

신체증상을 호소하는 환자의 약물치료

단국대학교 의과대학 정신건강의학교실
이경규

Pharmacotherapy for Patients Complaining With Somatic Symptoms

Kyung-Kyu Lee, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea

ABSTRACT

Patients complaining with somatic symptoms are very common in clinical practice, and are often consulted to medical department. But it is difficult to treat well. The treatment of somatic symptom disorder is multi-modal as none of the methods on their own provide a satisfactory outcome. The treatment of somatic symptoms disorders is complicated by lack of boundary, conceptual clarity, and overemphasis on psychosocial causation and effectiveness of psychological treatments. In clinical practice all classes of psychotropics are used to treat somatic symptoms disorder. Drugs such as tricyclic antidepressants, serotonin reuptake inhibitors(SSRI), serotonin and noradrenalin reuptake inhibitors (SNRI), atypical antipsychotics are studied. The evidence indicates that these drugs are effective in somatic symptom disorders. All classes of antidepressants seem to be effective against somatic symptom disorders. SSRIs are more effective against hypochondriasis and body dysmorphic disorder, and SNRIs appear to be more effective than other antidepressants when pain is predominant. The author suggest that psychiatrists should know how to treat patients complaining with somatic symptoms by using not only psychotherapeutic approach but also pharmacological treatment. It will be helpful to reduce suffering and increase quality of life of these patients.

KEYWORDS : Somatic symptoms; Somatic symptom disorder; Pharmacotherapy.

서 론

의학적으로 설명되지 않는 신체증상을 호소하면서 의료기관을 방문하는 환자는 전체 환자의 1/3을 차지할 정도로 매우 많다.¹⁾ 이 환자들의 상당수는 정신건강의학과보다는 신경과, 소화기내과, 심장내과, 류마티즘내과 등 다른 임상 의학과에서 치료받고 있다. 그리고 이 환자들은 정신의학적인 치료를 거부하거나 저항하는 경우가 많아서 정신건강의학과에서 치료받는 경우는 많지 않다. 의료기관의 빈번한 방문, 의료비용의 증가, 불필요한 검사 등을 유발할 뿐만이 아

니라 주요정신질환과 유사할 정도의 장애를 유발한다. 정신 사회적 원인만을 너무 강조한다면 불편함과 불만족을 불러 일으켜 이 환자들이 치료에 제대로 참여하지 않게 할 뿐만 아니라 적절한 전문적 치료를 제공받기 어렵게 한다.²⁻⁹⁾

신체증상을 빈번히 호소하는 정신질환으로는 신체증상장애, 조현병, 망상장애, 우울장애, 불안장애, 적응장애 등이 있다. 그러나 본 논문에서 다루고자 하는 신체증상은 정신병적 상태에서 호소하는 신체증상이 아닌 DSM-IV¹⁰⁾의 신체화장애, 건강염려증, 신체추형장애, 전환장애 등을 포함하는 신체형장애, DSM-5¹¹⁾의 신체증상장애, ICD-10¹²⁾의 전환(해

Received: November 9, 2021 / Revised: November 24, 2021 / Accepted: November 26, 2021

Corresponding author: Kyung-Kyu Lee, Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, 119 Dandae-ro, Dongnam-gu, cheonan, Chungnam 31116, Korea

Tel : 041) 550-3948 · Fax : 041) 561-3007 · E-mail : kykylee2@gmail.com

리)장애 및 신체형장애 등의 정신의학적인 진단을 받는 환자들의 신체증상이다.

신체증상을 호소하는 환자들을 효과적으로 치료하기 위해서는 하나의 치료법만으로는 만족할만한 효과를 얻을 수 없으므로 다양한 방식의 치료법이 필요하며, 이에 인지행동치료, 정신분석적 지지정신치료, 정신역동적 치료, 약물치료를 포함한 생물학적 치료 등이 포함된다.^{13,14)}

이에 본 논문은 저자가 이전에 발표한 ‘신체증상을 호소하는 환자들의 정신치료’에 더하여 이들 환자에게 효과적인 약물치료를 알아보고자 하였다.¹⁵⁾

본 론

신체증상은 일반적으로 기저에 유의한 기질적 병변이 없거나, 기질적 병변이 있다고 하더라도 증상의 심한 정도나 유병기간 등이 증상과 일치하지 않는 육체적 증상을 호소하는 경우로 알려져 있다. 전통적으로 신체증상은 심리적 혹은 사회적 원인에 의해 나타난다고 가정한다. 개념적으로 폭넓게 두 가지의 범주로 구분할 수 있다.¹⁶⁾ 하나는 DSM-IV의 신체형장애, DSM-5의 신체증상장애, ICD-10의 전환(해리)장애 및 신체형장애 등의 정신의학적인 진단을 받는 환자군이다. 다른 하나는 만성피로증후군, 과민대장증후군, 섬유근통증후군 등의 기능성 신체증후군(Functional somatic syndrome) 환자군이다. 이 두 가지가 서로 겹쳐있는 경우가 많으므로 이 개념적 범주의 분류는 문제점이 많다. 예를 들어 내과의사에서 섬유근통증후군으로 진단받은 환자가 정신건강의학과 의사에게서 신체증상장애로 진단을 받는 등 동일한 증상을 가진 환자에서 치료자의 이론적 배경에 따라서 다른 진단이 내려지기도 한다.¹⁷⁾ 하지만 진단기준에 명확하게 맞지 않는 신체증상을 호소하는 환자들도 치료를 받음으로써 사회적, 정서적 행태적 문제들에서 유의한 도움을 받을 수 있다.

신체증상을 호소하는 환자들의 치료에 있어서 다음과 같이 단계적으로 접근하는 것이 도움이 된다.¹⁸⁾ 진단과정 그 자체도 잘만 시행한다면 치료적 효과가 있다. 이 환자들의 치료에서 정신 혹은 신체라는 이분법적 사고에서 벗어나야 한다. 명확한 기질적 병변이 없거나 명백한 정신질환이 없을지라도 신체증상을 호소하는 환자들은 심각하게 아픈 것으로 받아들이고 있다는 것이다. 모든 질병단계 및 치료과정에서 안심시키기, 좋은 검사결과를 기대하게 함, 신체증상장애의 기능적 특성에 대한 긍정적 설명, 신체 고통을 해소하기 위해 적극적으로 참여하려는 환자의 동기 강화 등과 같은 방법들이 이용한 환자와의 좋은 관계유지는 필수적이다. 건강한 생활

습관, 신체적, 사회적 활동 등을 장려하는 것도 도움이 되는데, 증세가 심하지 않으면 주의 깊게 관찰하면서 정기적인 진료와 함께 이러한 기본적인 도움만을 제공하여도 충분하다. 효과가 별로 없거나 증세가 심하다면, 다음과 같이 더 많은 도움을 제공한다. 첫째, 증상의 원인보다는 악화시키는 요인들에 대한 배경 요인들을 알려준다. 둘째, 긍정적 사고, 이완요법, 점진적 운동, 자기 도움 같은 더욱 기능적인 태도와 행동을 격려하고 관찰 및 평가한다. 이 경우에 환자와 함께 현실적 목표를 수립한다. 셋째, 진통제 혹은 소화제의 제공 등과 같은 증상을 호전시키는 방법을 제시한다. 환자가 원한다면 보조약물의 사용도 허용하지만, 이러한 방법들은 일시적으로는 도움이 되겠지만 자기 조절에는 덜 효과적임을 설명한다. 넷째, 통증이나 우울증이 주된 문제로 나타나면 항우울제의 사용을 고려한다. 다섯째, 환자의 요청을 기다리지 말고 정기적으로 진료를 한다. 여섯째, 정신적 외상과 관련된 스트레스 요인이나 가정폭력 약물 남용, 인위성 증상, 법적 문제 등과 같은 상황적 요인들을 평가한다. 일곱째, 진단, 환자의 문제점들, 그리고 향후 치료 등에 있어서 정신치료를 적용한다. 마지막으로 외래 통원치료만으로 충분하지 못하다면 대증요법, 물리요법, 작업치료 등을 포함하는 다학제적 치료를 고려한다.¹⁸⁾

1. 신체증상을 호소하는 환자의 약물치료

신체증상을 호소하는 환자들에 대한 제대로 된 약물학적 치료에 대한 양질의 연구는 많지 않다.¹⁹⁾ 그리고 의학적으로 설명되지 않는 신체증상이나 기능성 신체증후군에 대한 심리치료나 항우울제의 효과에 관한 연구는 제법 있지만, 신체증상장애 환자들에 관한 연구는 거의 없다.^{13,20-22)} 그 이유로는 이론적 명확성의 결여, 신체증상장애와 기능성 신체증상 증후군에서 증상의 중첩, 정신사회적 원인론 및 정신치료의 효과에 대한 과도한 강조 등이 있다. 그리고 정신의학적인 영역보다는 타과 영역에서 이 환자들을 더 많이 치료하고 있으므로 약물연구 시행에 어려움이 많다.¹⁶⁾

현재까지의 약물연구를 살펴보면 진단과 연구방법론에서 문제가 있는 경우가 많고 제대로 된 연구는 몇 개 정도가 있다.¹⁹⁾ 이 연구들도 대개 과거의 신체화장애, 신체형 통증장애, 신체추형장애, 건강염려증 등이 연구대상 질환이다. 전환장애에 관한 약물치료나 복합치료에 관한 비교연구는 없으며 전환장애의 운동증상이나 보행증상에 대한 행동치료 정도가 있을 뿐이다.²³⁻²⁵⁾

신체증상을 호소하는 환자들의 약물학적 치료를 방해하는 요인들이 있다. 이는 명확한 근거가 없음에도 정신사회적

원인에 대한 과도한 강조, 모든 환자에게 적용하기 어려움이 있음에도 불구하고 심리치료의 효과에 대한 과도한 강조, 개념의 명확성 부족 및 기능성 신체증상증후군과의 모호한 경계성, 전문가들에게서 나타나는 환자의 문제를 의학적으로 문제화시킴에 대한 이유 없는 공포, 신체증상환자의 치료에 있어서 약물학적 치료의 효과에 대한 자신감의 결여 및 부작용에 대한 공포에 의한 약물치료에 대한 과도한 조심성, 이 환자들의 질병 특성에 따른 약물 부작용에 대한 과도한 반응 및 그에 따른 약물 선택과 사용용량 그리고 치료 기간이 충분하지 못하여 나타나는 부적절한 치료, 약물학적 치료에 관한 연구가 빈약하므로 의료계에서 중요성이 떨어짐 등이다.¹⁶⁾

신체증상을 호소하는 환자들의 약물치료의 이점 및 근거는 다음과 같다.¹⁶⁾ 첫째, 이 환자들의 약물치료는 증상의 정도와 환자의 고통을 감소시킴에 효과적이다. 명확한 근거는 없지만, 신체증상 환자의 치료에 있어서 약물치료는 임상적으로 가장 빈번하게 이용되는 치료기법이다. 둘째, 이 환자들의 상당수에서 공존하는 불안장애나 우울장애가 있음에도 정확하게 진단되지 않아서 적절한 치료가 제대로 이뤄지지 않아서 신체증상들이 지속되기도 한다. 셋째, 약물치료는 비용-효과적이며 사용하기가 쉽다. 이 환자들을 자주 접하는 타과 영역의 의사들이 쉽게 처방하고 효과를 보기도 한다. 신체증상에 대한 심리적, 사회적 원인을 찾기보다는 약물을 처방하는 것을 더욱 선호하지만 필요한 경우에는 정신건강의학과로 자문이나 전과를 하기도 한다.

신체증상을 호소하는 환자들의 약물치료에는 삼환계 항우울제(Tricyclic antidepressant, 이하 TCA), 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, 이하 SSRI), 세로토닌-노르에피네프린 재흡수 차단제(Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor, 이하 SNRI), 항정신병약물, 항경련제 등이 주로 사용된다.

항우울제는 신체증상을 호소하는 환자의 약물치료에서 가장 빈번하게 사용되는 약물이다. 그 이유로는 항우울제의 진통효과, 기저의 불안장애 및 우울장애의 증상일 수도 있다는 점, 여러 정신질환에서 나타나는 불안이나 식욕 및 수면 저하와 같은 동반 증상들에 대한 효과, 신체증상장애 환자들에서 나타나는 증가된 자극 감수성에 대한 효과 등이다.²⁶⁻²⁸⁾ 신체증상을 호소하는 환자들에게서 자주 나타나는 통증감각과 예민해진 다양한 감각을 감소시킴에 있어서 SSRI와 SNRI는 말초성 혹은 중추성으로 작용하여 효과를 나타낸다.^{26,27)}

신체증상장애 환자들에 대한 SSRI와 SNRI의 효과에 관

한 몇몇 연구들이 있다. 신체화장애에서 fluvoxamine,¹⁴⁾ 미분화형 신체화장애에서 venlafaxine과 mirtazapine,²⁹⁾ 미분화형 신체화장애에서 fluoxetine과 sertraline,³⁰⁾ 다양한 신체증상을 호소하는 환자에서 escitalopram,³¹⁾ 지속성 신체형 통증장애에서 fluoxetine³²⁾ 등의 약물효과 연구가 보고되었다. 그리고 신체화장애, 비분화형 신체화장애, 다양한 신체화장애 환자에서 St. John's wort도 효과가 있다고 한다.^{33,34)}

세로토닌과 노르아드레날린 수용체 모두에 작용하는 항우울제가 선택적으로 세로토닌에만 작용하는 항우울제보다 신체형 통증장애에 더욱 효과적이다. 이 두 수용체 모두에 작용하는 TCA의 심인성 통증 및 신체형 통증장애에 대한 효과는 잘 알려져 있다.²⁶⁾ 신체증상장애에서 효과에 대해 체계적으로 연구되지는 않았지만 TCA의 일종인 amitriptyline을 임상에서 특히 많이 사용하고 있다. 항우울제의 진통 효과는 opioid system과 중추신경계의 억제성 통증경로의 조절의 상호작용에 의한다.^{27,28,35)}

이전의 진단명인 건강염려증의 약물치료에 관한 연구도 있다. 건강염려증의 약물치료에서 fluoxetine,³⁶⁻³⁸⁾ paroxetine,³⁹⁾ imipramine,⁴⁰⁾ 항우울제과 전기경련요법⁴¹⁾의 치료효과에 관한 연구들이 있다. Magarinos 등⁴²⁾은 imipramine, clomipramine, fluoxetine 및 fluvoxamine이 건강염려증에 치료효과가 있다는 보고들을 고찰하였다.

신체추형장애에 관한 약물연구로는 fluvoxamine,^{43,44)} citalopram,⁴⁵⁾ fluoxetine,⁴⁶⁾ clomipramine⁴⁷⁾의 효과에 관한 연구 등이 있다. 그리고 신체추형장애에서는 SSRI 단독요법보다는 SSRI 복합요법이 더 효과적이다.⁴⁸⁾

신체증상장애 환자에 대한 항정신병약물 치료에 관한 연구는 매우 드물다. 신체화장애의 levosulpride,⁴⁹⁾ SSRI 치료저항성 신체화장애 환자에의 aripiprazole 부가요법⁵⁰⁾ 및 blonanserin 부가요법⁵¹⁾ 등의 연구가 있다. 건강염려증은 신체추형장애와 마찬가지로 기본보다는 사고과정 및 내용에서의 비정상이 우선적이지만 항정신병약물의 효과에 관한 연구는 거의 없다.

항경련제는 주로 통증 조절에 주로 사용되며 신체증상장애의 효과에 관한 연구는 거의 없다. 항경련 중에서 pregabalin과 gabapentin은 항불안효과^{52,53)} 및 진통효과⁵⁴⁾가 있다. 이에 관한 연구로는 신체화장애에서 gabapentin의 효과,⁵⁵⁾ 신체화장애에서 gabapentin의 부가요법,⁵⁶⁾ 항우울제 치료저항성 신체화장애 환자에서 pregabalin의 효과,⁵⁷⁾ 다양한 신체화장애 환자에서 topiramate의 효과⁵⁸⁾ 등이 있다.

임상에서는 신체증상장애의 약물치료 시 항우울제뿐만 아니라 항정신병약물, 항경련제, 그리고 베타차단제, benzodi-

azepine계 항불안제, 비스테로이드성 소염진통제, 마약성 진통제 등도 사용된다.

현재까지의 신체증상장애 환자에 관한 약물연구를 종합하여 판단한다면 연구에 많은 제한점이 있기는 하지만 향후로 항우울제만이 아닌 다른 약물들의 효과에 관한 연구, 항우울제와의 정교한 비교연구, 체계적이고 전향적이며 많은 환자를 대상으로 한 연구 및 장기간의 치료 효과에 관한 연구 등이 필요할 것으로 생각된다.

2. 신체증상을 호소하는 환자 약물치료의 고려 사항

신체증상을 호소하는 환자의 치료에서 치유보다는 돌봄과 문제해결이라는 개념의 전환, 증상을 악화시키고 완화하는 요인들을 파악하고, 전통적 생물의학적 개념에서 생물-심리-사회적 모형으로의 개념의 전환을 통한 환자 문제들의 재구성을 환자 및 치료자 모두가 받아들여야만 성공적인 치료가 가능하다.⁵⁹⁾ 신체증상을 호소하는 환자의 약물치료에서 중요한 고려 사항은 다음과 같다.¹⁶⁾ 첫째, 좀더 실용적인 접근이 필요하다. 명확한 원인과 치료법이 알려지기 전까지는 증상완화적 접근이 필요하며, 환자의 고통을 줄일 수만 있다면 효과가 덜하지도 나쁘지도 않다는 것이다. 둘째, 약물을 사용하기 전에 약물사용의 타당성, 기대되는 효과 및 귀결, 나타날 수 있는 일반적인 부작용을 설명하여 환자에게 약물사용에 대해 이해시킨다. 셋째, 원인이나 치유보다는 돌봄에 초점을 맞추어야 한다. 넷째, 삶의 질 증진을 목표로 한다. 다섯째, 고통을 제거하고 이에 대처하도록 하여 기능의 회복을 목표로 한다. 여섯째, 약물효과가 없음을 판단하기 위해서는 최소 12주 이상의 충분한 기간 동안 사용한다. 일곱째, 정신치료를 포함한 다양한 치료방법도 효과가 있음을 알려준다. 마지막으로 신체증상장애의 질병 특성 때문에 환자들은 부작용에 예민하므로 수 주일간에 걸쳐 소량으로 시작하여 천천히 증량하고 천천히 감량하여야 한다. 빠른 용량 증가에 따른 부작용 등은 약물순응도를 떨어뜨리게 된다.

신체증상을 호소하는 환자들의 약물치료에서 정신병인론에 따라서 환자에게 나타나는 증상이 질병에 대한 믿음이나 혹은 증상의 경험이나로 나누어서 접근할 수 있다. 질병에 대한 믿음이 주된 환자들은 과도한 근심, 집착, 강박적 생각, 과도한 생각, 망상 등까지 다양하게 나타날 수 있는데 이 환자들에게는 항불안제나 항우울제가 효과적이며 강박적 생각을 가진 환자들에게서는 SSRI가 효과적이다. 신체추형장애나 건강염려증 같은 과도한 생각이나 망상 수준의 집착을 가진 환자들에게서는 항정신병약물을 사용한다. 자율신경계 각성 증상, 통증, 피로 같은 증상의 경험이 주된 환자들

에게는 항불안제, 항우울제, 항정신병약물, 비스테로이드성 소염진통제, 마약류 진통제, 베타차단제 등을 사용한다. 이러한 비이론적 접근법이 정신병리의 형태에 초점을 맞추므로써 특정 증상들에 대해 적절한 약물을 선택하여 사용할 수 있게 하여 약물치료의 효용성을 높일 수 있다.

3. 신체증상을 호소하는 환자 약물치료 연구의 향후 과제

신체증상장애의 약물치료에 관한 향후 연구는 정신병인론에 기초한 약물연구와 정신건강의학과 의사가 아닌 전문가들과의 협력연구가 필요하다.

신체증상장애와 기능성 신체증후군 간에는 매우 많은 병적 증상들이 중첩되어 있으므로 서로 협력하여 진행하는 연구가 필요하다. 같은 환자에게 다른 이론적 배경을 가진 치료자들에게 따라 다른 진단을 받게 되는 것처럼 이들을 별개의 질환으로 완벽하게 구별할 수 없다. 그러기에 의학의 어느 분야에서 이 환자들을 치료하여야 하는가 하는 논쟁이 생기게 된다. 신체증상장애가 정신의학의 영역에 계속 남아 있게 된다면 개념과 치료에 있어서 패러다임의 전환이 필요하므로 심리적 치료기법뿐만 아니라 다양한 치료기법에 관한 연구가 필요하다. 그리고 정신약물, 비정신약물, 이 두 약물의 복합 약물치료, 약물과 정신심리적 치료의 병합치료에 관한 연구들이 필요하다.

향후 연구를 위해서는 신체증상장애와 기능성 신체증후군간의 관련성에 관한 질병분류의 명확성이 필요하다. 신경생물학적 원인보다는 증상 유형에 따른 약물의 선택은 여전히 임상적으로 딜레마에 빠져 있다. 더욱 많은 수를 연구대상으로, 장기간의, 심리치료와의 정신약물과 비정신약물의 병합치료 등에 관한 연구가 필요하다.

결론

신체증상장애를 포함하여 다양하게 신체증상을 호소하는 환자는 여러 영역의 임상현장에서 자주 접할 수 있는 정신질환이지만 분류 및 개념이 명확하지 않음으로써 정확한 진단과 치료가 이뤄지지 못하는 경우가 많다. 이 질환에서 항우울제 사용의 효과는 잘 알려져 있다. 치료는 환자에게서 원인을 찾거나 정신사회적 원인을 강조하면서 지나치게 인지행동치료를 포함한 정신치료에만 초점을 맞추기보다는 환자의 고통을 줄일 수 있는 대증요법을 시행하여야 한다.

신체증상장애의 정신사회적 요인들과 관련성에 관한 연구들은 확립되어있지만, 이 증상들이 원인인지 혹은 결과물인지를 밝혀내기가 어렵고 아직까지 정신사회적 요인들의

병인론은 명확하지 않다. 정신사회적 원인론에 대한 과도한 강조는 신체증상장애 환자들에게 도움이 되지 않을 뿐만이 아니라 이 질환의 약물치료에 대한 이해 및 연구를 더욱 어렵게 할 뿐이다. 인지행동치료만을 강조하다 보면 다양한 다른 정신치료적 기법의 중요성을 간과하게 된다. 그리고 정신건강의학과 의사들은 기능성 신체증후군에 대하여 잘 알고 이 영역에서 사용하고 있는 정신약물 및 다양한 약물과 다양한 치료기법들을 알아야 한다.

신체증상장애의 약물치료에 관한 연구는 개념과 경계의 불명확성, 그리고 기능성 신체증후군과의 중첩 등으로 인해 제대로 된 연구가 어렵다. 제대로 시행된 체계적인 연구들의 결과를 살펴보면 정신약물은 단기간에서는 효과적인 것으로 나타났다. 대부분의 항우울제가 신체증상을 호소하는 환자들에게 효과가 있으며, SSRI는 신체추형장애 및 건강염려증에서, 그리고 SNRI는 통증이 주된 증상인 환자들에게서 다른 항우울제보다 더 효과적이다. 향후 연구에서는 약물 용량, 장기간 사용 시의 치료 효과의 지속성, 다양한 약물사용의 효과 등에 관한 연구가 필요하다. 이를 위해서는 신체증상장애와 기능성 신체증상증후군간의 관련성에 대한 이해가 필요하다. 그러므로 정신건강의학과 의사들은 신체증상을 호소하는 환자들에게 적용할 수 있는 인지행동치료를 포함한 다양한 정신치료적 기법뿐만이 아니라 정신약물 및 비정신약물의 사용을 잘 알고 사용함으로써 약물치료로도 이 환자들을 도울 수 있을 것이다.

Acknowledgments

None

Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- (1) Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:34-43.
- (2) Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-910.
- (3) Bass C, Benjamin S. The management of chronic somatization. *Br J Psychiatry* 1993;162:472-480.
- (4) Bass C, Peveler R, House A. Somatoform disorder: Severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *Br J Psychiatry* 2001;179:11-14.
- (5) Chaturvedi SK, Upadhyaya MP, Rao S. Somatic symptoms in a community clinic. *Indian J Psychiatry* 1988;30:369-374.
- (6) Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:182-188.
- (7) Jeffery LJ, Kroenke K. Prevalence, impact and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008;70:430-434.
- (8) Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-266.
- (9) Noyes R Jr, Holt CS, Kathol RG. Somatization. Diagnosis and management. *Arch Fam Med* 1995;4:790-795.
- (10) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;2000.
- (11) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;2013.
- (12) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization;1992.
- (13) Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007; 69:881-888.
- (14) Noyes R Jr, Happel RL, Muller BA, Holt CS, Kathol RL, Sieren LR, Amos JJ. Fluvoxamine for somatoform disorders: an open trial. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:339-344.
- (15) Lee KK. Psychotherapy for patients complaining with somatic symptoms. *Psychoanalysis* 2013;24:78-85.
- (16) Somashekar B, Jainar A, Wuntakal B. Psychopharmacotherapy of somatic symptoms disorder. *Int Rev psychiatry* 2013;25:107-115.
- (17) Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-939.
- (18) Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:23-31.
- (19) Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W, Steffanowski A, Lambert M, Meinhardt G, Lieb K. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7.
- (20) Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2004;56:455-460.
- (21) O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained medical symptoms and syndromes. *J Fam Pract* 1999;48:980-990.
- (22) Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatment for somatoform disorder? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med* 2007;69:889-900.
- (23) Delargy MA, Peatfield RC, Burt AA. Successful rehabilitation in conversion paralysis. *Br Med J* 1986;292:1730-1731.
- (24) Speed J. Behavioral management of conversion disorder: retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:147-154.
- (25) Trieschmann RB, Stolov WC, Montgomery ED. An approach to the treatment of abnormal ambulation resulting from conversion reaction. *Arch Phys Med Rehabil* 1970;51:198-206.

- (26) Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med* 1998;60:503-509.
- (27) Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26:30-36.
- (28) Sussman N. SNRIs versus SSRIs: mechanisms of action in treating depressions and painful physical symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5:19-26.
- (29) Han C, Pae C, Lee B, Ko Y, Masand PS, Patker AA, Patkar AA, Joe S, Jung I. Venlafaxine versus mirtazapine in the treatment of undifferentiated somatoform disorder: a 12 week prospective, open-label, randomized, parallel-group trial. *Clin Drug Investig* 2008;28:251-261.
- (30) Han C, Pae CU, Lee BH, Ko Y, Masand PS, Patkar AA, Jun I. Fluoxetine versus sertraline in the treatment of patients with undifferentiated somatoform disorder: a randomized, open-label, 12-week, parallel-group trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:437-444.
- (31) Muller JE, Wentzel I, Koen L, Niehaus DJH, Seedat S, Stein DJ. Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: A double-blind placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2008;23:43-48.
- (32) Luo Y, Zhang MY, Wu WY, Li CB, Lu Z, Li QW. A randomized double-blind clinical trial on analgesic efficacy of fluoxetine for persistent somatoform pain disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:1522-1525.
- (33) Muller T, Mannel M, Murck H, Rahlfs VW. Treatment of somatoform disorders with St John's wort: a randomized double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 2004;66:538-547.
- (34) Volz HP, Murck H, Kasper S, Moller HJ. St. John's wort extract (LI160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Psychopharmacology* 2002;164:294-300.
- (35) Schreiber S, Bleich A, Pick CG. Venlafaxine and mirtazapine: Different mechanisms of antidepressant action, common opioid-mediated antinociceptive effects-A possible opioid involvement in severe depression. *J Mol Neurosci* 2002;18:143-149.
- (36) Fallon BA, Liebowitz MR, Salman E, Schneier FR, Jusino C, Hollander E, Klein DF. Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *J Clin Psychopharmacol* 1993;13:438-441.
- (37) Fallon BA, Petkova E, Skritskaya N, Sanchez-Lacay A, Schneier F, Vermes D, Cheng J, Liebowitz MR. A double-masked, placebo-controlled study of fluoxetine for hypochondriasis. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28:638-645.
- (38) Fallon BA, Schneier FR, Marshall R, Campeas R, Vermes D, Goetz D, Liebowitz MR. The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacol Bull* 1996;32:607-611.
- (39) Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, Van der Does AJW, Zitman FG, Spinhoven P. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:91-99.
- (40) Wesner RB, Noyes R. Imipramine: an effective treatment for illness phobia. *J Affect Disord* 1991;22:43-48.
- (41) Pilowsky L. The response to treatment in hypochondriacal disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1968;2:88-92.
- (42) Magarinos M, Zafar U, Nissenon KK, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. *CNS Drugs* 2002;16:9-22.
- (43) Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Saettoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11:247-254.
- (44) Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59:165-171.
- (45) Phillips KA, Najjar F. An open label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:715-720.
- (46) Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:381-388.
- (47) Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, Simeon D. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: Selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1033-1039.
- (48) Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan AH, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:721-727.
- (49) Altamura AC, DiRosa A, Ermentini A, Guaraldi GP, Invernizzi G, Rudas N, Tacchini G. Levosulpiride in somatoform disorders: a double blind placebo-controlled cross-over study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003;7:155-159.
- (50) Nagoshi Y, Tominaga T, Fukui K. Effect of aripiprazole augmentation for treatment-resistant somatoform disorder: a case series. *J Clin Psychopharmacol* 2014;34:397-398.
- (51) Nagoshi Y, Tominaga T, Fukui K. Blonanserin augmentation for treatment-resistant somatic symptom disorder: a case series. *Clin Neuropharmacol* 2016;39:112-114.
- (52) Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:263-272.
- (53) Stahl SM. Anticonvulsants as anxiolytics, part 2: pregabalin and gabapentin as alpha(2)delta ligands at voltage-gated calcium channels. *J Clin Psychiatry* 2004;65:460-461.
- (54) Chesler EJ, Ritchie J, Kokayeff A, Lariviere WR, Wilson SG, Mogil JS. Genotype-dependence of gabapentin and pregabalin sensitivity: the pharmacogenetic mediation of analgesia is specific to the type of pain being inhibited. *Pain* 2003;106:325-335.
- (55) Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C. Gabapentin for the treatment of patients with somatization disorder. *J Clin Psychiatry*

- 2001;62:474.
- (56) **Guglielmo R, Martinotti G, Janiri L.** Gabapentin as Add-On Treatment for Somatoform Disorder: a Case Report. *Clin Neuropharmacol* 2012;35:45-46.
- (57) **Harnack D, Scheel M, Mundt A, Kupsch A, Heinz A, Ströhle A.** Pregabalin in patients with antidepressant treatment-resistant Somatoform disorders-a case series. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:537-539.
- (58) **Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C.** Topiramate as a treatment for pain in multisomatoform disorder patients: an open trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:417-421.
- (59) **Johansen ML, Risor MB.** What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2017;100:647-654.

국문초록

신체증상장애를 포함하여 다양하게 신체증상을 호소하는 환자는 여러 영역의 임상현장에서 자주 접할 수 있는 정신질환이지만 분류 및 개념이 명확하지 않으므로 정확한 진단과 치료가 이뤄지지 못하는 경우가 많다. 치료는 환자에게서 원인을 찾거나 정신사회적 원인을 강조하면서 지나치게 인지행동치료를 포함한 정신치료에만 초점을 맞추기보다는 환자의 고통을 줄일 수 있는 대증요법을 시행하여야 한다. 정신사회적 원인론에 대한 과도한 강조는 신체증상장애 환자들에게 도움이 되지 않을 뿐만 아니라 이 질환의 약물치료에 대한 이해 및 연구를 더욱 어렵게 할 뿐이다. 신체증상장애의 약물치료에 관한 연구는 개념과 경계의 불명확성, 그리고 기능성 신체증후군과의 중첩 등으로 인해 제대로 된 연구가 어렵다. 몇몇 체계적 연구들의 결과를 살펴보면 정신약물은 단기간에서는 효과적인 것으로 나타났다. 대부분의 항우울제가 신체증상을 호소하는 환자들에게 효과가 있으며, 선택적 세로토닌 재흡수 차단제는 신체추형장애 및 건강염려증에서 그리고 세로토닌 노르아드레날린 재흡수 차단제는 통증이 주된 증상인 환자들에게서 다른 항우울제보다 더 효과적이다. 정신건강의학과 의사들은 신체증상을 호소하는 환자들에게 적용할 수 있는 인지행동치료를 포함한 다양한 정신치료적 기법뿐만 아니라 약물치료에서 정신약물 및 비정신약물의 사용을 잘 알고 사용함으로써 이 환자들을 도울 수 있을 것이다.

중심 단어 : 신체증상; 신체증상장애; 약물치료.