونی آشکار مانند سود مالی، خانه یا دریافت دارو، شبیه‌سازی و ایجاد می‌کنند (۱۴,۱۵). اما به دلیل همپوشانی موارد فوق و تغییر علایم بیمار در طی زمان، به‌کارگیری آن‌ها دشوار است. تایید اینکه هدف بیمار از وانمود کردن بیماری دسترسی به دارو می باشد، مسئله مهمی جهت تمایز اختلال ساختگی از تمارض


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]
[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]

است (۱۴). تظاهر می‌تواند انگیزه بیرونی داشته باشد (مثلاً برای غرامت مالی، که به عنوان تمارض شناخته می‌شود) یا انگیزه درونی (به عنوان مثال، به عهده گرفتن «نقش بیمار» که به عنوان اختلال ساختگی شناخته می‌شود) (۱۶). تظاهر، ساختن عمدی یا اغراق قابل توجه علائم، بدون توجه به انگیزه‌های احتمالی است. توجه به این نکته ضروری است که این تعریف اختلال تبدیلی را رد می‌کند. علائم عصبی اختلال تبدیلی که بر اثر بیماری هم ایجاد نشده‌اند؛ می‌توانند در اختلال ساختگی نیز مشاهده شوند. اگرچه یک علت فیزیکی در علائم اختلال تبدیلی وجود ندارد، اما تصور نمی‌شود که آن‌ها از تولید عمدی ناشی شوند. برای تمایز اولیه این دو اختلال باید توجه داشت که بیمار مبتلا به اختلال ساختگی عامدانه علائم را تظاهر می‌کند و برای دریافت مراقبت‌های پزشکی با بیمار نشان دادن خود، پزشک را فریب می‌دهد. اما در اختلال تبدیلی شواهد واضحی مبتنی بر وانمود کردن علائم بیماری جهت دریافت مراقبت‌های پزشکی وجود ندارد (۱۷). از طرفی تمارض یک رفتار است و یک اختلال روانی نیست. علائمی که اختلال تبدیلی و تمارض را مشخص می‌کنند، پایه پاتولوژیک ندارند. ویژگی اصلی تمارض، جعل یا اغراق عمدی علائم برای یک منفعت بیرونی آشکار مانند پول، خانه، دریافت دارو، اجتناب از کار و یا تعقیب کیفری است؛ اما در اختلال تبدیلی، شواهدی مبنی براجرای عامدانه علائم وجود ندارد (۱۸). در این گزارش مورد، هدف بیمار دستیابی به بای‌پیریدن تزریقی است و برای به‌دست آوردن دارو (Secondary Gain) حرکات دیستونی گردن را وانمود می‌کرد (شکل ۱) و بلافاصله پس از دریافت فرم تزریقی دارو حرکاتش از بین می‌رفت، از طرفی بیمار تمایل زیادی جهت بستری شدن در بیمارستان نداشت، در حالیکه بیماران با علائم اختلال ساختگی تمایل بالایی جهت بستری شدن در بیمارستان دارند. بنابراین باتوجه به شواهد و تجربیات بالینی مطالعات پیشین حرکات وی از نوع تمارض است. در تمارض، افراد معمولاً به خودشان آسیب نمی‌زنند، ولی اگر فرد برای جلب توجه اطرافیان حرکات را اجرا کند اختلال ساختگی نامیده می‌شود (۱۹). از سوی دیگر سوءاستفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک با اثر مرکزی پدیده‌ای است که گهگاه در ادبیات پزشکی گزارش شده است. آنتی کولینرژیک‌ها که اغلب در روانپزشکی برای درمان علائم خارج هرمی ناشی از آنتی سایکوتیک‌ها استفاده می‌شود، توسط برخی بیماران به دلیل تغییر خلق و خو و اثرات روانگردان استفاده می‌شود. تغییرات حسی می‌تواند از سرخوشی خفیف و افزایش جامعه‌پذیری تا توهمات و روان‌پریشی سمی متغیر باشد. به نظر می‌رسد از آنتی‌کولینرژیک‌ها برای تسکین علائم مزمن یا تحت بالینی خارج هرمی، افسردگی یا علائم منفی اسکیزوفرنیا استفاده می‌شوند. سوءمصرف‌کنندگان واقعی را می‌توان تشخیص داد زیرا آن‌ها علائم خارج هرمی را تظاهر می‌کنند، به‌طور مکرر داروهای خود را «از دست می‌دهند» یا درخواست افزایش دوز غیر ضروری دارند (۲۰). گرچه گزارشات در مورد سوءمصرف داروهای آنتی‌کولینرژیک نادر است ولی به دلیل اینکه این داروها باعث مهار آنهدونیای (فقدان علاقه و لذت) القا شده توسط داروهای آنتی سایکوتیک و کاهش علائم منفی سایکوتیک (عدم توجه به نظافت و ظاهر، گسستن از اجتماع و جمع، فقر محتوای تفکر) می‌گردند، قابلیت سوءمصرف را دارا می‌باشند. (۲۱) تقریباً از هر سه بیمار مزمن سایکوتیک یک مورد سوءمصرف داروی آنتی کولینرژیک را دارد (۲۲). هم‌چنین یکی از تئوری‌ها در مورد وابستگی و سومصرف به داروهای آنتی‌کولینرژیک مربوط به مسیر پاداش مغز شامل سیستم دوپامینرژیک لیمبیک و تگمنتوم قدامی و هسته اکومبنس و پری‌فرونتال کورتکس می‌باشد (۲۳). در کیس مورد مطالعه ما، بیمار به دلیل اینکه با مصرف داروی بای پریدن احساس یوفوریا و سرخوشی یافته است، نسبت به دریافت این دارو شرطی شده و مکررا تقاضای نابجای دریافت دارو را دارد. داروهای آنتی‌کولینرژیک می‌توانند عوارض جانبی نامطلوب مانند تاری دید، خشکی دهان، یبوست و اختلالات ادراری ایجاد کنند. علاوه بر این، استفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک با کاهش عملکرد شناختی ازجمله حافظه، یادگیری، توجه و کارکردهای اجرایی همراه است (۲۴). ممکن است مصرف طولانی‌مدت داروهای آنتی‌کولینرژیک، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال شناختی زمینه‌ای را تشدید کند و


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]
[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]

متعاقباً بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد (۲۵). در پزشکی، خطای درمان یک فرد سالم بر خطر انکار درمان برای یک بیمار واقعاً بیمار ترجیح داده می شود (۲۶). بیمارانی که علائم را اغراق می‌کنند یا تظاهر می‌کنند، جدا از مزایای احتمالی که از رفتار خود به دست می‌آورند، در معرض خطر درمان غیر ضروری و حتی آسیب‌های ناخوشایند هستند. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه هم پذیرش طولانی‌مدت روانپزشکی و هم درمان ممکن است در افراد سالم پیامدهای منفی داشته باشد. یک دوره طولانی بستری ممکن است باعث تضعیف روحیه و وابستگی شود و در درازمدت حتی ممکن است به جای درمان، باعث ایجاد اختلالات رفتاری شود (۲۷). اگرچه روانپزشکان انواعی از داروها را با عوارض جانبی نسبی کمی در شروع درمان تجویز می‌کنند، اما در صورت تداوم گزارش علائم احتمالاً با داروهای خطرناک‌تری جایگزین می‌شوند (۲۸). درمورد بیمار مورد مطالعه ما تجویز بیش از حد بای پریدن عوارض آنتی‌کولینرژیکی زیادی به دنبال دارد. در ارزیابی بیماران، تشخیص مناسب با در نظر گرفتن علائم بیمار و پیشینه و زمینه زندگی بیمار ضروری است. هدف ما، تشخیص و درمان زودهنگام بیماری‌های روانپزشکی است بنابراین چنین مطالعاتی می‌تواند دید روشن‌تری به پزشکان و روانپزشکان جهت تشخیص ارائه دهد.

## نتیجه‌گیری

تمارض، اختلال ساختگی و اختلال عصبی عملکردی هنوز موضوعاتی معماگونه با اطلاعات ضد و نقیض می باشند. حتی درمورد بیماران با نقایص عصبی - تکاملی و ذهنی نیز ممکن است تمارض وجود داشته و اهمیت پیدا کند. اما اخذ شرح حال دقیق و انجام معاینات فیزیکی مناسب می‌تواند در امر تشخیص و درمان نقش بسزایی داشته باشد.

## سپاس‌گزاری

مؤلفین مقاله از پرسنل بخش مردان ۱ بیمارستان روانپزشکی استان یزد واقع در شهر تفت، به خاطر همکاری در مراقبت و نگهداری بیمار و مدیریت درمان ایشان تشکر و قدردانی می‌نمایند، هم‌چنین از خانواده بیمار به دلیل همکاری در اخذ اطلاعات و شرح حال بیمار و نیز کمیته اخلاق دانشگاه جهت ارسال کد اخلاق تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

**حامی مالی:** ندارد.

**تعارض در منافع:** وجود ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق: IR.SSU.MEDICINE.REC.1402.142 تایید شده است. هم‌چنین اطلاعات بیمار به صورت محرمانه باقی مانده است.

## مشارکت نویسندگان

رضا بیدکی در ارائه ایده، طراحی مطالعه و تصحیح مقاله، رضا کیانی و حمید جلالی‌فرد در جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشته و همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]


CC BY-NC 4.0

## References:


1-Creed F, Barsky A, Leiknes KA. ***Epidemiology: Prevalence, Causes and Consequences.*** Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress 2011: 1-42.

2-Vranceanu AM, Barsky A, Ring D. ***Psychosocial Aspects of Disabling Musculoskeletal Pain.*** JBJS 2009; 91(8): 2014-8.

3-Vranceanu AM, Barsky A, Ring D. ***Less Specific Arm Illnesses.*** J Hand Ther 2011; 24(2): 118-23.

4-Bass C, Halligan PW. ***Illness Related Deception: Social or Psychiatric Problem?*** J R Soc Med 2007; 100(2): 81-4.

5-Halligan PW, Bass C, Oakley DA. ***Wilful Deception as Illness Behaviour.*** Malingering and illness deception 2003: 3-28.

6-Trivers R. ***Deceit and Self-Deception.*** Mind the Gap: Tracing the origins of human universals 2010: 373-93.

7-Berry DT, Nelson NW. ***DSM-5 and Malingering: A Modest Proposal.*** Psychological Injury and Law 2010; 3: 295-303.

8-Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. ***Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum?*** Front Neurol Neurosci 2018; 42: 72-80.

9-American Psychiatric Association (APA). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.*** 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995: 471.

10-Oztekin NS, Saygi SS, Dalkara T, Senses I, Zileli T. ***High dose Anticholinergic Therapy (Biperiden) in Dystonia.*** Clin Neurol Neurosurg 1991; 93(1): 35-7.

11-Dose M, Tempel H. ***Abuse Potential of Anticholinergics.*** Pharmacopsychiatry 2000; 33 Suppl 1: 43-6.

12-Chiappini S, Mosca A, Miuli A, Semeraro FM, Mancusi G, Santovito MC, et al. ***Misuse of Anticholinergic Medications: A Systematic Review.*** Biomedicines 2022; 10(2): 355.

13-Ghosh S, Dhrubajyoti B, Bhattacharya A, Roy D, Saddichha S. ***Tardive Oculogyric Crisis Associated with Quetiapine Use.*** J Clin Psychopharmacol 2013; 33(2): 266.

14-Caselli I, Poloni N, Ielmini M, Diurni M, Callegari C. ***Epidemiology and Evolution of the Diagnostic Classification of Factitious Disorders in DSM-5.*** Psychol Res Behav Manag 2017; 10: 387-94.

15-Sarmiento C, Lau C. ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.*** In:The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences, Personality Processes and Individual Differences. John Wiley & Sons 2020: 125-9.

16-van der Heide D, Boskovic I, van Harten P, Merckelbach H. ***Overlooking Feigning Behavior May Result in Potential Harmful Treatment Interventions: Two Case Reports of Undetected Malingering.*** J Forensic Sci 2020; 65(4): 1371-5.

17-Rogers R, Bender SD. ***Clinical Assessment of Malingering and Deception.*** Guilford Publications; 2020.

18-Monaro M, Bertomeu CB, Zecchinato F, Fietta V, Sartori G, De Rosario Martínez H. ***The Detection of Malingering in Whiplash-Related Injuries: A Targeted Literature Review of the Available Strategies.*** Int J Legal Med 2021; 135(5): 2017-32.


[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]


CC BY-NC 4.0

***19-***Young G. ***Malingering, Feigning, and Response Bias in Psychiatric/Psychological Injury.*** International Library of Ethics, Law, and the New Medicine 2014; 56: 817-56.

***20-***Marken PA, Stoner SC, Bunker MT. ***Anticholinergic drug Abuse and Misuse: Epidemiology and Therapeutic Implications.*** CNS drugs 1996; 5: 190-9.

***21-***Tamura Y, Chiba S, Takasaki H, Tabata K, Ishimaru Y, Ishimoto T. ***Biperiden-Induced Delirium Model in Rats: A Behavioral and Electroencephalographic Study.*** Brain Res 2006; 1115(1): 194-9.

***22-***Buhrich N, Weller A, Kevans P. ***Misuse of Anticholinergic Drugsby People with Serious Mental Illness.*** Psychiatr Serv 2000; 51(7): 928-9.

***23-***Pierce RC, Kumaresan V. ***The Mesolimbic Dopamine System: The Final Common Pathway for the Reinforcing Effect of Drugs of Abuse?*** Neurosci Biobehav Rev 2006; 30(2): 215-38.

***24-***Feinberg M. ***The Problems of Anticholinergic Adverse Effects in Older Patients.*** Drugs Aging 1993; 3(4): 335-48.

***25-***Chakos MH, Glick ID, Miller AL, Hamner MB, Miller DD, Patel JK, et al. ***Special Section on CATIE Baseline Data: Baseline Use of Concomitant Psychotropic Medications to Treat Schizophrenia in the CATIE Trial.*** Psychiatr Serv 2006; 57(8): 1094-101.

***26-***Rassin E, Merckelbach H. ***The Potential Conflict Between Clinical and Judicial Decision Making Heuristics.*** Behav Sci Law 1999; 17(2): 237-48.

***27-***Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. ***Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences within the Psychiatric Setting.*** Psychiatr Serv 2005; 56(9): 1123-33.

***28-***American Psychiatric A. ***American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders:*** compendium. 2nd ed. Washington D.C: American Psychiatric Association; 2000.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]



CC BY-NC 4.0

**Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences**
**Vol 31| NO 12 | Mar 2024**
**Received: 17 Aug 2023**
**Accepted: 30 Sep 2023**

# Frequent Request of Injectable Biperiden in a Young Patient with Uncommon Neck Deviation and History of Neurodevelopmental Disorder

**Reza Kiani[1], Hamid Jalali fard[2], Reza Bidaki[*2,3]**

**Case Report**

**Introduction:** Malingering is a differential diagnosis in the field of medical disorders, especially in the field of forensic medicine. In medicine, malingering is when a person imitates a medical or psychiatric disorder with external motivations to gain financial gain or avoid social or occupational duties. In some cases, diagnosing a medical or psychological condition from malingering can be challenging and difficult. In this case report, a patient with a history of multiple hospitalization, neurodevelopmental disorders, and intellectual disability requested to receive injectable Biperiden due to aggression, irritable mood, and neck deviation, and in order to receive it, he deliberately showed neck dystonia. This report aimed to discuss on a neuropsychiatric symptom, after which the patient requested a drug injection to resolve it, in order to differentiate possible diagnoses such as drug complication, factitious disorder, and functional neurological symptom disorder. On the other hand, during the recent searches of similar texts, conflicting results and suggestions have been presented.

**Keywords:** Biperiden, Malingering, Dystonia

**Citation:** Kiani R, Jalali fard H, Bidaki R. **Frequent Request of Injectable Biperiden in a Young Patient with Uncommon Neck Deviation History of Neurodevelopmental Disorder.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2024; 31(12): 7264-72.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14973 ]

[1]Yazd Cardiovascular Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
[2]Research Center of Addiction and Behavioral Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
[3]Diabetes Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 03532632001**, Email:** Reza_bidaki@yahoo.com


CC BY-NC 4.0