

# Konversiyon Bozukluğu Zemininde Gelişen Nöroleptiğe Bağlı Faringeal Distoni: Bir Olgu Sunumu

Dr. Şakir Özen, Dr. Zekeriya Arıcıoğulları<sup>1</sup>

## ÖZET:

KONVERSİYON BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE GELİŞEN NÖROLEPTİĞE BAĞLI FARİNGEAL DİSTONİ: BİR OLGU SUNUMU

Globus histerikus; üzüntü, keder, matem gibi birçok psişik durumda oluşabilen boğazda yumru hissidir. Bu klinik tablo sıklıkla bir konversiyon bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır ve yaşamı tehdit edici tarzda şiddetli olması az görülür. Ayrıca, boğazda yumru hissi sıklıkla anksiyete ve depresyonun bir semptomu olarak da gözükabilir. Antipsikotiğe bağlı faringeal distoni nadir bir durumdur ve distonik reaksiyonların yaşamı tehdit eden formudur. Bu vaka sunumunda; konversif bayılma sonrası yanlış bir tedavi uygulamasıyla flufenazin dekonat ampul yapılan ve birkaç gün içinde disfaji, disartri, kilo kaybı, ajitasyon ve ölüm korkusu gibi yakınmaları oluşan 44 yaşında bir erkek hasta tartışıldı. Uygulanan bazı ilaçların tatmin edici sonuç vermemesi üzerine birer gün ara ile 4 kez EKT yapıldı ve iyi yanıt alındı.

**Anahtar sözcükler:** globus histerikus, faringeal distoni, flufenazine dekonat, EKT

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000;10:228-232

## SUMMARY:

NEUROLEPTIC-INDUCED PHARYNGEAL DYSTONIA OCCURRING AT A CONVERSION DISORDER BACKGROUND: A CASE REPORT

Globus histericus is a sensation of a lump in the throat, and occurs in common emotional states such as sadness, grief and mourning. This clinical picture has been often classified as a conversion disorder, and rarely presents it self in life-threatening severe forms. In addition, globus pharyngis can, frequently, be seen as a symptom of anxiety and depression. Neuroleptic-induced pharyngeal dystonia is a rare condition, and a life threatening form of dystonic reactions. In this case report, a 44 years old male patient, mistreated with fluphenazine decanoate after pseudoseizure, is discussed. Some complaints such as dysphagia, dysarthria, weight loss, agitation and fear of death have occurred in the patient in the following several days. Since the medicines given were not satisfactory, ECT was performed on the patient four times every other day, and a fairly favourable result was achieved after this treatment.

**Key words:** globus histericus, pharyngeal dystonia, fluphenazine decanoate, ECT

Bull Clin Psychopharmacol 2000;10:228-232

## GİRİŞ

Konversiyon bozukluklarının; sosyokültürel düzeyde düşük genç kadınlarda daha sık görüldüğü, depresyon (1,2) ve anksiyete (2,3) başta olmak üzere yüksek oranda diğer psikiyatrik tablolarla birlikte bulunabileceği bildirilmiştir. Genelde, belirli bir zaman diliminde, konversiyon bozukluğu semptomunun tek olacağı ve bunun sembolik anlam taşıyabileceği söylenegelmışse de, birkaç semptomunun bir arada bulunabileceğini bildiren çalışmalar da vardır (4).

Globus histerikus; üzüntü, keder, matem gibi birçok psişik durumda oluşabilen boğazda yumru hissidir. Bu klinik tablo sıklıkla bir konversiyon bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır fakat anksiyete ve depresyonun (5,6) bir semptomu olarak da ortaya çıkabileceği söylenmektedir. Globus histerikusun

yaşamı tehdit edici tarzda şiddetli olması (7) ve süreklilik kazanması (8) az görülmektedir.

Genel olarak bakıldığında, akut distonik belirtilerin dalgalanma gösterebileceği ve bu yüzden konversiyon bozukluğu ile karışabileceği bildirilmiştir (9). Owens (10) antipsikotiklerin dil ve ağız çevresindeki distonik belirtilerin yanı sıra, nadir görülen fakat yaşam açısından ciddi tehlikeli oluşturabilen iki akut distonik yan etkisine de değinmiştir. Bunlardan biri; solunum sıkıntısı, belirgin stridor ve asfiksi gibi belirtiler veren laringeal addüktör kasın spazmidir. İkincisi; disfaji, boğulma-tıkanma, tükürüğünü bile yutamama gibi belirtiler veren faringeal distonidir.

Bu vaka sunumunda; konversif bayılma sonrasında yanlış bir tedavi uygulamasıyla flufenazin dekonat ampul yapılan ve birkaç gün içinde disfaji, disartri, kilo kaybı, ajitasyon, ölüm korkusu gibi yakınmaları oluşan ve bu nedenle 1999 Ağustos

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri AD, 21280 Diyarbakır

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. Şakir Özen, Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri AD, 21280 Diyarbakır

Tel: +90 (532) 405 7228 Fax: +90 (412) 248 8440

E-mail: sakiro@dicle.edu.tr

ayında kliniğimize getirilen bir erkek hasta tartışıldı.

#### OLGU:

R.Y. 44 yaşında erkek hasta, evli ve 3 çocuğu var. İlkokul mezunu, Batman'ın bir köyünde oturuyor, tarımla uğraşiyor, ekonomik durumu oldukça kötü. Hasta; 4 - 5 gündür hiçbir şey yiyip-içememe, yutama, konuşmasında bozulma, boğazda darlık hissi, karn ağrısı, ölüm korkusu, sıkıntı hissi, ayakta duramama, baş dönmesi, bayılıp düşme, kendine bakımda ciddi bozulma gibi yakınmalarla erkek kardeşi ve köy muhtarı tarafından getirildi.

Anamnezinde; Psikiyatrik açıdan daha önce herhangi bir sorunu olmadığı, yaklaşık 10 gün önce küçük çocuğunun bir kat yükseklikteki damdan yere düştüğü, o anda başka bir yerde bulunan hastamızın bu olayı haber almasıyla bayılıp yere düşmesinin bir olduğu söylendi. Yere düşen çocuğa önemli bir şey olmadığı, fakat hastamızın bayılması nedeniyle en yakın il merkezindeki bir doktora götürüldüğü söylendi.

Muayene eden hekim (Psikiyatrist değil) flufenazin dekonat ampul yaptırıp evine göndermiş, ekstrapiramidal yan etkilerde kullanılabilecek ek bir ilaç da önermemiş. Hasta birkaç saat sonra kendine gelmiş, fakat izleyen günlerde yavaş yavaş yukarıda anlatılan yakınmalar gelişmeye başlamış.

Psikiyatrik muayene ve izlem: Hasta Acil servisten kliniğimize getirildiğinde genel durumu çok kötüydü. Yürüyemediği için iki koltuğu altına iki kişi girmiş, ayakları yerde sürünmekte, başı yere eğik, elbiseleri biraz dağınık ve pantolonu üzerinde geniş bir idrar ıslaklığı görünmekteydi. Hasta bitkin bir haldeydi dudakları çatlamış, gözleri donuklaşmıştı. Hastayla sözlü iletişim kurulamıyordu. Normale yakın bir ses tonunda bir şeyler söylemeye çalışıyor fakat söyledikleri anlaşılıyordu. Yoğun ölüm korkularının ve ümitsizliğin ön planda olduğu anksiyodepresif bir duygulanım içindeydi. Boğazındaki sıkışmaya işaret ediyor, katı veya sıvı verilen bütün gıdaları daha yutamadan öksürükle birlikte kusar gibi ağzından ve burnundan çıkarıyordu. Hastanın yakınları 4-5 gündür hiçbir şey yiyip-içmediğini, son 10 gün içinde 3-4 kg zayıfladığını ve dışkılamaya gitmediği için karn ağrıları olduğunu söylediler. Kollarında hafif bir tremor ve hafif bir rijidite vardı.

Yakınlarıyla ilk görüşmeden sonra, KBB ve Nöroloji konsültasyonu istendi ve belirgin bir patoloji saptanamadığı bildirildi. İlk günkü kan incelemeleri

sonucu şöyle bulundu: Beyaz küre:10.6 K / uL, Kırmızı küre:7.09 M / uL, Trombosit:298 K / uL, üre:901 mg / dL, kreatinin:1.4mg / dL, Na:151 mmol / L, Cl:111 mg / dL, Ca:10.5 mg / dL, fosfor:6.8 mg / dL, LDH:315 U / L, T.protein:8.4 g / dL, ürik asit:10.5 mg / dL. Diğer kan biyokimyası değerleri normaldi. Ateşi:38 C°, TA:95 / 60 mmHg. Elektroensefalografisi (EEG) ve beyin tomografisi (BBT) normaldi. Klinik izlem ve görüşmeler sonucunda hastanın sınırdaki zeka yapısına sahip olduğu kanısına varıldı. DSM IV kriterlerine göre yapılan görüşme sonucunda spesifik bir kişilik bozukluğu saptanamadı, fakat C kümesine ait özelliklerden birkaçını kanşık olarak taşıdığı görüldü; becerileri - ilgileri - sosyal ilişkileri kısıtlı, yarı bağımlı, özgüveni zayıf, anksiyöz ve kuruntulu.

Klinik süreç konversif bir tabloyu düşündürse de; hastanın yaşı, cinsiyeti, stres faktörünün ortadan kalkmasına rağmen (çocuğuna bir şey olmadığını, yaşadığını görmesi) yakınmaların devam etmesi ve yutma fonksiyonlarının beden sağlığını tehdit edecek düzeyde olması gibi durumlar yakınmaların antipsikotiklere bağlı faringeal distoni veya faringo-özefagal motilite bozukluğu olabileceğini de düşündürdü. Bu nedenle akineton (3-4 x 1 ampul / gün, im) başlandı, besin ve sıvı desteği için 3000-3500 ml /gün olacak şekilde intravenöz (iv) %5 dexroz ve fizyolojik serum başlandı. Ertesi gün çok az miktarda meyve suyu ve kek gibi yumuşak gıda aldı. Karn ağrısından yakındığı ve yaklaşık bir haftadır gaita çıkaramadığı için rektal yoldan Libelax uygulandı ve deşarj sağlandı. Dehidratasyona bağlı olabileceğini düşündüğümüz subfebril ateşi ve hipotansif durumu düzeldi. İlerleyen günlerde de düzenli sıvı ve besin alamadığı için zaman zaman iv sıvı desteğine ihtiyaç duyuldu.

Birkaç gün sonra hastanın yutma ve konuşmayla ilgili yakınmalarında belirgin bir düzelme görülmemesi, uykusuzluk, iritabilite ve ajitasyonun olması nedeniyle tedaviye 15 mg / gün diazem eklendi. Hasta çoğu zaman ilaçları da yutamıyor veya zorlanıyordu. Sık sık odasında kardeşyle kavga ediyordu (Refakatçi olarak yanında kendisinden 4-5 yaş küçük olan erkek kardeşi kaldı. Bu kişi bekardı, biraz öfkeli bir yapısı vardı, İstanbul'da lokanta benzeri bir yerde çalışmaktaydı ve abisi hastalandı diye çağırılmıştı. Sık sık abisinin yüzüne bu hastalık döneminde 200 milyon parasının gittiğini, kendisinin de ekonomik durumunun çok iyi olmadığını, kasıtlı iyileşmediğini, isterse

iyileşebileceğini, acilen işyerine dönmesinin gerektiğini söylüyordu). Hasta refakatçisine hastalık hakkında anlayabileceği kadar bilgi verilip bu tarz tavırları engellenmeye çalışıldı.

Yatışından sekiz gün sonraki kan biyokimyası incelemesinde; hafif glukoz yüksekliği (116 mg / dL) ve hafif K düşüklüğü (3.2 mmol / L) saptandı, diğer değerler normaldi. On gün içinde yutma ve konuşma gibi fonksiyonlarda yeterli düzelmeye görülmemesi, tabloya yoğun ölüm korkularının bulunduğu orta şiddette anksiyete ve depresyonun eşlik etmesi üzerine bütün ilaçları kesilerek EKT'ye karar verildi. Birer gün arayla 4 EKT yapıldı ve yakınmaları %90 oranında iyileşti, morali büyük ölçüde düzeldi, insanlarla iletişimde normalleşme gözlemlendi. Daha sonra hastaya Tofranil 50 mg / gün kullanması önerilerek bir ay sonra kontrole çağrıldı. Kontrole gelmeyen hastaya telefon edildi. Hasta sağlığının çok iyi olduğunu söyledi ve ilgimizden dolayı teşekkür etti.

#### TARTIŞMA:

Boğazda tıkanma-yumru hissi oluşum süreci açısından akut, subakut ve kronik olarak incelenebilir. Etiyolojik açıdan birçok faktör bu hissin oluşmasında rol oynayabilir. Bunlar arasında çeşitli psikişik faktörlerin yanı sıra, servikal osteofitler, sinüzit, lingual tonsillerin büyümesi, krikofaringeal spazm, temporomandibular eklem disfonksiyonu, (11) yukarı özefagus sfinkterinin istirahat basıncında artma olması, akalazyia, mide-özefagus reflüsü, özefagus motilite bozukluğu, sikleroderma (12), talamo-oliver dejenerasyon (13) gibi faktörler sayılmıştır. Olgumuzun yakınmalarının kısa süre önceye dayanması, psikişik bir olayla ilişkili olması, Nöroloji ve KBB konsültasyonunun normal gelmesi, yukarıda bir kısmını belirttiğimiz organik kökenli etiyojilerin dışlanmasına yardımcı olmuştur.

Konversiyon bozukluğunun erkeklerde 2-5 kez daha az görüldüğü (14), ayrıca bazı konversiyon semptomlarının farklı cinsiyetlerde farklı oranlarda oluştuğu söylenmektedir. Örneğin; boğazda yumru hissi (5,8), duyu kaybı, motor bozukluk ve konvulziyonun (15) daha çok kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir. Erkek olmasına rağmen bu tip semptomlar olgumuzun da önde gelen yakınmalarından olması dikkat çekici olmuştur. Glob yakınması olan hastaların az bir kısmında histerik kişilik bulunduğu bildirilmiştir (11,16). Wilson ve ark. bir çalışmada (16) kadın hastaların içe dönük nörotik, erkek

hastalarınsa ambivert (içe dönük ve dışa dönük karakter arasında bir yapı) özellik gösterdiklerini belirtmektedirler. Başka bir çalışmada ise (7) kadın hastalarda Eysenck Kişilik Envanterine göre nörotizim puanlarını erkeklerden daha yüksek bulduklarını bildirmektedirler. Biz de hastamızda spesifik bir kişilik bozukluğundan ziyade; sınırda zeka yapısı olan, becerileri - ilgileri - sosyal ilişkileri kısıtlı, yanı bağımlı, özgüveni zayıf, anksiyöz ve kuruntulu bir kişilik yapısı saptadık.

Olgunun konversif semptomlarının iki aşamada değerlendirilmesinin daha doğru olacağını düşündük. İlki; çocuğunun düşme haberi karşısında bayılmasıyla ilgili aşama, ikincisiyse; Batman'dan döndükten sonraki aşama. İlk aşamada primer ve sekonder kazançla ilgili kolayca bir şeyler söylenebilecekken, ikinci aşamaya ilgili yargıya varmak zorlaşmıştır. Çünkü; primer kazancın dayanağı ortadan kalktığı halde (çocuğuna bir şey olmadığını gözüyle görmesi) yakınmalar tamamen geçmemiş, üstelik tabloya yeni semptomlar eklenmiştir. Hastalık süreci boyunca sekonder kazançla ilgili dikkat çekici bir nokta olabilecek değerlendirmeyi kardeşi yapmaktadır. Bu kişi her şeyi fakirlikle ilişkilendirmekte, hatta; abisinin "çocuk düştü" haberini alması sırasındaki bayılmasını, "çocuğun yaralanma veya sakat kalma ihtimaline üzülme"den ziyade "onu hangi parayla doktora götüreceği" kaygısına bağlamaktadır. Bu değerlendirme dikkate alındığında; olgunun hastalık süreci boyunca bilinçli veya bilinçdışı bir mekanizmayla çevreden destek arama eğilimi hep olagelmıştır. Çünkü; ilk gün kendisini şehre götürüp getiren aracın giderleri ve özel muayene ücreti çevreden ödenmiştir ve hasta onları "geri ödemekte zorlanacağı bir borç" olarak algılayıp psikişik dünyasında büyümüş olabilir. İzleyen günlerde de benzer kaygılar devam etmiş olabilir.

Globus histerikus'lu hastalarda, kilo kaybı ve gerçek yutma güçlüğünün genellikle bulunmadığı ve bunun da tanıda önemli yol göstericilerden biri olduğu bildirilmekteyken (11) hastamızda sıvı ve besin alamamasıyla ilişkili olarak kilo kaybı, dehidratasyon, hipotansiyon gibi önemli belirtiler oluşması ve yoğun ölüm korkularının eşlik etmesi; etiyojistik sebepleri değerlendirirken konversiyon bozukluğunun yanı sıra flufenazin dekonat ampul'ün muhtemel distonik yan etkilerini de göz önünde tutmamız gerektiğini düşündürmüştür. Klasik antipsikotiklerin uzun süreli kullanımıyla, geç distoninin bir varyantı olarak da kabul edilen Meige

Sendromu'nun bir semptomu olarak faringo - laringeal motilite bozukluğunun oluşabileceği söylenmektedir (17) fakat olgumuzda daha önceki dönemlere ait antipsikotik kullanma hikayesi yoktur. Literatürde antipsikotiklerin akut laringeal veya faringeal distonik yan etkisiyle ilgili, haloperidol (18) ve klorpromazinle (19) ilgili yayınlara rastladığımız halde, potent bir antipsikotik olan flufenazin'le ilgili bir bilgiye rastlayamadık. İlchef (18) şizofreni tanısı konan 24 yaşında bir erkek hastaya 1.5 mg / gün haloperidol başlamış ve iki hafta sonra 2 x 1.5 mg / gün'e çıkarmıştır. Dozun arttırıldığı ilk günlerde boğazda huzursuzluk hissi, hızlı ve sıkıntılı solunum, ses kısıklığı, konuşma güçlüğü, dilde şişme hissi ve tek taraflı temporomandibular eklem dislokasyonu gibi belirtiler oluştuğunu bildirmişlerdir. Russell ve ark. (19) 16 yaşında bir erkek çocuğun uyumak için 6x100 mg klorpromazin tb aldıktan sonra akut olarak üst solunum yolu sıkışmasıyla acil servise getirildiğini bildirmekteler ve bu tabloyu doz yüksekliliyle ilişkili bulmaktadırlar.

Distonik belirtilerin dalgalı bir seyir izleyebileceği (10) ve bu gibi durumlardan dolayı konversiyon bozukluğuyla karışabileceği de söylenmiştir (9). Akut distonik yan etkilerin biperiden ve diazepam'a iyi yanıt verdiği bildirilmesine (9,10) rağmen, hastada zaman zaman düzensiz periyotlar şeklinde iyileşme dönemleri olduysa da, hastanın beslenmesini tamamen düzelterek boyutta olmamıştır. Bu tedaviler uygulandığı halde istenen seviyede iyileşmenin elde edilememesi, tablonun sadece ağır bir konversiyon bozukluğu olabileceği yönünde de düşünmemize neden olmuştur.

Cybulska (6) boğazda yumru hissi yakınması olanların yarıdan fazlasında belirgin depresyon gözlendiğini, bu nedenle bu tablonun konversiyon bozukluğundan ziyade depresyonun psikofizyolojik bir semptomu olarak kabul edilmesinin daha doğru olacağını ve antidepressan tedaviye cevap verdiğini söylemektedir. Hastamızdan çocuğunun düşme olayı öncesine ait depresif bozukluk hikayesi alınmamıştır.

Kohl (3) boğazda yumru hissini daha çok anksiyeteye ilişkili bulmaktadır ve tıp çevrelerinde panik bozukluğun anksiyetenin kardiyak alt tipi olarak kabul görmesini örnek göstererek, boğazda yumru hissi, yutma güçlüğü veya farinks bölgesinde ağrı gibi belirtilerin ön planda olduğu anksiyete bozukluğuna da; "boğaz - anksiyete sendromu" veya "fagofobi" denebileceğini söylemektedir. Bu görüşlerin her birinin gerçeklik payı bulunsa da, olgunun kliniğe getirildiğinde ve yatış sürecindeki anksiyeteli ve depresif halinin primer değil yakınma basamaklarındaki sıkıntılara sekonder geliştiği kanısındayız.

EKT'nin globus histerikus tablosunun şiddetli formlarında iyi sonuç verdiğini belirten çalışmaların (5) destekler nitelikte, bizim hastamızda da çok iyi sonuç verdiği görülmüştür. EKT yapılmıyorsa hastanın yakınmalarının nasıl bir süreç izleyeceği ve ne zaman silikleşeceği konusunda bir şey söylemek çok güç. Yakınmaların ilk bayılmadan en son EKT'ye kadar yaklaşık bir ay kadar sürmesi, flufenazin dekonat ampülün farmakolojik etkilerinin 3-6 hafta kadar (9) sürebileceği de düşünüldüğünde normal sayılabilir. EKT'ye başladığımız 20. günden sonra kandaki flufenazin miktarının iyice azalacağını düşünsek bile, konversif bozukluğun üzerine eklenmiş olan anksiyete ve depresyon halinin hastanın iyileşmesini uzatacağı yönünde kanımız ağırlık kazandı.

Sonuç olarak; olguda iç içe geçmiş halde, karışık (komorbid) bir tablo olduğu düşüncesindeyiz. Şöyle ki; konversiyon bozukluğu üzerine flufenazin etkisiyle önce faringeal distoni veya özefagus motilite bozukluğu eklenmiş, bunun üzerine yoğun anksiyete reaksiyonu başlamış, sonra da orta şiddette depresif duygulanım tabloya eklenmiş olabilir. Bu süreçten beslenme ve özbakım da olumsuz yönde etkilenmiştir. Sonuçta; bu karışık tablonun her bir bileşeni diğer bileşenlerin şiddetini olumsuz yönde etkileyecek bir katalizör etkisi yapmış olabilir.

#### Kaynaklar:

1. 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; 63: 83-8.
2. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.

3. Kohl F. The pharyngeal anxiety syndrome: globus perception and pharyngeal sensations as an oligosymptomatic abortive form of an anxiety disorder. Nosologic, diagnostic and therapeutic aspects, illustrated with a case. *Psychiatr Prax*; 1998; 25: 256-9.
4. Dilbaz N, Bitlis V, Doğan S, Usseli I, Erdoğan S. Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastalarda psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam* 1994; 7 : 5-9.
5. Cybulska EM. Globus hystericus - A somatic symptom of depression? The role of electroconvulsive therapy and antidepressants. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59: 67-69.
6. Cybulska EM. Globus hystericus or depressivus. *Hosp-Med* 1998; 59: 640-1.
7. Wilson JA, Deary IJ, Maran AGD. The persistence of symptoms in patients with globus pharyngis. *Clin Otolaryngol* 1991; 16: 202-5.
8. Deary IJ, Wilson JA, Harris MB, Macdougall G. Globus pharyngis: development of a symptom assesment scale. *J of Psychosomatic Research* 1995; 39 : 203-13.
9. Yüksel N. *Psikofarmakoloji, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara* 1998; 78-84.
10. Owens DGC. *A Guide to the Extrapiramidal Side-effects of Antipsychotic Drugs. Cambridge University Press* 1999; 41-57.
11. Conrad T, O'Dwyer T, Cagney D, Walsh M. Globus pharyngeus: Long term follow-up and prognostic factors. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100: 351-4.
12. Leelamanit V, Geater A, Ovarlarnporn T. Cisabride in the treatment of globus hystericus. Prasansuk S, Na Nakorn A, Bunnag C, Siriyananda C (eds): *Otolaryngology in ASEAN Countries. Adv Otorhinolaryngol. Basel, Karger* 1997; 51: 112-24.
13. Yamanoto T, Yamashita M. Thalamo-olivary degeneration in a patient with laryngopharyngeal dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59 : 438-41.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. *Synopsis of Psychiatry. Middle East Edition (7th)* 1994; 621-623.
15. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ, Özgen G, Gürsoy Rezaki B. Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8 : 161-9.
16. Wilson JA, Deary IJ, Maran AGD. Is globus hystericus? *Br J Psychiatry* 1998; 153: 335-9.
17. Zwirner P, Dressler D. Dystonia as the cause of pharyngolaryngeal motility disorders. *HNO* 1995; 43: 498-501.
18. Ilchef R. Neuroleptic-induced laryngeal dystonia can mimic anaphylaxis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31: 877-79.
19. Russell SA, Hennes HM, Herson KJ, Stremski ES. Upper airway compromise in acute chlorpromazine ingestion. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 467-8.