

Trastornos Somatomorfos

Pedro Eva Condemarín

A) Definición y delimitación de los trastornos somatomorfos en las clasificaciones actuales de las enfermedades mentales

Según el DSM-III-R (1), la sintomatología esencial de este grupo de trastornos consiste en síntomas físicos que sugieren una alteración somática para los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos.

Posteriormente el DSM-IV ha destacado como característica común de los trastornos somatomorfos sólo la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médico-quirúrgica, pero que no son explicados por la presencia de ninguna de ellas, ni por los efectos directos de una droga, ni por otro trastorno mental. Para el diagnóstico se requiere que aquellos síntomas sean de intensidad suficiente como para provocar una perturbación clínicamente significativa o trastornos en el desempeño social o laboral p.e. (2).

En la ICD-10 se señala como rasgo fundamental de los trastornos somatomorfos la presentación reiterada de síntomas físicos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de los repetidos resultados negativos de ellas y de las continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen justificación somática. De haber una patología orgánica, ésta no explica la naturaleza e intensidad de los síntomas ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Característica es también la negativa del paciente a aceptar la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico (14)

*Departamento de
Psiquiatría y Salud
Mental. Facultad de
Medicina Universidad de
Chile*

Trastorno de somatización

Pautas para el diagnóstico en ICD-10 son: 1) La presencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes, variables, de larga evolución (al menos durante dos años) para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática; 2) Negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de los médicos de que no existe una explicación somática para los síntomas; y 3) Un cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar.

Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son las molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, náusea, etc.) y dérmicas (prurito, hormigueo, entumecimiento, etc.).

El DSM-IV lo define como un trastorno polisintomático, de varios años de evolución, que comienza antes de los 30 años de edad, caracterizado por una combinación de síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y seudoneurológicos.

Trastorno de conversión

DSM-IV: Uno o más síntomas o déficit que afectan la función motora voluntaria o sensorial, en ausencia de una enfermedad neurológica o médica que los explique. Se juzga que hay factores psicológicos asociados con dichas manifestaciones porque su comienzo o exacerbación están precedidos por conflictos u otros estresores.

ICD-10: Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad: Pérdida o alteración de las funciones motriz o de la sensibilidad, de acuerdo con las cuales el enfermo parece tener una enfermedad somática, pero no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas. La evaluación sugiere que la incapacidad funcional puede estar ayudando al enfermo a escapar de conflictos desagradables o a expresar de una manera indirecta una necesidad de dependencia o un resentimiento.

Trastorno hipocondríaco

ICD-10: Creencia persistente en la presencia de una o más enfermedades somáticas graves, que subyacen al síntoma presente, incluso cuando repetidas exploraciones y exámenes no han conseguido encontrar una explicación somática adecuada, o una preocupación persistente sobre una supuesta deformidad y negativa a aceptar las explicaciones y garantías reiteradas de diferentes médicos de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad somática. El énfasis se pone en la presencia misma de la enfermedad temida y en sus consecuencias futuras, más que sobre los síntomas aislados.

DSM-IV: Temor de padecer una enfermedad grave, basado en la errónea interpretación (no delirante) de síntomas corporales, preocupación que persiste a pesar de una adecuada evaluación y las seguridades dadas por el médico. Se exige una duración mínima de 6 meses como criterio diagnóstico. Aparte se clasifica el trastorno dismórfico corporal: Preocupación por un imaginado defecto en la apariencia. Si está presente alguna leve anomalía física, la reacción de la persona es claramente excesiva.

Disfunción vegetativa somatomorfa (ICD-10)

Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo (palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, hiperventilación, polaquiuria, etc.) junto a otros síntomas más subjetivos e inespecíficos (quemazón, pesadez, opresión, distensión, etc.)

El paciente expresa preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afección grave. Los exámenes concluyen en la ausencia de alguna alteración significativa de la estructura o la función de los órganos o sistemas supuestamente afectados.

Trastorno de dolor somatomorfo persistente

ICD-10: La queja predominante es un dolor persistente e intenso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático.

El cuadro aparece frecuentemente en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos emocionales o problemas psicosociales, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo por parte del médico y de otras personas, pero no siempre es así.

DSM-IV: Factores psicológicos se juzga tienen un importante rol en el inicio, severidad, exacerbación y persistencia del dolor ("pain disorder").

B) Comentarios sobre la delimitación diagnóstica de los trastornos somatomorfos.

Trastorno de somatización: Los criterios para el diagnóstico del trastorno de somatización de Perley y Guza (1962) e incorporados posteriormente por Feighner et al. (1972) requerían la presencia de 25 de 60 síntomas posibles, incluyendo algunos de tipo mental, con comienzo antes de los 30 años. En el DSM-III se excluyen los síntomas mentales y se requiere sólo 12 de 37 síntomas en los hombres y 14 de 37 síntomas en las mujeres. El DSM-III-R elimina la diferencia por sexo, exigiendo para ambos un mínimo de 13 de los 37 síntomas posibles. En el DSM-IV sólo se pide la presencia de 4 síntomas de dolor, 2 síntomas gastrointestinales, 1 síntoma sexual y 1 síntoma pseudoneurológico. El ICD-10 no determina un umbral cuantitativo de síntomas para el diagnóstico, pero exige que el cuadro tenga por lo menos 2 años de evolución⁽¹³⁾.

Aplicando los criterios de Feighner, del DSM-III y del DSM-III-R habría una gran concordancia en el diagnóstico de trastorno de somatización⁽¹³⁾ y entre éstos y lo exigido en el DSM-IV⁽¹⁵⁾.

Hyler y Sussman⁽⁷⁾ sostienen que el trastorno de somatización es el trastorno somatomorfo posible de ser diagnosticado con mayor precisión y que probablemente representa una entidad diagnóstica válida. Más problemática sería para ellos la validez de los otros trastornos somatomorfos como entidades diagnósticas discretas.

Stern et al.⁽¹¹⁾ por otra parte, estudian el hecho que el diagnóstico de trastorno de somatización sea formulado en los Estados Unidos con una frecuencia entre 5 a 10 veces mayor que en Inglaterra. El resultado de las encuestas enviadas revela que el 42% de los psiquiatras ingleses estima que el trastorno de somatización no es un síndrome distinto, planteando como alternativas los diagnósticos de trastornos de personalidad, trastorno hipocondríaco y trastorno afectivo. Como posibles explicaciones para la diferente frecuencia con que unos y otros formulan el diagnóstico, los autores postulan además el interés en el trastorno observado en un grupo de psiquiatras norteamericanos y las diferencias en los sistemas de salud de ambos países. La mayor disponibilidad de tecnología y el mayor riesgo de litigio en los Estados Unidos estimularían la realización de múltiples estudios por diversos especialistas, creando las condiciones que favorecen el desarrollo de una anormal conducta de enfermedad.

Trastorno de conversión

Se ha reportado que hay pocos datos empíricos que apoyen varios de los criterios "positivos" tradicionalmente usados para establecer el diagnóstico de trastorno de conversión. La "bella indiferencia", la ganancia secundaria, las inconsistencias en el examen neurológico y la presencia de personalidad histérica no parecen ser criterios confiables, pues frecuentemente han llevado al error diagnóstico, ocultando la presencia de una enfermedad orgánica⁽⁶⁾.

La presencia de manifestaciones conversivas en diversos trastornos neuróticos, somatomorfos, afectivos, esquizofrénicos y somáticos ha hecho pensar que quizás si el fenómeno conversivo debería ser considerado sólo como un síntoma (al igual que el delirio o la alucinación) más que retener el status de síndrome o de trastorno⁽⁷⁾.

Trastorno hipocondríaco

Cuando se ha intentado examinar el trastorno hipocondríaco "primario" o "esencial", no se ha po-

dido delimitar claramente dicho estado y los casos son clasificables en otras categorías diagnósticas. Algunos han concluido entonces que no existe una hipocondría primaria y sugieren que el término sea usado sólo como un adjetivo descriptivo para señalar que hay una "preocupación mórbida por la salud o el cuerpo". Condiciones primarias comúnmente asociadas con hipocondría son depresión, estados de ansiedad, trastorno conversivo, trastornos de ajuste o de personalidad⁽⁷⁾.

A partir de la revisión de la literatura, parece claro que los trastornos somatomorfos son aún una categoría heterogénea, de clasificación imprecisa e incierto estatus nosológico, requiriendo aún ser reexaminada, especialmente en su relación con los trastornos depresivos y de ansiedad.

C) Factores etiológicos de los trastornos somatomorfos

La etiología de la somatización es multifactorial, pudiendo distinguirse factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno⁽¹⁰⁾.

Como factores predisponentes se ha sugerido la existencia de algún factor genético; el antecedente de enfermedades personales o familiares en la infancia; algunas características de la personalidad como alta puntuación en mediciones de neuroticismo (vulnerabilidad al estrés, baja autoestima, tendencia a experimentar ansiedad, hostilidad y depresión) o sobrevaloración del estado físico y la actividad ("atléticos") o la tendencia habitual a amplificar las sensaciones corporales. La somatización tiende también a ser más común, pero no exclusiva, en personas con bajo estatus educacional y socioeconómico y en países subdesarrollados.

Los eventos vitales estresantes, como un duelo o un conflicto laboral, o una enfermedad física aguda, que provoca preocupación por el cuerpo, constituyen factores precipitantes de somatización en algunos pacientes.

Como factores mantenedores se destaca la adopción del "rol de enfermo" que legitima el abandono de las obligaciones laborales, sociales y familiares y que justifica la búsqueda de cuidados y atención. Las quejas persistentes del paciente pueden ser también un medio eficaz para expresar rabia y castigar a quienes son percibidos como incapaces de satisfacer sus necesidades emocionales. La posibilidad de ganancias psicosociales y económicas o la existencia de un litigio pueden ser estímulos para desempeñar el rol de enfermo indefinidamente.

Psicodinámicamente los síntomas se han conceptualizado como un medio de expresar impulsos sexuales agresivos, una necesidad de cuidados y dependencia o una defensa contra sentimientos de culpa y baja autoestima.

Desde otro punto de vista se postula que estos pacientes presentan una anormalidad perceptual o cognitiva, de la que resulta una amplificación y errónea interpretación de las sensaciones corporales normales, de síntomas triviales o de las manifestaciones somáticas de las emociones. El paciente somatizador tendría asimismo la predisposición constitucional a pensar y percibir en términos físicos y concretos antes que en términos emocionales y subjetivos (alexitimia).

La conducta de enfermedad observada en el trastorno somatomorfo también puede explicarse desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje como una conducta desadaptativa que se mantiene en el tiempo gracias al refuerzo positivo que ha recibido.

No son ajenas al fenómeno de la somatización las influencias sociales y culturales, observándose en distintos grupos una diversa tendencia a expresar el malestar emocional en términos somáticos y diferencias en cuanto a los síntomas más frecuentemente padecidos^(3,8).

El síntoma en el trastorno somatomorfo cumple un rol como elemento de identidad personal, de comu-

nicación y vía de relación, de defensa para no percibir emociones displacenteras o como un medio para evitar situaciones ingratas por lo que abandonarlo, mejorarse, no es fácil para el paciente.

D) Diagnóstico

Es prioritario y crucial establecer un diagnóstico correcto de modo de no favorecer la cronificación del cuadro y evitar las complicaciones iatrogénicas.

Es esencial obtener una detallada historia médica y psicosocial. Es necesario un examen médico completo, pero debe resistirse la inclinación a continuar indefinidamente la petición de exámenes a pesar de haberse ya obtenido resultados normales. Son relevantes la naturaleza y duración de los síntomas y la manera y el lenguaje usados para describirlos. Una descripción colorida de síntomas múltiples, vagos, cambiantes y una larga historia de repetidas investigaciones y procedimientos médicos y quirúrgicos por patología orgánica incierta son características. Se debe interrogar sobre eventos o cambios vitales y es útil la entrevista con el cónyuge u otro familiar cercano para complementar la información y evaluar el rol que éstos puedan estar jugando en la mantención del trastorno.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad física

La primera pregunta en el diagnóstico diferencial es siempre qué enfermedad orgánica, posiblemente aún no diagnosticada, puede dar cuenta de los síntomas. Errores frecuentes son: 1) el diagnóstico psiquiátrico prematuro, porque algo en la personalidad, conducta o afectividad del paciente ha parecido sospechoso al médico, y 2) el diagnóstico psiquiátrico sólo por exclusión, al no poder detectarse claros signos físicos⁽⁹⁾. Algunas enfermedades que con frecuencia son erróneamente diagnosticadas como trastornos somatomorfos son esclerosis múltiple, miastenia gravis, miopatías, síndrome de Guillain-Barré, enfermedades endocrinas, LED y neoplasia oculta.

Son varios los estudios que muestran que un altísimo porcentaje de pacientes calificados inicialmente como histéricos padecían en realidad de una enfermedad neurológica responsable de los síntomas⁽⁶⁾.

Por otra parte, los síntomas psicológicos y las enfermedades físicas no son excluyentes. De hecho coexisten, se alternan o se potencian y es claro que esta área de trabajo clínico está dificultada por la tradicional clasificación rígidamente dualista de trastornos orgánicos versus trastornos psiquiátricos.

Enfermedad psiquiátrica

-Trastornos depresivos: La depresión con quejas somatomorfas es mucho más frecuente que el trastorno somatomorfo. De acuerdo con Cassem y Barsky⁽⁴⁾, al evaluar un paciente cuyos síntomas somáticos no obedecen a una anormalidad física causal o que son desproporcionados a las anormalidades encontradas, no se debería pensar en primer lugar en un trastorno somatomorfo sino en una depresión.

-Trastorno de ansiedad: Aquí encontramos no sólo los síntomas somáticos propios de la emoción sino también la tendencia de los pacientes ansiosos a catastrofizar sensaciones fisiológicas normales y molestia triviales. Además, la angustia puede disminuir dramáticamente el umbral para el dolor.

Trastornos psicóticos: Delirios somáticos e hipocondríacos en depresiones psicóticas, esquizofrenias y psicosis paranoideas (síndrome de autorreferencia olfatoria, parasitosis)⁽¹²⁾.

-Trastorno por abuso de sustancias: El abuso de alcohol y drogas debería siempre ser considerado como posibilidad cuando un paciente presenta síntomas somáticos múltiples y vagos.

-Simulación: El paciente miente sobre la presencia o intensidad del síntoma para lograr algún objetivo. Esta condición debe sospecharse especialmente cuando el examen se da en un contexto médico-legal, se evidencia falta de cooperación en la evaluación diagnóstica y las indicaciones terapéuticas o se detec-

ta la presencia de una personalidad antisocial (Cassem y Barsky, 1991).

-Trastorno facticio: El paciente simula o se autoprovoca síntomas con el fin exclusivo de poder asumir el rol de paciente y ser acogido en el sistema sanitario. A diferencia del simulador, quien padece un trastorno facticio acepta cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico no importando qué tan invasivo sea.

E) Tratamiento

Relación médico paciente

El paciente con un trastorno somatomorfo puede presentar al médico un cuadro confuso, caracterizado por una interminable lista de síntomas imprecisos, referidos en un relato vago, pero intensamente emocional. Con frecuencia está ya el antecedente de varios tratamientos intentados y fracasados y es evidente el reproche hacia los colegas que los han prescrito. Con no poca dificultad el médico logra indicar al fin un medicamento que el paciente no ha recibido con anterioridad, para encontrarse en el siguiente control que éste no sólo ha sido inútil sino que le han provocado al enfermo todos los efectos colaterales descritos, y aún otros no descritos, en los textos de farmacología. Con un cuadro poco claro entre manos, no es raro que el médico deba además fundamentar licencias médicas o solicitudes de jubilación ante instituciones que dudan de la realidad misma de la enfermedad. El paciente pronto comienza a criticar de manera velada o abierta la atención recibida y el médico se siente cada vez más impotente e irritado. Cuando el paciente percibe la creciente hostilidad del doctor, reacciona intensificando los síntomas y con una mayor exigencia de mejoría.

Frente a esto es necesario recordar que el enfermo tiene una problemática centrada en su vinculación interpersonal y que reflejará esa problemática en la propia relación con el médico, que de alguna manera representa al medio humano con el que el paciente se

encuentra en conflicto, mostrando ante él las mismas conductas desadaptativas que presenta en sus otras relaciones.

Es importante entonces que el médico evite la implicación emocional de modo de no adoptar actitudes de sobreprotección o rechazo y de no responder a la seducción, a la agresión o a la inducción de una sensación de fracaso, para no reforzar las finalidades neuróticas que dinamizan la mantención de los síntomas funcionales.

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento sintomático se ha sugerido la prescripción de ansiolíticos, antidepresivos o betabloqueadores en dosis reducidas.

Riesgo con el uso de benzodiazepinas es derivar fácilmente hacia una prescripción crónica, en atención a la evolución crónica del trastorno, sin que con ese uso mantenido se logre una mejoría sustantiva, pero creando las condiciones para que aparezcan las manifestaciones propias de una dependencia psicológica o física del fármaco.

Mayor aceptación parece tener la indicación de antidepresivos, observándose su utilidad incluso en cuadros que no se acompañan de evidentes síntomas de depresión. Estos serían los fármacos de elección en el trastorno de dolor somatomorfo. Por el carácter obsesivo de algunos pacientes hipocondríacos se ha postulado la conveniencia de utilizar agentes serotoninérgicos.

Al recetar psicofármacos el médico debe aclarar que prescribir estos medicamentos no implica de manera alguna que los síntomas somáticos del paciente "sólo están en su mente" o que no tiene realmente el malestar que reporta. El medicamento debería ser ofrecido de un modo cauteloso, señalando que la expectativa y los objetivos terapéuticos no son necesariamente una curación completa, sino más bien un grado moderado de atenuación de los síntomas. Las dosis deben ser inicialmente bajas y aumentadas muy

gradualmente, acompañando la prescripción con reiteradas seguridades sobre su inocuidad.

Tratamiento psicoterapéutico

Para la mayoría de los pacientes con síntomas somáticos funcionales el tratamiento es más efectivo si se realiza en el "setting" médico tradicional, no en el psiquiátrico.

Se sugiere hacer controles de seguimiento breves, pero regulares, incluyendo un examen físico en cada visita.

Es preferible no prometer una curación, sino sólo apoyo para lograr un mejor funcionamiento. Cuando se entiende que la tarea es más bien paliativa que curativa, la relación se hace menos contenciosa.

De importancia capital es constituir una relación estable con el paciente pues éste no abandonará sus síntomas hasta que sienta que el médico lo ha aceptado.

Stinnett⁽¹²⁾ propone considerar que el paciente busca "cuidado", no "curación". Lo que solicita es una relación, por lo tanto no dejará los síntomas que la legitiman. Se frustrará el médico que usa el alivio sintomático como medida de la eficacia terapéutica, siendo preferible en estos casos considerar al funcionamiento general como índice de mejoría, de acuerdo al modelo de las enfermedades crónicas.

Por la misma función de vinculación que aquí cumplen, los síntomas lo indicado es hacer los controles de acuerdo con una frecuencia regular prefijada y no dependiente de la intensidad de los mismos. Debe también aclararse al paciente que aun en el caso que mejore, serán necesarios todavía posteriores controles regulares y frecuentes.

En los controles es necesario informarse sobre la situación vital del enfermo de modo de asegurarle que el contacto establecido está basado en un interés en él como persona y que no está sólo centrado en sus síntomas.

El manejo debe ser conservador, previniendo procedimientos innecesarios y peligrosos. En general hay

que evitar la hospitalización, los procedimientos diagnósticos, la cirugía y los exámenes de laboratorio, a menos que estén absolutamente indicados.

Al paciente debe informársele que los resultados del examen físico y de laboratorio no muestran ninguna alteración orgánica, que no hay evidencias de ninguna patología de riesgo vital y que el trastorno es de carácter funcional. Pero el resultado de un reconocimiento sin anomalías orgánicas comprobables no debe formularse de manera que el paciente se vea frustrado, creyendo que se niega la existencia de sus síntomas y que no se lo toma en serio. Es un error asegurar al paciente que se encuentra "completamente sano". Es igualmente importante reconocer y validar claramente su malestar subjetivo, ofrecer una explicación adecuada de los posibles mecanismos fisiológicos involucrados en la generación de los síntomas y no sugerir una alternativa ficticia excluyente entre causas orgánicas y emocionales.

El proponer una etiología predominantemente psicológica debe hacerse en forma cautelosa, evaluando primero la disposición del paciente a aceptar tal explicación.

Cuando el paciente tiene alguna comprensión de lo psicológico, no es hostil y cuyos síntomas son relativamente leves o de breve duración, se puede intentar acepte ese enfoque en la primera entrevista. En otros, es necesario desarrollar primero una relación estable con el objetivo a largo plazo de que obtenga algún "insight" sobre la naturaleza de sus síntomas⁽⁵⁾. El paciente es estimulado a hablar de las dificultades en términos de ansiedad o depresión más que de dolores p.e., ayudándolo a aprender formas de relación y comunicación interpersonales que no dependan de los síntomas somáticos⁽⁷⁾.

En los pacientes hostiles o que se niegan terminantemente a aceptar la importancia de los factores psicológicos en la génesis de su cuadro, no se insiste en esto y el médico habrá de referirse a él como si se tratara de una patología orgánica.

Derivación a psiquiatría

Una eventual interconsulta psiquiátrica debe hacerse en forma precoz, pero después de haberse establecido una relación de confianza con el paciente, y ser planteada en forma positiva. Puede expresarse que es necesaria la opinión de un especialista en trastornos relacionados con el estrés para completar el estudio diagnóstico, asegurando al mismo tiempo que el médico continuará posteriormente con el tratamiento. Mala derivación es aquella planteada como último recurso o que es clara expresión de la irritación del médico.

Referencias

1. *American Psychiatric Association*
Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition Revise, APA, Washington, 1987.
2. *American Psychiatric Association*
Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, APA, Washington, 1994.
3. Barsky AJ, Klerman GL.
Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. Am J Psychiatry 1983; 140:273-83.
4. Cassem NH, Barsky AJ.
Functional somatic symptoms and somatoform disorders, en Cassem NH (ed.): Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry, Mosby Year Book, St. Louis, 1991.
5. Creed F, Guthrie E.
Techniques for interviewing the somatising patient. British of Psychiatry 1993; 162:467-71.
6. Gould R, Miller BL, Goldberg MA, et al.
The validity of hysterical signs and symptoms. J Nervous and Mental Dis 1986; 174:593-97.
7. Hyler SE, Sussman N.
Somatoform disorders before and after DSM-III. Hospital and Community Psychiatry 1984; 5:469-78.
8. Kellner R.
Somatization. Theories and research. J Nervous and Mental Dis 1990;178:150-60.
9. Kutz I, Garb R, Kuritzky A.
Diagnosis of misdiagnosis. On some of the origins and functions of psychophysical misdiagnosis. General Hospital Psychiatry 1983; 5:197-202.
10. Lipowsky ZJ.
Somatization. A borderland between medicine and psychiatry. CMAJ 1986; 135:609-14.
11. Stern J, Murphy M, Bass Ch.
Attitudes of british psychiatrist to the diagnosis of somatisation disorder. A questionnaire survey. Br J of Psychiatry 1993; 162:463-66.
12. Stinnett JL.
The functional somatic symptom. Psychiatric Clin NA 1997; 10(1):19-33.

13. *Tomasson K, Kent D, Coryell W.*

Comparision of four diagnostic systems for the diagnosis of somatization disorder. Acta Psychiatr Scand 1993; 88:311-15.

14. *World Health Organization*

The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. WHO, Geneva, 1992.

15. *Yutzy SH, Cloninger CR, Guze SB, et al.*

DSM- field trial. Testing a new proposal for somatization disorder. Am J Psychiatry 1995; 152(1): 97-101.