

# Somatoform Bozuklukların İlaçla Tedavisi

Hülya Eltutan ÖNCÜLOĞLU\*, Nevzat YÜKSEL\*\*

## ÖZET

*Bu çalışmada somatoform bozuklukların tedavisi gözden geçirilmiştir. Diğer tedavi yöntemlerinden kısmen bahsedilse de, daha çok ilaçla tedavi üzerinde durulmuştur. Somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu başta olmak üzere somatoform bozuklukların ilaçla tedavisini içeren yayınlara literatürde az rastlanmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunluğunu vücut dismorfik bozuklukları oluşturmaktadır. Somatizasyon bozukluğunun tedavisi konusunda hekimin, hastanın izlemi üzerine odaklanması ve olumlu ilişkilerin kurulabilmesi önemlidir. Hastaların antidepressan ilaçlara verdikleri yanıtın olumlu olduğu belirtilmektedir. Birlikte anksiyete bozukluğu olabilen hastalarda bunalıtı giderici ilaçlar da kullanılabilir. Konversiyon bozukluğunun ilaçlarla tedavisi konusunda bilgiler yeterli değildir. Ancak amobarbital ve benzodiyazepinlerin kullanımı ile ilgili yayınlarla karşılanmaktadır. Hipokondriyasız tanısı alan kişiler genellikle psikiyatrik yardımı reddetmekte ve diğer bölümlere başvurmaktadır. Hastalığın rasyonel tedavisi konusunda kontrollü klinik deneyimler bulunmamaktadır. Ancak son yayınlarda serotonerjik antiobsesyonel ilaçlarla olumlu tedavi yanıtının alındığı bildirilmektedir. Vücut dismorfik bozukluğunun farmakolojik tedavisi ile ilgili çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Seçici serotonin geri alım engelleycilerinin tedavide ilk seçenek olduğu görüşü önem kazanmaktadır. Somatoform ağrı bozukluğunun tedavisi, belirtileri hafifletme ve belirtilerle başedebilme üzerine odaklanmalıdır. Analjeziklerin hastalığın uzun dönem tedavisinde yardımcı olmadıkları; amitriptilin, imipramin ve doksepin gibi antidepressan ilaçların etkili olduğu belirtilmektedir.*

**Anahtar Sözcükler:** Somatoform bozukluklar, farmakolojik tedavi.

## SUMMARY

### Medical Treatment of Somatoform Disorders

*In this article we reviewed the treatment of somatoform disorders. The therapeutic methods especially the drug treatment of the disorder was mentioned. In the literature, there is not much information about the medical treatment procedures of somatoform disorders, especially about somatization disorder and conversion disorder. The researches are mostly in the area of body dysmorphic disorder. For the treatment of somatization disorder, the physician has to concentrate on the follow-up of the patient. The physician must also have a good relationship with the patient. The anxiolytic drugs can be used for the treatment of patients who also have anxiety disorder. Our knowledge about the medical therapy of conversion disorders is limited. However, there are reports on using amobarbital and benzodiazepines in the treatment of disorder in the literature. The hypochondriac patients do usually refuse psychiatric support and be admitted to the other medical specialists. There are no controlled clinical trials for the rational treatment of this disorder. However recently, the use of serotonergic anti-obsessional drugs has been proven to be effective in hypochondriasis. There are conflicting data about the pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. These growing evidence indicates that the selective serotonin reuptake inhibitors are the drugs of first choice. The treatment of somatoform pain disorder is mainly related upon improvement of signs and to cope with the pain. The analgesics are not useful for the long-term therapy. On the other hand, antidepressant drugs like amitriptilin, imipramin and doksepine are effective in the treatment.*

**Key Words:** Somatoform disorders, pharmacological treatment.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1998;2:109-114

\* Dr., \*\* Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

## GİRİŞ

Somatoform bozukluklar kavramı, yeterli medikal açıklaması bulunmayan, kişinin ruhsal, mesleki, kişilerarası ve sosyal işlevselliğini etkileyen ve bunlara bağlı fiziksel belirtileri içeren bir grup hastalığı kapsamaktadır. Bu grupta somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, hipokondriasis ve somatoform ağrı bozukluğu bulunmaktadır. Genel olarak somatoform bozuklukların tedavisini destekleyici, bilişsel davranışsal yöntemler, bireysel, grup psikoterapileri ve ilaç tedavileri oluşturmaktadır.

## SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

Somatizasyon bozukluğunun nedeni hem yeterince bilinmediğinden, hem de tedavi yöntemleri yeterince etkili olmadığından, hekimin, hastanın izlemi üzerine odaklanması daha uygundur. Olumlu ilişkiler kurulduğunda hastaların fiziksel işlevsellik açısından iyileşme belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir. Ayrıca sağlık konusunda bakım gereksinimleri de azalmaktadır. Somatizasyon bozukluğu konusundaki izleme ilkeleri şunlardır: Hasta mümkün ise tek hekim tarafından izlenmeli, düzenli aralıklarla dört-altı hafta boyunca her hafta görülmeli, poliklinik izlemi kısa tutulmalı, şikayetlerin olduğu organlara yönelik her hafta en azından kısmi fizik muayene yapılmalı, belirtiler yeni bir hastalık değil de bir iletişim biçimi olarak algılanmalı, kesin olarak endikasyon olmadan tanısal testler, laboratuvar değerlendirmeleri ve cerrahi yöntemlerden kaçınılmalıdır. Somatizasyon bozukluğu tanısı alan hastanın izleminin başarılı olabilmesi için hasta doktor ilişkisinin güvenilir olmasına dikkat edilmelidir. Yapılandırılmış davranış yönelimli grup terapilerinin, somatizasyon bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Guggenheim ve Smith 1995).

Literatürde somatizasyon bozukluğunun ilaçla tedavisi konusunda yapılmış araştırmaların sayısının az olduğu görülmektedir. Somatizasyon bozukluğu ile birlikte görülebilen diğer psikiyatrik hastalıklar değerlendirildikten sonra uygun ilaç seçilmelidir. Depresyon, hastalık tablosuna eşlik ettiğinde antidepresan ilaçlar seçilebilmektedir. Antidepresan ilaçların, depresif belirtilerin belirgin olmadığı durumlarda (atipik yüz ağrısı, bazı kronik ağrılar, ve diğer problemler gibi) da yaygın olarak yararlı oldukları gözlenmektedir. Yapılan bir araştırmada, ırklar arasında %50-%85 oranında değişiklik olmakla birlikte, somatizasyon bozuklu-

ğu tanısı alan hastaların antidepresan ilaç tedavisine orta-iyi derecede yanıt verdikleri belirlenmiştir (SSRI, trisiklik veya iki grubun kombinasyonu). Bu hastalarda antidepresan ilaçlar ile tedaviye karşın somatik belirtiler sıklıkla bulunsa da belirtilerin şiddetinde azalma gözlenmektedir. Trisiklik antidepresan ilaçlar yararlı analjezik etkilerinin de olması nedeni ile tercih edilebilmekte, başlangıç olarak düşük dozlarda tolere edilebilmektedir. Birlikte yaygın anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluğu olan hastalarda ise bunaltı giderici ilaçlar önerilebilmektedir (Hsu ve ark. 1997, Mayou 1993, Bhui ve Hotopf 1997). Ancak, hastaların soygeçmişinde çoğu zaman alkol kötüye kullanımı öyküsü bulunmaktadır ve hastalar ilaçlara bağımlılık geliştirmeye yatkındırlar. Bu nedenle benzodiazepinler ve opiyatların kullanımından mümkün olduğu oranda kaçınılmalıdır. Hastaların bedensel yakınmaları nedeniyle kullandığı ilaçlar dikkatle gözden geçirilmeli ve gerekirse kısa süreli kesilmelidir (Özmen ve Sağduyu 1997).

## KONVERSİYON BOZUKLUĞU

Konversiyon bozukluğu belirtilerinin çoğu ya spontan olarak ya da davranışçı tedavi, telkin ve çevre desteği ile kaybolmaktadır. Konversiyon bozukluğunun acil tedavisi sırasında akut belirtilerin azalması ya da kaybolması için çalışılırken, hastanın telkine yatkınlığının önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bazı klinisyenler sadece telkin ile yanıt alınamayan hastaların belirtilerini azaltmak için hipnoz ya da amobarbital görüşmesi önermektedirler. Geleneksel olarak amobarbital görüşmesi hastayı değerlendirme, başlangıç dönemde takip ve işlevselliğin düzelmesi için yararlıdır. Ayrıca konversiyon bozukluğunun tedavisinde tekrarlayan hipnotik telkinler ile birlikte intravenöz amobarbital uygulamasının yararlı olduğu da bildirilmektedir. Bazı durumlarda ise lorazepamın parenteral enjeksiyonunun tedavide yararlı olduğu görülmektedir. İlaç tedavileri anksiyeteyi azaltabilmektedir ve hastanın psikoterapötik yaklaşıma uyum içinde olması sağlanabilmektedir. Hastaya direkt olarak yüzleştirme yöntemi de uygulanabilmektedir (Guggenheim ve Smith 1995, Stern 1994, Tueth ve ark. 1995).

Yalancı nöbetler (pseudoseizures), konversiyon bozukluğunun en önemli tiplerinden biridir. Başlangıç dönemindeki çoğu hasta, epilepsi tanısı konularak, anti-konvülzan ilaçlar ile yanlış olarak tedavi edilmektedir. Araştırmacı psikoterapi ya da hipnoz kullanımı çatışmaların çözümüne neden olabilmekte ve stresli olaylarla başedebilme sağlanmaktadır. Bireysel psikoterapi, ai-

le danışmanlığı, davranış modifikasyon teknikleri uygulanabilmektedir (Stern 1994).

### HİPOKONDRIYAZİS

Hipokondriazisin prevalansının %4-9 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Prevalansın yüksek olmasına karşın, hipokondriak hastaların tedavisinin yeterli bir biçimde yapılabilmesi konusunda henüz yeterli bilgi bulunmamaktadır (Fallon ve ark. 1993, Kaplan ve ark. 1994).

Hipokondriazis tanı alan hastalar genellikle psikiyatrik yardımı reddetmekte ve fiziksel sorunları nedeniyle diğer bölümlere başvurumaktadırlar. Emosyonel zorlukları olduğunu dile getiren hastalarda psikiyatrik tedavi yararlıdır. Bu tür hastalar için grup psikoterapisi ve davranışsal terapilerin tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Geleneksel içgörü yönelimli, araştırmacı psikoterapinin başarılı olmadığı bildirilmektedir. Destekleyici hekim tutumu hastanın anksiyetesini yatıştırabilmektedir. Sosyal ve mesleki işlevsellikte düzelme sağlanabilmektedir. Gereksiz girişimler engellenmelidir. Fiziksel egzersiz için hasta cesaretlendirilmelidir. Tedavi motivasyonu yüksek olan olguların daha iyi işbirliği yaptıkları gözlenmektedir. Somatizasyon bozukluğu tanı alan hastaların tedavisi sırasında uygulanan yaklaşımlar hipokondriak hastalarda da denenmelidir. Medikal problemler ile ilgili olarak gerekli başvurularını tamamlayan hastalar medikal problemler nedeniyle üzerlerinde oluşan stresin çözümü için psikiyatri kliniğine başvurabilirler. Tedavideki bir diğer yaklaşım da grup tedavidir. Bilişsel-egitimsel (educational) grup tedavisinin yararları üzerinde durulmaktadır (Guggenheim ve Smith 1995, Barsky 1990, Yüksel 1995).

Hipokondriazisin rasyonel tedavisi konusunda kontrollü klinik denemeler bulunmamaktadır. En basit tedavi yaklaşımı, anksiyete bozukluğu ya da depresif bozukluk gibi herhangi bir komorbid psikiyatrik durumun var olup olmadığını araştırıp onu tedavi etmektir. Bu durumlar tedavi edildiğinde hipokondriazis belirtileri de iyileşmektedir. Genellikle, birlikte depresyon olmaksızın hipokondriazis tanı alan hastaların farmakoterapiye yeterli yanıt vermedikleri düşünülmektedir. Kısacası, belirgin affektif bozukluk olmadan, medikasyon ve EKT'nin hipokondriazis tedavisinde etkili olmadıkları belirtilmektedir (Barsky 1990, Fallon ve ark. 1993). Ancak yapılan bazı çalışmalarda bu bilgiler desteklenmemektedir. Yapılan çalışmalarda, hipokondriazis tanı alan hastaların tedavisinde 20-80

mg/g fluoksetin kullanımı ile belirtilerin anlamlı düzeyde (%62 oranında) azaldığı gözlenmiştir. Günde 20 mg fluoksetin dozuna yanıt verilebildiği gibi, hastaların büyük bir bölümünde 60-80 mg gibi daha yüksek dozlara gereksinim duyulması, daha yüksek doz ya da daha uzun süre fluoksetin tedavisinin hastalığın prognozunda kritik bir faktör olup olmadığı konusunu gündeme getirmiştir. Ancak bu konu hala netlik kazanmamıştır. Fluoksetin major depresyon tanısı almayan hipokondriazis hastaları için de yararlı olabilmektedir. Vücut dismorfik bozukluğunda olduğu gibi, hipokondriazis de serotonerjik anti-obsesyonel ilaçlara olumlu tedavi yanıtının bulunduğu görülmesi sonucunda hipokondriazis ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) arasındaki kavramsal benzerlikler üzerinde durulmaktadır (Berstein 1995, Fallon ve ark. 1993). Major depresyon komorbiditesi olmadan hipokondriazis tanı alan bir hasta grubu ise 150 mg/g imipramin ile tedavi edilmiş ve %80 oranında en azından orta düzeyde iyileşme gösterdikleri gözlemlenmiştir (Fallon ve ark. 1993, Wesner ve Noyes 1991).

Olgu sunumlarının bir kısmında hipokondriazisin tedavisi konusunda OKB için gerekli olan SSRI dozlarından daha yüksek dozlara gereksinim duyulduğu bildirilirken, bazı hastaların depresyon tedavisi için gereken daha düşük dozlara yanıt verdikleri de belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda tedavi sonucunda hastalık fobisi ve hastalık inancı iyileşmiş ancak bedensel uğraşlarda anlamlı derecede değişiklik gözlenmemiştir. Bu durum, tedavi sonrası hastaların çoğunun bedensel duyularından haberdar olmalarına karşın, bu hisleri negatif bir şekilde yorumlamalarının daha az gözlemlendiğini düşündürmektedir (Fallon ve ark. 1993).

### VÜCUT DİSMORFİK BOZUKLUĞU

Vücut dismorfik bozukluğu (VDB) tanı alan hastalar görünüşlerinde hoş olmayan yönler, defektler olduğu ile ilgili yüklü düşüncelere ve hayali görüşlere sahiptirler, oysa ki görünüşleri normaldir. Daha çok yüz bölgesi, cinsel organlar, ekstremiteler ve gövde ile ilişkili düşünceleri vardır. Tüm bu düşünceler işlevsellikte azalma ve yaşamda stres ile de ilişkilidir (Veale, Boocock ve ark. 1996). Ayrıca VDB olan hastalarda depresyon ve OKB ile ilişkili diğer hastalıkların birlikte görülebilirliğinin de fazla olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda obsesif-kompulsif bozukluk tanı alan hastaların %37-38'inin aynı zamanda VDB tanı kriterlerini de karşıladıkları belirtilmektedir. Buna karşın, VDB'nin etkili tedavisi konusunda literatürde yeterli düzeyde bilgi bulunmamaktadır. Serotonin geri

alım engelleyicileri ile yapılan çalışmalar bu ilaçların trisiklik, nöroleptik ve antikonvülzanlar gibi diğer farmakoterapötik ajanlara göre daha ümit verici olduklarını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada zaman zaman sanrısız da olabilen beş VDB hastasının imipramin ya da fluoksetin tedavisine çok iyi yanıtlar verdikleri gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise klomipramine kısmen ya da tamamen olumlu yanıt veren hasta oranının %72, fluoksetine verilen yanıtın ise %53 olduğu gözlenmiştir. Trisiklikler, trazodon, monoaminoksidaz engelleyicileri, lityum, antikonvülzan ilaçlar ve benzodiazepinlerin ise VDB tedavisinde daha az etkili oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise fluvoksamin trisiklik ilaçlar ile karşılaştırılmıştır. Ve iyileşmenin fluvoksamin tedavisi uygulanan hastalarda daha fazla olduğu gözlenmiştir. Ayrıca fluvoksaminin yan etkilerinin hafif olduğu (geçici bulantı, orgazmda gecikme gibi) ve hastaların yan etkiler nedeni ile tedaviyi sonlandırmadıkları belirlenmiştir. Trisiklik ilaçlara verilen yanıtın az olması ve fluvoksamin ile olumlu yanıtın alınması VDB'de serotonin disfonksiyonunun rolü olduğu hipotezini desteklemektedir (Hollander ve ark. 1994).

Vücut dismorfik bozukluğunun tanısı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Sanrısız tip VDB, DSM-IV tanı ölçütlerinde somatik tip sanrısız bozukluk tanısı adı altında incelenmektedir. Ancak bazı kaynaklarda psikotik tip dismorfofobi tanısı altında da incelenebilmektedir. Dismorfofobi psikotik bir sendromun parçası olduğunda nöroleptik ilaçlara gereksinim olabilmektedir (Mayou 1993). VDB tanısı alan hastaların yüklü düşüncelerinin bazen sanrısız niteliğinin olabildiği bu dönemlerde tedaviye pimozid eklenmesinin uygun olduğu da bildirilmektedir (Hollander ve ark. 1989).

Klomipramin ve fluoksetinin anti-obsesyonel etkilerinin de olması VDB ve obsesif-kompulsif bozukluğun ortak bir patogeneze sahip olabilme olasılığını arttırmaktadır, yine de bu ilaçların antidepresan etkinlikleri gözardı edilmemeli ve VDB ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki olasılığı da dikkate alınmalıdır (Hollander ve ark. 1989). VDB tedavisinde farmakolojik tedavi ile ilgili çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Bazı yayınlarda klomipramin, fluoksetin, amitriptilin, tranilsipromin gibi ilaçlara olumlu yanıtlar alındığı bildirilmekteken; bazı yayınlarda ise klomipramin, imipramin, trazodon, lityum, alprazolam ve diazepam tedavisi sonucunda olumsuz yanıt alındığı da bildirilmektedir (Neziroğlu ve Yaryura-Tobias 1993). VDB te-

davisinde SSRI'lar ile rastgele kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Retrospektif çalışmalar ve olgu sunumlarında SSRI'lara yanıt vermeyen hastalar da bildirilmiştir. Ayrıca birlikte sanrısız bozukluk ya da major depresif epizod görülebilme olasılığının hangi oranda olduğu da bilinmemektedir. Kontrollü çalışmalarda bu oranların belirlenmesi de gerekmektedir. VDB'nin ilaçla tedavisine yönelik bir diğer eğilim de sosyal fobide etkili olabilen monoamin gerilim engelleyicilerinin kullanımına yönelik olan çalışmalardır (Veale, Gournay ve ark. 1996).

VDB tanısı alan hastalar fiziksel bozukluk olduğu yönündeki algılarını kozmetik/dermatolojik ürünler kullanılarak, plastik cerrahi girişimlere başvurarak ya da aynada sürekli kontrol ederek gidermeye çalışırlar. Hastalar farmakoterapiyi reddedebilirler. Bu hastalara davranışçı terapi uygulanabilmektedir. Terapiler genellikle 8-12 hafta sürmektedir. Terapi sayısının etkinliğinin kişiden kişiye değişiklikler gösterebildiği görülmektedir. Yoğun terapi uygulanan hasta gruplarında tedavinin etkinliği daha iyi olmaktadır. VDB olan hastalarda uygulanacak terapilerin haftada bir kezden daha fazla olması gerektiği üzerinde de durulmaktadır (Neziroğlu ve Yaryura-Tobias 1993). Hastalara davranışçı (karşılaştırma ve yanıt engelleme) ve bilişsel terapi uygulanabilmektedir.

Bir başka çalışmada, sanrısız ve sanrısız olmayan vücut dismorfik bozukluğunda serotonin geri alım engelleyicilerine verilen yanıtın diğer ilaçlardakilerden daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların nöroleptikler, klomipramin harici trisiklik ilaçlar, psikoterapi, cerrahi, dental ve dermatolojik tedavilere az oranda yanıt verdikleri belirlenmiştir (Mc Elroy ve ark. 1993).

Vücut dismorfik bozukluğunun obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları ile ilişkili olduğu kabul edildiğinde seçici serotonin gerilim engelleyicilerinin tedavide ilk tercih olarak düşünülmesi daha uygun görünmektedir. OKB konusunda yapılan çalışmaların çoğu bazal gangliya ve frontal lob arasındaki nöronal ağlar ve korpus striatumdaki yapısal anormallikler üzerinde odaklanmıştır. Ancak OKB ve diğer anksiyete bozuklukları ile VDB'nin benzerlikleri ve farklılıkları konusunda şu ana dek yapılmış nörofizyolojik ve nörogörüntüleme çalışmaları bulunmamaktadır (Veale, Gournay ve ark. 1996, Veale, Boocock ve ark. 1996). Serotonin disregülasyonu ile ilişkili bilgiler ise bireysel olgu çalışmalarına dayanmaktadır. Serotonin antagonisti olan siproheptadinin kronik kullanımı sonrasında

da VDB geliştiği, akut triptofan eksikliğinin VDB belirtilerini alevlendirdiği potent serotonin agonisti olan m-CPP (1-(3-klorofenil)-piperazin) ile VDB belirtilerinin arttığını bildiren yayınlar bulunmaktadır (Veale, Gournay ve ark. 1996).

Kozmetik cerrahi ya da dermatolojik tedavilerin VDB tanısı alan hastalarda kesin kontrendikasyon olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Ancak hafif deformiteleri olan bazı hastalarda gerçekçi beklentiler varsa iyi psikolojik sonuçlar elde edilebilmektedir (Veale, Gournay ve ark. 1996).

VDB tanısı alan hastaların genel olarak davranışçı ve bilişsel terapilerle tedavi edilebilmesinin zor olduğu kabul edilmektedir. Karşılaştırma ve yanıt engellemenin değişik tiplerinin kullanıldığı davranış terapisi yöntemini bildiren olgu sunumları bulunmaktadır (Veale, Gournay ve ark. 1996).

#### SOMATOFORM AĞRI BOZUKLUĞU

Somatoform ağrı bozukluğunun (kronik idiyopatik ağrı) tedavisi, belirtileri hafifletme ve belirtilerle başedebilme üzerine odaklanmaktadır. Üç terapötik yöntem bulunmaktadır: Medikal, davranışsal ve psikoterapötik. Medikal tedaviler: Medikasyon, geribildirim (biofeedback) ve cerrahidir. Analjeziklerin özellikle de narkotik analjeziklerin, somatoform ağrı bozukluğunun uzun dönem tedavisinde yardımcı olmadıkları gözlenmektedir. Hastalara narkotik ilaç yazımından kaçınılmalıdır. Dahası ağrı bozukluğu tanısı alan hastalarda uzun dönem analjezik kullanımı sonrasında madde kötüye kullanımı ve bağımlılık da sık karşılaşılan bir problemdir. Sedatif ve bunalıtı giderici ajanlar da sıklıkla kötüye kullanım, yanlış kullanım ve yan etkiler nedeniyle problem yaratmakta ve özel bir yararları bulunmamaktadır (Kaplan ve ark. 1994). Buna karşın antidepresan ilaçlar etkili olabilmektedir. Herhangi bir antidepresanın diğerlerinden daha üstün olduğu ile ilişkili bir kanıt bulunmamaktadır. Ancak amitriptilin, imipramin ve doksepin gibi antidepresan ilaçların yararlı olduğu bildirilmektedir. Bu ilaçların antidepresan etkileri nedeniyle mi yoksa eferent engelleyici (inhibitor) ağrı yolaklarını uyararak oluşturdukları direkt analjezik etkilerinden dolayı mı ağrının azalmasına neden oldukları tartışma konusudur. Yapılan ön çalışmalarda klomipramin ve fluoksetin gibi serotonerjik antidepresan ilaçların da ağrıyı azalttığı gösterilmiştir. Bu ajanların başarısı serotoninin hastalığın patofizyolojisinde önemli olduğu hipotezini desteklemektedir (Mayou 1993, Barsky 1990, Kaplan ve ark. 1994, Pi-

lowsky ve Barrow 1990). Hastanede yatmakta olan hastalarda trisiklik antidepresan ilaçların etkili olduğu gözlenmektedir. Bu hastalarda sedatif ve bunalıtı giderici ilaçlardan kaçınılmalıdır. Bu tür hastalarda ilaç bağımlılığı sıklıkla gözlenmektedir. Trisiklik antidepresanların major depresyon tanı kriterlerini karşılamayan hastalarda da belirtileri ara sıra iyileştirebildikleri gözlenmektedir (Stern 1994, Yüksel 1995, Kaplan ve ark. 1994). Biyolojik-geribildirim (biofeedback) ile kısmen başarılı yanıtlar alınabilmektedir. Biyolojik geribildirim özellikle migren ağrısı, myofasiyal ağrı, gerilim baş ağrısı gibi kas gerginliği durumlarının tedavisinde yardımcı olabilmektedir. Hipnoz, transkütan sinir stimülasyonu ve dorsal kolon stimülasyonu da kullanılmaktadır. Sinir blokları ve cerrahi yöntemlerin ağrı bozukluğu tanısı alan çoğu hastada etkisiz olduğu, ağrının 6-18 ay sonra geri döndüğü bilinmektedir. Kronik baş ağrısında olduğu gibi iskelet kas gerginliğinin artması ile şiddetlenebilen ağrılarda yararlıdır. Sinir blokları ve cerrahi yöntemler genel olarak etkili değildir (Barsky 1990, Benjamin 1989).

Davranış tedavisi ve ağrı ile ilişkili davranışların normal davranış ile yer değiştirmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, daha uyumlu başetme yöntemleri öğretilmesi amaçlanmaktadır. Aktivite artışı ve sağlıklı davranışlar ödüllendirilip ağrı ile ilişkili davranışlar kabul edilmez ve bu tür davranışlardan vazgeçirilir. Davranış teknikleri; davranış modifikasyonu, relaksasyon eğitimi, bilişsel terapi ve kademeli egzersiz programlarıdır. Somatoform ağrı bozukluğu olan hastalar geleneksel psikoterapiye genelde dirençlidirler ve yanıt vermezler, ancak grup ve aile terapilerinin daha yeni şekillerine yanıt verebilmektedirler. Tedavide bilişsel davranışsal teorilerden oluşan bir grup metodu içeren çok-yönlü yöntemler de kullanılmaktadır. Bu hastaların psikoanalitik tedavi için genellikle uygun olmadıkları düşünülmektedir. Teknikler genellikle bilgi, açıklama, güven verme ve destek ile sınırlıdır. Buna karşın, irritabl kolon sendromu gibi bazı özel kronik ağrı sendromu olan hastaların açıklayıcı (interpretive) psikoterapiye olumlu yanıt verebildikleri de bildirilmektedir. Hastaların ağrı problemi çok şiddetliyse, davranış ve eğitim teknikleri, fiziksel terapi ve mesleki (vocational) rehabilitasyon gibi yöntemlerin kullanıldığı multidisipliner programların yapıldığı yatan hasta ağrı kontrol programları da etkili olabilmektedir (Barsky 1990, Benjamin 1989).

Tek başına amitriptilin tedavisinin ya da destekleyici psikoterapinin, kombinasyonları (her iki yöntem bir-

likte) kadar etkili olmadıkları bildirilmektedir. Hasta, haftalık kontrollerle daha sık görüldüğünde, yan etkiler konusunda hastanın yönlendirilmesi ve ilaç dozunun değiştirilebilmesi sağlanabilmekte, böylece amitriptilin tedavisinin daha etkin olduğu görülmektedir. Psikoterapi ile ağrının daha çok şiddetlendiği, bunun

ise amitriptilin kullanımı ile engellenebildiği bazı araştırmalarda gözlenmektedir. Tüm çalışmaların sonucunda kronik ağrı tedavisinde hastaya yaklaşımda multidisipliner ve multimodal yaklaşımlar önemli bulunmaktadır (Pilowsky ve Barrow 1990).

#### KAYNAKLAR

- Barsky AJ (1990) Somatoform disorders. Manual of Clinical Problems in Psychiatry with annotated key references. SE Hyman, MA Jenike (Ed), 1. baskı, s.185-188.
- Benjamin S (1989) Psychological treatment of chronic pain: A selective review. *J Psychosomatic Research*, 33:121-131.
- Berstein JG (1995) Creative psychopharmacology: Medication-intolerant and refractory patients. *Handbook of Drug Therapy in Psychiatry*, 3. baskı, s.522-545.
- Bhui K, Hotopf M (1997) Somatization disorder. *Br J Hospital Medicine*, 58:145-149.
- Fallon BA, Liebowitz MR, Salmon E ve ark. (1993) Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *J Clin Psychopharmacology*, 13:438-441.
- Fritz GK, Fritsch S, Hagino O (1997) Somatoform disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1329-1338.
- Guggenheim FG, Smith GR (1995) Somatoform disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 14. baskı, HI Kaplan, BJ Sadock, (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s.1251-1270.
- Hollander E, Cohen L, Simeon D ve ark. (1994) Fluvoksamine treatment of body dysmorphic disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 14:75-77.
- Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R ve ark. (1989) Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J of Psychiatry*, 146:768-770.
- Hsu LKG, Folstein MF (1997) Somatoform disorders in Caucasian and Chinese Americans. *J Nerv Ment Dis*, 185:382-387.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Somatoform disorders. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* 7. baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.617-631.
- Mayou R (1993) Somatization. *Psychother Psychosom*, 59:69-83.
- McElroy SL, Philips KA, Keck PE Jr ve ark. (1993) Body dysmorphic disorder: Does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatry*, 54:389-395.
- Mitsikostas DD, Gatzonis S, Thomas A ve ark. (1997) Buspirone vs amitriptyline in the treatment of chronic tension-type headache. *Acta Neurologica Scandinavica*, 96:247-251.
- Neziroğlu FA, Yaryura -Tobias JA (1993) Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24:431-438.
- Özmen E, Sağduyu A (1997) Somatizasyon Bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. cilt. C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, HYB.
- Pilowsky I, Barrow G (1990) A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chronic intractable, "psychogenic" pain. *Pain*, 40:3-19.
- Stern TA (1994) Malingering, Factitious illness, and somatization. *Manual of Psychiatric Emergencies*. SE Hyman, GE Taser (Ed), 3. baskı, s.265-273.
- Tueth MJ, De Vane LC, Ewans DL (1995) Treatment of psychiatric emergencies. *Textbook of Psychopharmacology*. AF Schatzberg, CB Nemeroff (Ed), American Psychiatric Press, s.769-781.
- Veale D, Boocock A, Gournay K ve ark. (1996) Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*, 169:196-201.
- Veale D, Gournay K, Dryden W ve ark. (1996) Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*, 34:9:717-729.
- Wesner RB, Noyes R (1991) Imipramine: an effective treatment for illness phobia. *J Affect Disord*, 22:43-48.
- Yüksel N (1995) Somatoform bozukluklar. Bölüm 17. *Ruhsal Hastalıklar, Hatiboğlu Yayınları*, s.266-291.