

Konversiyon Bozukluğu ile İlgili Literatürün Bir Olgu Nedeni ile Gözden Geçirilmesi

CONVERSION DISORDER: A CASE PRESENTATION AND REVIEW OF LITERATURE

Dr. İrem YALUĞ,^a Dr. Eylem ÖZTEN,^a Dr. A. Evren TUFAN^b

^aPsikiyatri AD, ^bÇocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, KOCAELİ

Özet

Bilinen herhangi bir nörolojik ya da tıbbi bir bozukluk ile açıklanamayan bir veya daha fazla nörolojik semptomla karakterize bir bozukluk olan konversiyon bozukluğu nöroloji ve psikiyatri literatüründe uzun süredir yer almaktadır. Fiziksel yakınmaları olan fakat bu yakınmalarla ilişkilendirilebilen herhangi bir organik bozukluk bulunamayan hastalara kliniklerde sık rastlanılmaktadır. Çoğu zaman bu hastalığın organik kökenli rahatsızlıklardan ayrımı güçlük yaratmakta ve tanı karmaşasına yol açmaktadır. Konsültasyon-lyezyon psikiyatrisi konversiyon bozukluğunun tanınmasında ve tedavide başarı sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Bizim olgumuz da bunun önemini vurgulamak üzere iyi bir örnek oluşturmaktadır. Bu olgu aracılığı ile literatür gözden geçirilmiş ve olgu ile bağlantısı kurulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Konversiyon bozukluğu; psikiyatri; ayırıcı tanı

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:458-462

Abstract

Conversion disorder, characterized by one or more neurological symptoms that cannot be explained by a known neurological or medical disorder, has long been reported in the neurologic and psychiatric literature. Patients who present with physical complaints but are found to have no relevant organic disease are commonplace in medical clinics. Frequently, the differentiation of this disorder from organic disorders pose difficulty and lead to a controversies in diagnosis. Consultation-liaison psychiatry has an important role in both the diagnosis and the management of conversion disorders. We found our case important as it represents a good example for this. Relevant literature was also reviewed and discussed in relation to our case.

Key Words: Conversion disorder; psychiatry; diagnosis differential

Konversiyon bozukluğu, psikolojik çatışmaya eşlik eden, fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde bedensel işlevsellikte kayıplarla giden, bir ya da daha fazla nörolojik semptomla belirli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

Konversiyon kavramının tarihsel ve kavramsal gelişimi, 19. yüzyıl sonlarına uzanan Janet ve Freud'un histeri üzerine ilk psikodinamik düşünceleri ile bağlantılı bulunmaktadır.¹ Konversiyon terimi Sigmund Freud'un Anna O. olgusunda gözlemlediği konversiyon bozukluğu semptomlarının bilinçdışı çatışmaları yansıttığı hipotezi ile birlikte

ortaya çıkmıştır. Briquet ve Jean-Martin Charcot'da bozukluğun genetik etkisi ve travmatik yaşantıların ilişkisine vurgu yaparak kavramın gelişimine katkıda bulunmuştur.

Konversiyon bozukluğu somatizasyon bozukluğu olarak bilinen kronik paternin bir kısmı olarak psikolojik sıkıntının fiziksel ifadesi şeklinde de ortaya çıkabilir. Bütün bu gelişmelerin yansıması olarak konversiyon bozukluğu DSM-IV'te 'somatoform bozukluklar' başlığı altında yer almıştır. ICD-10'da ise 'disosiyatif bozukluklar' başlığı altında kalmıştır. Son çalışmalar disosiyatif bozukluk görülen hastalarda yüksek oranda konversiyon ve somatoform semptomların görüldüğünü bildirmektedir.^{2,3} Bunun tersi bir durum olan psödonöbet görülen hastalardaki disosiyatif semptomların araştırıldığı daha az sayıda çalışma vardır. Konversiyon bozukluğu görülen hastalarda disosiyatif semptomların varlığı ile ilgili yapılmış bir araştırmada konversiyon bozukluğu olan hasta-

Geliş Tarihi/Received: 28.12.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.01.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Eylem ÖZTEN
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD, KOCAELİ
eylemozten@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

ların diğer nörotik bozukluklardan oluşan kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla disosiyatif semptom görüldüğü belirtilmiştir.⁴

Bozukluğun alt tipleri ilk olarak DSM-IV'te motor semptom ya da defisit gösteren, duyu semptomu ya da defisit gösteren, katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren ve karışık görünüm sergileyen olmak üzere sınıflandırılmıştır. Hastalığın farklı klinik belirtilerinin sıklığı ile ilgili olarak ülkemizde yapılan bir araştırmada 86 olgunun %52.3'ünde bayılma, %22.1'inde nefes darlığı, %18.6'sında da paralizi belirtileri olduğu belirtilmiştir.⁵

Konversiyon bozukluğu erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebilmesine rağmen en sık 15-35 yaş arasında görüldüğü bilinmektedir.⁶ Genellikle gelişmemiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir.⁷ Ülkemizde bu oran %4.5-32 olarak bulunmuştur.^{8,9} Kardiyoloji, gastroenteroloji ve nöroloji kliniklerine başvuran hastaların üçte birinin herhangi organik bir bozukluğu olmadığı ve bu hastaların ciddi ekonomik kayıplara neden olacak kadar uzun süre izlendikten sonra psikiyatri yardımı için başvurdukları tespit edilmiştir. Hastanede yatan hastalar arasında genel olarak somatoform bozukluğu görülme oranının %6-9 oranında olduğu, bu hasta grubunun büyük bir kısmının da konversiyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir.^{10,11} Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde somatoform bozukluklarının araştırıldığı bir araştırmada 7 yıl içinde konsülte edilen hastaların %39.5'unun konversiyon bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır.¹²

Araştırmalar ergenlik öncesi cinsiyet farklılığının olmadığını, ergenlik sonrasında ise kadınlarda 2-19 kat daha sık görüldüğünü göstermektedir.^{8,13,14} Risk faktörleri olarak düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz içgörü, düşük zeka düzeyi gösterilmiştir.^{13,15} Ayrıca hastalık öncesinde stres etmenlerinin önemi vurgulanmıştır.

Türkiye'de yapılan araştırmalarda konversiyon öncesi stres etmenlerinin %17-45 oranlarında görülebileceği bildirilmiştir.^{5,16,17}

Konversiyon bozukluğu hastalarının %90-100'ünün başlangıç semptomları 1 aydan az bir sürede genellikle de birkaç gün içerisinde düzelmektedir. Hastaların %75'inin başka bir epizod geçirmediği, %25'inde ise stresli yaşam olaylarının olduğu dönemler boyunca hastalığın tekrarladığı bildirilmiştir.⁷ Eşlik eden diğer bir mental ve diğer tıbbi bir bozukluğun olması olumsuz bir prognostik faktör olarak gösterilmektedir. Hastaların %25-50'sinde daha sonradan nörolojik veya psikiyatri dışı tıbbi bir hastalık ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle konversiyon bozukluğu hastalarının tam medikal ve nörolojik değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda daha sonradan organik bir bozukluğu olduğu ortaya çıkan ve ilk teşhisi konversiyon bozukluğu olan hastaların insidansının daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bunun sebepleri arasında ilerlemiş tanı koyucu tekniklerin geliştirilmiş ve yaygınlaşmış olması sayılabilir. Bu konuyla ilgili yapılmış son çalışmalardan birinde yanlış pozitiflik oranlarının önceki yıllara oranla azalmakla beraber hala yüksek olduğu gösterilmiştir. Pozitif bir bulgu olmadığı takdirde hızlı bir şekilde konversiyon bozukluğu tanısı konmasının tehlikeli olduğu ve konversiyon bozukluğu tanısı konan hastanın izlenmesinin önemli olduğu bu çalışmada vurgulanmıştır. Ayrıca modern tanı koyucu tekniklerin yanında genel nörolojik muayenenin de hala değerli bir tanı aracı olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir.¹⁷

Konversiyon bozukluğuna diğer bir ruhsal bozukluğun eşlik etmesi oldukça sık görülen bir durumdur. Diğer psikiyatrik bozuklukların (özellikle anksiyete ve duygudurum bozuklukları) hastalığa eşlik etmesi konversiyon bozukluğu semptomlarının prognozunu ve tedavisini de anlamlı derecede etkileyebilmektedir. Araştırmalar hastalığa en sık duygudurum bozukluklarının eşlik ettiğini (%45-85) ve en sık olarak majör depresif bozukluk ile birlikte görüldüğünü (%17-29) ortaya koymaktadır.^{7,13} Konversiyon bozukluğunun özellikle konvülsiyonlar gösteren alt tipine panik bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, posttravmatik stres bozukluğu, somatoform bozukluklar, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı da eşlik etmektedir.

Hastalığın etiolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyo-kültürel görüşler üzerinde durulmuş, ancak çalışmalar sonucunda genellikle çok etkenli bir bozukluk olduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda hastalığın psikolojik, biyografik ve kişilik faktörleri açısından incelendiği görülmektedir. Az sayıda çalışma ise organik sebepleri üzerinde odaklanmıştır. Konversiyon bozukluğu tanısı almış hastaların %10-50'sinde epilepsi başta olmak üzere organik beyin bozuklukları tespit edilmiştir. Konversiyon semptomlarının vücudun sol tarafında sağa göre daha sık görüldüğü gözlemlenirken yola çıkarak bozukluğun sağ hemisferde bir patolojiden kaynaklanabileceği görüşü doğmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalarda semptom lateralizasyonu ve beyin patolojisinin yeri ile ilgili olarak yeterli destekleyici bulgular saptanmadığı görülmüştür.¹⁷

Konversiyon bozukluğu tanısını koymada en önemli problem diğer tıbbi bir bozukluğu dışlamaktır. Bu bozukluklar arasında senkop, hiperventilasyon, geçici iskemik ataklar, migren atakları, hipoglisemi, parasomni gibi organik paroksizmal olaylar; 'Myasthenia gravis', multipl skleroz, beyin tümörleri, Guillian-Barre sendromu, Creutzfeld-Jacob hastalığı, periyodik paralizi ve AIDS'in erken nörolojik görünümü gibi nörolojik olaylar bulunmaktadır. Epileptik nöbetlerle epileptik olmayan nöbetlerin ayrımı ise en fazla vurgulanan ve üzerinde çalışılan konulardan biridir. Bununla ilgili en önemli bulgu tipik bir nöbetin gözlenmesi ile elde edilir. Öykü, fizik ve nörolojik muayene, elektroensefalografi (EEG) monitörizasyonu, beyin görüntüleme ve nöropsikolojik testler de ayırıcı tanıda yardımcı araçlardır. Tüm bu ayırım yapılarak konversiyon bozukluğu tanısı konulduğu takdirde bile bilinmektedir ki, epileptik nöbetler hastalığa eşlik edebilmektedir. Bu nedenle bu hastaların takibinde dikkatli olunmalı ve gerektiğinde diğer tıp dallarıyla konsülte edilerek multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir.

Olgu Sunumu

Hasta kadın, 27 yaşında, evli, yüksek okul mezunu, orta halli bir ailenin 2 kız çocuğundan küçüğü, sağlık teknisyeni olarak bir hastanede çalışmaktaymış.

Hasta, psikiyatri kliniğinden istenen konsültasyon sonucunda, iç hastalıkları servisinde yattığı dönemde görülmüştür. Hasta ve konsültasyonu isteyen hekim tarafından bildirilen yakınmalar şiddetli, durdurulamayan titremeler, bulantı ve tüm vücutta yaygın ağrıydı. Hastanın tarif edilen titremeleri tarafımızdan da gözlenmiş olup, şiddeti yattığı yatağı sarsacak nitelikte idi. Bu titremeler sırasında dişleri kilitlenmekte, sarsılmanın şiddeti ile kol ve bacakları yaralanmaktaydı. Bu titreme nöbetleri yaklaşık 15-20 dk. sürüyor, sabahları oluyor, sonrasında hasta hiçbir soruya yanıt veremeyecek kadar yorgun düşüp, uykuya dalıyordu. Hastanın titremelerinin öncesinde 'bayıltacak kadar kötü' olarak tanımladığı bulantıları oluyordu.

Hastanın yakınmaları yaklaşık 3 ay önce ateşinin 37-37.5 dereceye yükselip, ishal olmasıyla başlamış. On gün sefalosporin kullanılmış, ateş subfebril devam etmiş, biyokimya tetkiklerinde hiçbir özellik saptanmamış. Tabloya bu dönemde şiddetli karın ağrısı ve bulantılar eklenmiş, kusma yokmuş. Hiç yemek yiyemiyormuş, hızla kilo vermeye başlamış. İç hastalıkları acil polikliniğine başvurmuş. Cerrahi ve dahili muayenesinde özellik saptanmamış. Biyokimya, mikrobiyolojik incelemeler ve hemogram normal sınırlardaymış. Şiddetli ağrı yer değiştiriyormuş, tanısız amaçla olarak batının açılması düşünülmüş, ancak antiasit ilaçlardan gördüğü kısmi fayda nedeniyle ertelenmiş. İç hastalıkları kliniği tarafından yatırılan hastaya Ailevi Akdeniz Ateşi ön tanısı ile kolşisin tedavisi başlanmış. İki-üç gün ağrısı kesilmiş, sonrasında iki bacağına da eşzamanlı olan yaygın kas ağrıları başlamış. Ağrının şiddeti gittikçe artmış, diz kapaklarını açamıyormuş, yürüyemeyecek hale gelmiş, sadece tuvalet ihtiyacı için yardımla yataktan kalkıyormuş. Gittikçe sağa doğru bükülmüş ve tekerlekli sandalye kullanmaya başlamış. Endoskopi, batin-pelvis ultrasonu (USG) ve bilgisayarlı tomografisinde (BT) özellik saptanmamış. Yapılan nöroloji konsültasyonunda kas gücü proksimal ve distalde 5/5 (tam) olarak saptanmış. Elektromiyografi (EMG) ve EEG'si normal olarak değerlendirilmiş. Yaygın miyaljinin immün bir tetiklenme sonucu olabileceği düşünülüp hastaya 20 mg/gün kortizon başlanmış, ilaçtan sonra omuzlar ve kol-

larda da şiddetli ağrılar başlamış, tek başına çatalı tutamıyormuş, tüm hareketleri tekerlekli sandalye ile sağlanıyormuş. Sabahları olan titreme nöbetleri bu dönemde başlamış. Titremelerin başlamasıyla ağrının şiddeti azalmış.

Hastanın özgeçmişinde 5 yıl önce nedeni bilinmeyen şiddetli karın ağrısı nedeniyle 3 günlük bir hastane yatışı dışında bir özellik yoktu. Eşi ve ailesi ile olan ilişkilerinde herhangi bir sorun tanımlamıyordu.

Ruhsal gözleminde yaşında gösteren kadın hastaydı. Giyimi sosyokültürel özelliklere uygun, özbakımı iyiydi. Konuşma akıcı ve anlaşılırdı. Görüşmeciyile ilişki kurma derecesi iyiydi. Bilinç açık, koopere idi. Yer, kişi, zaman yönelimi tamdı. Bellek ve algı kusuru saptanmadı. Zekası klinik olarak normal izlenimi veriyordu. Yargılama, gerçeği değerlendirme, soyut düşünme yetisi olağandı. Konuşma hızı ve miktarı olağandı. Düşünce içeriği yakınmaları üzerine odaklanmıştı. Duygulanım ve duygudurumu sıkıntılı ve çökkündü. Psikofizyolojik özelliklerden uyku, iştah ve cinsel istekte belirsizlik azalma mevcuttu.

Hastanın yapılan psikiyatrik muayenesi sonucunda yakınmalarının organik bir nedene dayanmadığı düşünülüp konversiyon bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. Hastaya venlafaksin 150 mg/gün, alprazolam 2 mg/gün başlanmış ve her hafta psikoterapatik görüşmeye alınmıştır. Görüşmeler esnasında mensup olduğu etnik grup nedeniyle kapalı bir grup içinden evlenmek zorunda kaldığını, kendisinin haberi olmayan çok yüklü borçlarının olduğunu, bu dönemin 5 yıl önce geçirdiği ilk hastalık atağıyla örtüşüğünü söylemiştir. Hasta, bu dönemde yaşanan sorunları çevresiyle paylaşmadığını, boşanmanın içinde bulunduğu grupta çok nadir bir davranış olduğunu belirtti. Evliliği boyunca her gün artan ekonomik sorunlar yaşadığı ve çocuk yapmaya karar verdiği dönemde eşinin iflas ettiği saptanmıştır. İflas dönemi ile ikinci atak birbirini zaman olarak izlemektedir. Hastanın ilaç tedavisi ve görüşmeler yaklaşık 8 ay sürdürüldü. Tedavinin 2. haftasında titreme nöbetleri bütünüyle ortadan kalkmıştı. Ağrılar yaklaşık 6 hafta sonunda tamamıyla sonlanmıştı. Hasta 8.

ayda çocuk yapmak istediğini, buna kendisini hazır hissettiğini ifade edip ilacı bırakmıştır.

Tartışma

Beden-zihin etkileşimi bütün davranışlarımızda olduğu gibi hastalık süreçlerinde de yansımaları bulur. “Bedendeki bir bozukluk” gibi görüntü verip, temelde ruhsal ve sosyal alanda yaşanan sorunlara ilişkin yardım arama davranışı olarak tanımlayabileceğimiz konversiyon bozukluğu bu yansımaların tipik bir örneğidir. Konversiyon bozukluğu tanısını koymada en önemli problem diğer tıbbi bir bozukluğu dışlamaktır. Ayrıca hastaların %25-50’sinde daha sonradan nörolojik veya psikiyatri dışı tıbbi bir hastalık ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle konversiyon bozukluğu hastalarının tam medikal ve nörolojik değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır.⁹ Kardiyoloji, gastroenteroloji ve nöroloji kliniklerine başvuran hastaların üçte birinin herhangi organik bir bozukluğu olmadığı ve bu hastaların ciddi ekonomik kayıplara neden olacak kadar uzun süre izlendikten sonra psikiyatri yardımı için başvurdukları tespit edilmiştir. Hastanede yatan hastalar arasında genel olarak somatoform bozukluk görülme oranının %6-9 olduğu, bu hasta grubunun büyük bir kısmının da konversiyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir.^{10,11} Bu olguda da görüldüğü üzere birtakım bedensel yakınmalar tabloya hakim olmasına karşın organik etiyojoloji saptanamamıştır ve hasta başlangıçta iç hastalıkları kliniği tarafından takip edilmiştir. Hastadan istenen psikiyatri konsültasyonu sonucunda tablo netleştirilebilmiştir. Bu noktada diğer tıp disiplinlerine başvuran hastalar açısından hekimlerin uyanık olması, gerekli görülen tetkikler yapılmasına karşın semptomlar ile korelasyon kurulmıyorsa konversiyon bozukluğunun akla getirilerek psikiyatri konsültasyonu istenmesi önerilmektedir. Hekimin hastaya yaklaşımında başlangıç aşamasında konversiyon bozukluğu düşünülse bile hastanın organisite açısından ayırıcı tanısının yapılması önemlidir.

Somatoform bozukluklardan herhangi birinin tanısı konulmadan önce hekim dikkatli bir şekilde belirtilere yol açan, ancak henüz tanı konulmamış,

altta yatan genel bir tıbbi durumu, madde kullanımının yol açtığı durumları, somatik belirtilerden sorumlu olan başka bir ruhsal durumu veya temaruz ya da yapay bozuklukta olduğu gibi, olmayan belirtilerin varmış gibi gösterildiği durumları dışlamalıdır.¹⁸ Bu hastada da yapılan tetkik ve muayeneler sonucunda altta yatan genel tıbbi durum ve madde kullanımı saptanmamıştır. Hastanın sağlık personeli olarak hastanede çalışması, stres etkenlerinin tetiklediği somatik yakınmaların olması ve bu yakınmaların organik bir etiyolojiye bağlanamaması yapay bozukluk ve temaruzu düşündürmektedir. İzlem içerisinde hastanın, belirtileri varmış gibi davranmaması, hasta rolü oynamaması, günlük yaşamla ilgili birtakım kazançlar için belirtilerin amaçlı olarak ortaya çıkartılmaması yapay bozukluk ve temaruz tanılarında uzaklaştırmıştır.

Hasta ile empatik yaklaşım kurulabilmesi için somatik bulguların bilinç düzeyinde oluşturulmadığı ve bunun bir ruhsal gereksinimden doğduğu akıldan çıkarılmamalıdır. İlerleyen aşamada beden ile ifade edilmeye çalışılanın tercümesi yapılacak ve baş etme yöntemleri ele alınacaktır. Olguda da hastalığı ortaya çıkaran stresör faktörler saptanıp, görüşmelerde bu konular ele alınarak tedavi sürdürülmüştür.

Bu noktada hem hastalığın etiolojisinin aydınlatılması hem de uygun tedavi düzenlenmesi konusunda konsültasyon-liyezon psikiyatrisine önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

- Kihlstrom JF. One hundred years of hysteria. Dissociation: Theoretical, clinical and research perspectives. In: Lynn SJ, Rhue JW eds. New York: Guilford Press; 1994. p.365-94.
- Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, et al. Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1994;151:1329-34.
- Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, Wetzel RD. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry* 1993;150:1507-11.
- Spitzer C, Spelsberg B, Grabe HJ, Mundt B, Freyberger HJ. Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. *J Psychosom Res* 1999;46:291-4.
- Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ, Arıcıoğulları Z. Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. Eksen eş tanıları. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000;2:87-96.
- Chandrasekaran R, Goswami U, Sivakumar V, Chitralekha. Hysterical neurosis--a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:78-80.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Somatoform Disorders. Williams and Wilkins. *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı, Baltimore, 1994. p.617-32.
- Gülseren Ş, Özmen E, Önal C, et al. Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 1993;31:373-7.
- Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ, Özgen G, Rezaki BG. Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:161-9.
- McKegney FP, McMahan T, King J. The use of DSM-III in a general hospital consultation-liaison service. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5:115-21.
- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
- Thomassen R, van Hemert AM, Huyse FJ, van der Mast RC, Hengeveld MW. Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: A comparison with other mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:8-13.
- Bhatia MS, Vaid L. Hysterical aphonia--an analysis of 25 cases. *Indian J Med Sci* 2000;54:335-8.
- Krahn LE, Rummans TA, Sharbrough FW, Jowsey SG, Cascino GD. Pseudoseizures after epilepsy surgery. *Psychosomatics* 1995;36:487-93.
- Alkın T, Tunca Z. Konversiyon bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E, editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. p.537-44.
- Kaptanoğlu C, Aksaray G, Önen R, Seber G, Tekin D. Konversiyon bozukluğunda semptom dağılımı, sosyokültürel özellikler, yaşam olayları ve depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1993;30:381-4.
- Roelofs K, Naring GW, Moene FC, Hoogduin CA. The question of symptom lateralization in conversion disorder. *J Psychosom Res* 2000;49:21-5.
- Allan Frances MD, Ruth Ross MA. Somatoform Bozukluklar. *DSM-IV-TR Olgu Sunumları Ayırıcı Tanı İçin Klinik Kılavuz*. 1. Baskı İstanbul: Vedat Şar CSA Medikal Yayın Ajansı; 2001. p.191-2