

KONVERSİYON BOZUKLUĞU

58.

BÖLÜM

Öznur BİLAÇ¹

GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu (KB), psikolojik etkenlerin neden olduğu hareket, duyu ve nörovegetatif sistem organlarında tıbbî bir temele dayanmayan işlevsellikte değişme ya da kayıplarla giden bir bozukluktur (1). Çocuklarda ve ergenlerde KB sıklığı gelişmiş ülkelerde nadir olarak bildirilmekle birlikte, ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine başvurularda %2-3,3 gibi bir sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (2,3). Kaygı duyarlılığı yüksek, stresle başa çıkma becerileri yetersiz olan ve daha fazla olumsuz yaşam olayı deneyimleme öyküsü olan çocuklarda ve ergenlerde KB görülme eğilimi artmaktadır (4). KB, 15-35 yaş aralığında daha sık görülmektedir. Ergenlik döneminden önce kızlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmekle birlikte ergenlikten sonra kadınlarda 2-19 kat daha fazla görülmektedir (5).

KB belirtileri çoğunlukla nörolojik bozuklukları taklit etmektedir. Çocuklarda ve ergenlerde en sık görülen KB belirtisi epileptik olmayan nöbetlerdir ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (6,7). Epileptik olmayan nöbetler, (psikojenik nonepileptik nöbetler) duygusal stresin somatik belirtileridir ve birçok psikolojik stres etkeni gelişiminde hızlandırıcı faktörler olarak tanımlanmıştır (8,9). KB, DSM-5'te "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında, ICD-10'da "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" ana başlığı ve "Dissosiyatif Bozukluklar" alt başlığında yer almaktadır (10).

TARİHÇE

Konversiyon terimi ilk olarak Latince terim olan "uterus"tan üretilen semptomlar anlamına gelen "hysteria" olarak tanımlanmıştır (11). Willis (1621-1675) histeriyi beyinden kaynaklanan bir bozukluk, Sydenham ise kadınlarda kendini fiziksel ve ruhsal semptomlar ile gösteren, erkeklerde ise "hipokondriazis" şeklinde ortaya çıkan bir hastalık olarak açıklamıştır (12,13). Robert Carter histerinin ilk bilimsel tanımlamasını 1853 yılında yapmış, psikolojik ve sosyal etmenlerin hastalığın oluşmasına neden olduğunu ileri sürmüştür (14). Briquet, histeriyi çoğul belirtiler ve kronik gidişli stres sonucunda yatkınlığı olan kişilerde oluşan bir sendrom olarak tanımlamış ve günümüzdeki konversiyon teriminin temelini oluşturmuştur (15). Jean-Martin Charcot ve arkadaşları (1825-1893) histeriyi konvulsif olan ve konvulsif olmayan şeklinde sınıflamışlardır (16,17). Pierre Janet ise bilinç dışı oluşan çatışma ile dissosiyasyon oluştuğunu ve bu sayede kişiyi rahatsız eden duyguların bilinçten yalıtıldığını bildirmiştir (18). Sigmund Freud çatışmanın neden olduğu anksiyeteden fiziksel belirtiyeye dönüştürerek kurtulduğunu belirterek konversiyon terimini kullanmıştır (19). Günümüz sınıflandırma sistemlerinde (DSM-IV, ICD-10, DSM-5) "histeri" teriminin yerini "konversiyon" terimi almıştır (20).

EPİDEMİYOLOJİ

KB'nun yaşam boyu yaygınlığı %1-4 olarak bildirilmektedir (21,22). Lieb ve arkadaşları yaptıkları

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, oznurbilac@gmail.com ORCID iD: 0000-0001-8369-6215

seperasyon anksiyetesi/okul reddi, altısında depresif bozukluk, beşinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dördünde distimik bozukluk, üçünde travma sonrası stres bozukluğu ve üçünde panik bozukluk) olduğunu saptamışlardır (45). Çocuklarda ve ergenlerle yapılmış bir araştırmada, en sık eşlik eden tanıların sırasıyla anksiyete bozukluğu (%37,2) ve depresif bozukluk (%15,7) olduğu ve yaşla birlikte depresif bozukluk görülme riskinin arttığı bildirilmiştir (33). Sürekli somatik yakınması olan çocukların, genç erişkinlik döneminde yaygın anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk geliştirme riskinin arttığı bildirilmiştir (73,74). Çocukluk çağında istismara maruz kalma öyküsü olan hastalarda dissosiyatif bozukluk ile KB birlikteliğinin daha fazla olduğu ve KB belirtilerinin daha şiddetli seyrettiği bildirilmiştir (75-77).

TEDAVİ

KB psikanalitik kurama göre, bilinç dışı dürtü ve gereksinimlerden kaynaklanan ruhsal çatışmanın yarattığı anksiyete nedeniyle oluşmaktadır ve bedensel belirtilerin çoğunlukla duygularını anlamlandırmada güçlük çeken bireylerde iletişim aracı ve ikincil kazançların hastalığın sürmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir (78). Bu sebeple psikoeğitim, ruhsal süreçlerle fiziksel belirtilerin ilişkisi hakkında hastanın ve ailenin bilinçlendirilmesi, tedavi iş birliğinin sağlanması, ayrıntılı öykü ve aileden bilgi almak önceliklidir. Aileye psikoeğitim verilmesi, aile içindeki sorunlu ilişki alanların belirlenmesi ve ailenin tedavi sürecine dâhil edilmesi önemlidir (79,80). Aile içi iletişimin yeniden düzenlenmesi, sorunlara gerçekçi çözümlerin bulunmasının sağlanması, hasta rolünün ve ikincil kazançların azaltılması, çocuğun ve ergenin olumlu davranışlarının fark edilmesi ve bunların teşvik edilmesi, çocuğun ve ergenin sağlıklı baş etme becerilerinin geliştirilmesinin sağlanması ve KB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalık olup olmadığının da gözden geçirilmesi tedavideki hedeflerdendir (20,40).

KB'de psikoterapilerin tedavi başarısına dair net kanıtlar olmamakla birlikte, psikanaliz, bilişsel davranışçı terapi, davranış düzenlenmesi ve aile terapilerinin faydalı olduğu bildirilmektedir (20). Özellikle kronik yorgunluk sendromu gibi nedeni tıbben tam açıklanamayan durumlarda BDT'nin

başarılı olduğu ve kronik durumlarda, özellikle aile odaklı BDT'nin etkili olduğu öne sürülmüştür (40,81). Çocukların ve ergenlerin günlük aktivitelere dönmesinin bir an önce sağlanması, sağlıklı davranışın olumlu pekiştirilmesi önerilmektedir (82). Motor belirtilerle giden KB'de fiziksel rehabilitasyon programlarının yararlı olduğu bildirilmektedir (78). Hipnoz ise tedavide faydasının olmadığı gösterilmiştir (83). Eşlik eden psikiyatrik hastalık tedavi edildiğinde, KB de ortadan kalkabilmektedir (84). KB'nin farmakolojik tedavisi için haloperidol, antidepresanlar ve EKT'nin tedavide kullanılabildiğine dair yayınlar bulunmakla birlikte, vaka bildirimleri dışında yeterli veri bulunmamaktadır (85-87). Tedavide farmakoterapi konversif belirtiler için değil, eşlik eden anksiyete, depresyon ve davranım problemleri için kullanılır ve eşlik eden psikiyatrik tanı varlığında ya da terapötik yaklaşımlarla istenilen yanıt sağlanamadığında tercih edilmelidir (20,40,58). Aileye bunun ayrıntılı açıklanması gerekmektedir. Çünkü aile, önerilen davranışsal yaklaşım ve tutumları dikkate almayıp ilaçların konversif belirtileri geçireceğini düşünerek tedavinin işe yaramadığını düşünebilir ve çocuğun ve ergenin tedaviden çıkmasına neden olabilir (40).

SONUÇ

KB belirtileri çoklu ve karmaşık biyopsikososyal etkenler sonucunda ortaya çıkmaktadır. KB, ülkemizde batı ülkelerine göre daha sık görülmektedir. Ergenlerde ve genç yetişkinlerde çocuklara göre daha sık görülmektedir. KB tanılı çocuklar ve ergenler ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve belirtilere neden olan etkenler ele alınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 8. basım, Feryal matbaası, Ankara, s. 389-425.
2. Avcı A, Aslan H. Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 1995;6(1):49-53.
3. Kerimoğlu E, Yalın A. Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. Journal of Ankara Medical School. 1992;14(1):11-18.
4. Plioplys S, Doss J, Siddarth P ve ark. A multisite controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia. 2014;55(11):1739-1747.
5. Uğuz Ş, Toros F. Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003;14(1):51-58.

6. Khundadze M, Mkeidze R, Geladze N, Bakhtadze S, Khachapuridze N. The causes and symptoms of somatoform disorders in children (Review). *Georgian Med News*. 2015;246:59-65.
7. Baslet G, Seshadri A, Bermeo-Ovalle A, Willment K, Myers L. Psychogenic Non-epileptic Seizures: An Updated Primer. *Psychosomatics*. 2016;57(1):1-17.
8. Alsaadi TM, Marquez AV. Psychogenic nonepileptic seizures. *Am Fam Physician*. 2005;72(5):849-856.
9. Bodde NM, Brooks JL, Baker GA, Boon PA, Hendriksen JG, Aldenkamp AP. Psychogenic nonepileptic seizures-diagnostic issues: a critical review. *Clin Neurol Neurosurg*. 2009;111(1):1-9.
10. American Psychiatric Association (2013), Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. APA, Washington, DC.
11. Chodoff P. Hysteria and women. *Am J Psychiatry*. 1982;139(5):545-551.
12. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1358-1368.
13. Mackay S, Pircell SD (1995) Somatoform & Dissociative Disorders. *Rewiew General Psychiatry*, Goldman HH (Ed.), Appleton ve Lange New York s. 282-301.
14. Uğuz Ş. (1998) Konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer psikopatolojiler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana
15. Mai FM, Mersky H. Briquets concept of hysteria: an historical perspective. *Can J Psychiatry*. 1981;26:57-63.
16. Kumar DR, Aslinia F, Yale SH ve ark. Jean-Martin Charcot: the father of neurology. *Clin Med Res*. 2011;9(1):46-49.
17. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan I ve ark. Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:161-169.
18. Işık E (1996), Nevrozlar, Kent Matbaası, Ankara.
19. Freud S (1955), The Etiology of Hysteria, Standard Ed. London: Hogarth Press.
20. Allin M, Streeruwitz A, Curtis V. Progress in understanding conversion disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2005;1(3):205-209.
21. Hollifield M, Hewage C, Gunawardena C ve ark. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry*. 2008;192:39-44.
22. Jans T, Schneek-Seif S, Jans T ve ark. Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2(1):19.
23. Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101:194-208.
24. Gülseren Ş, Özmen E, Önal C. Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*. 1993;31:373-377.
25. Aras Ş, Ünlü G, Varol TF. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10:28-37.
26. Owens C, Dein S. Conversion disorder: the modern hysteria. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12(2):152-157.
27. Grattan-Smith P, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child*. 1988;63:408-414.
28. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics*. 2002;110:e46.
29. Kramer U, Carmant L, Riviello JJ ve ark. Psychogenic seizures: video telemetry observations in 27 patients. *Pediatr Neurol*. 1995;12:39-41.
30. Lancman ME, Asconape JJ, Graves S, Gibson PA. Psychogenic seizures in children: long-term analysis of 43 cases. *J Child Neurol*. 1994;9:404-407.
31. Rock NL. Conversion reactions in childhood: a clinical study on childhood neuroses. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1971;10:65-93.
32. Hesapçıoğlu ST, Aktepe E, Göker Z ve ark. Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve eş tanıları. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2010;48(3):184-190.
33. Pehlivan Türk B, Ünal F. Conversion disorder in children and adolescents: clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Türk J Pediatr*. 2000;42:132-137.
34. Hollander M. The case of Anna O. A reformulation. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137:797-800.
35. Breuer J, Freud S (1895). Studien über Hysterie. Reprinted (1957) as *Studies on Hysteria* (trans. and ed. J. Strachey). New York: Basic Books.
36. Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*. 1985;26:371-383.
37. Roelofs J, Verbaak M, Keijsers S. Psychometric properties of a such version of the maslach burnout inventory general survey. *Stress and Health*. 2005;21:17-25.
38. Kozłowska K. The developmental origins of conversion disorders. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12(4):487-511.
39. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med*. 2002;16(2):81-97.
40. Agarwal V, Sitholey P, Srivastava C. Clinical Practice Guidelines for the management of Dissociative disorders in children and adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(2):247-253. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_493_18.
41. Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: thirty years debate about criteria. What about children and adolescents? *J Psychosom Res*. 2011;70:218-228.
42. Güler AS. (2016) Somatik ve ilişkili bozukluklar. Aynur Pekcanlar Akay & Eyüp Sabri Ercan (ed.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı içinde (s. 367-385). Ankara: HYB Basım Yayın
43. Kowal A, Pritchard D. Psychological characteristics of children who suffer from headache: a research note *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31:637-649.
44. Yalom ID, Steiner H (2008) *Ergen Terapisi*. Çev: Y Özkardeşler Şallı, İstanbul Prestij Yayınları.
45. Wyllie E, Glazer JP, Benbadis S, Kotagal P, Wolgamuth B. Psychiatric features of children and adolescents with pseudoseizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:244-248.
46. Kozłowska K, Palmer MD, Brown KJ. Specific Biases for Identifying Facial Expression of Emotion in Children

- and Adolescents with Conversion Disorders. *Psychosom Med.* 2013;75(3):272-280.
47. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR ve ark. The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition.* 1997;64:B1-8.
 48. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F ve ark. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain: A J Neurol.* 2001;124:1077-1090.
 49. Spence S, Crimlisk H, Cope H ve ark. Discrete neuropsychological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet.* 2000;355:1243-1244.
 50. Atmaca M, Aydın A, Tezcan E. Volumetric investigation of brain regions in patients with conversion disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30:708-713.
 51. Wilmshurst L (2005), *Essentials of Child Psychopathology.* Hoboken, NJ, USA: John Wiley&Sons, Inc.
 52. Robinson JO, Alvarez JH, Dodge JA. Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *J Psychosom Res.* 1990;34:171-181.
 53. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43:502-505.
 54. Steinhausen HC, Aster M, Pfeiffer E ve ark. Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry.* 1989;30:615-621.
 55. Bodde NMG, Janssen AMAJ, Theuns C, Vanhoutvin JFG, Boon PAJM, Aldenkamp AP. Factors involved in the long-term prognosis of psychogenic nonepileptic seizures. *J Psychosom Res.* 2007;62(5):545-551.
 56. Coşkun M, Zoroğlu S. Long-lasting conversion disorder and hospitalization in a young girl: importance of early recognition and intervention. *Turk J Pediatr* 2009;51(3):282-286.
 57. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion Disorder in Australian Pediatric Practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(1):68-75.
 58. Fritz GK, Campo JV (2002) Somatoform disorders. In *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook.* 3rd ed. -. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
 59. Pehlivan Türk B, Ünal F (2008) Cultural and Clinical Aspects of Conversion Disorder with Special Reference To Turkish Children and Adolescents. In: Garralda ME, Raynoud JP (eds). *Culture And Conflict In Child And Adolescent Mental Health.* IACAPAP Book Series, Jason Aronson, Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Maryland; s:133-156
 60. Aydın M (2019) Somatoform Bozukluklar. Güler Ö, Altınbaş K, Selvi Y, Aydın M (ed). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 151-158).* Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
 61. Hovorka J, Nezada T, Herman E. Psychogenic nonepileptic seizures, prospective clinical experience: diagnosis, clinical features, risk factors, psychiatric comorbidity, treatment outcome. *Epileptic Disord.* 2007;9:52-58.
 62. Widdess-Walsh P, Kellinghaus C, Geller E, Bösebeck F, Schuele S, Loddenkemper T. Efficacy of electrical brain stimulation in epilepsy. *Therapy.* 2010;7(5):481-496.
 63. Sadock BJ, Sadock VA (2007) *Synopsis of Psychiatry.* Lippincott Williams and Wilkins USA.
 64. Srinath S, Bharat S, Girimaji S, Seshadri S. Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32:822-825.
 65. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Attention-deficit disorders.* In: Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed. Baltimore. MD: Williams & Wilkins, 1063-1068.
 66. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A. Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. eksen eştanılar. *Türkiye Psikiyatri* 2000;2:87-96.
 67. Hall-Patch L, Brown R, House A ve ark. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 2010;51:70-78.
 68. Barach PM. Personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation.* 1997;4(3):117-123.
 69. Reuber M, Pukrop R, Bauer J ve ark. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003;53:305-311.
 70. Arain AM, Hamadani AM, Islam S ve ark. Predictors of early seizure remission after diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior.* 2007;11(3):409-412.
 71. Durrant J, Rickards H, Cavanna AE. Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Curr.* 2011;3:198-200.
 72. Pehlivan Türk B, Ünal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2002;52:187-191.
 73. Johnson B. Somatic Symptom Disorders in Children. *BMJ Medical Journal.* 2017;4(2):55-61.
 74. Shanahan L, Zucker N, Copeland WE, Bondy CL, Egger HL, Costello EJ. Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychol Med.* 2015;45(8):1721-1730.
 75. Köroğlu E (2004), *Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri.* Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
 76. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology.* 1996;46:1499-1507.
 77. Slater JT, Braun NC, Jacobs RE. Induction of Pseudo-seizures with Placebo Intravenous Saline. *Epilepsia.* 1995;36(6):580-585.
 78. Akdemir D, Ünal F. Erken Başlangıçlı Konversiyon Bozukluğu: Bir Olgu Sunumu *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2006;17(1):65-71.
 79. Kanner AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierree-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology.* 1999;53:933-938.
 80. Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry.* 2005;59:278-292.
 81. Whiting P, Bagnall AM, Snowden AJ ve ark. Intervention for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA.* 2001;286:1360-1368.
 82. Hopp JL, LaFrance WC Jr. Cognitive behavioral therapy for psychogenic neurological disorders. *The Neurologist.* 2012;18(6):364-372.

83. Moene F, Spoinhoven P, Hoogduin K ve ark. A randomised controlled trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychotherapeutics and Psychosomatics*. 2002;71:66-76.
84. Lesser RP. Treatment and outcome of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Curr*. 2003;3:198-200.
85. Masuda D, Hayashi Y. A case of dissociative (conversion) disorder treated effectively with haloperidol: an adolescent boy who stopped talking. *Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)*. 2003;45:663-665.
86. Cybulska EM. Globus hystericus – a somatic symptom of depression? The role of electroconvulsive therapy and antidepressants. *Psychosom Med*. 1997;59:67-69.
87. Yazici KM, Demirci M, Demir B ve ark. Abnormal somatosensory evoked potentials in two patients with conversion disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58:222-225.