

**LUNGUL DRUM AL SIMPTOMELOR SOMATICE INEXPLICABILE MEDICAL,  
DE LA TULBURARILE SOMATOFORME (CIB-10 si DSM-III), LA TULBURAREA  
SUFERINTEI CORPORALE (CIB-11) SI TULBURAREA CU SIMPTOME  
CORPORALE (DSM-5).**

Dr. Radu Vrsti

**1. Preambul**

In ultimii doi ani m-am preocupat problema simptomelor somatice, corporale, inexplicabile medical, adica simptome carora nu li se gaseste nici o cauza organica sau psihica. Proiectul meu este sa scriu o carte despre aceasta problema si Forumul in acest an imi da prilejul sa vorbesc pe scurt despre aceasta problema care este abordata in mod revolutionar in DSM-5 si ICD-11. In general, despre aceasta problema se vorbeste putin, medicii evita sa discute subiectul pentru ca a recunoaste ca nu poti gasi o explicatie la plangerile pacientului ridica problema competentei si autoritatii medicale. Iata de ce bibliografia extrem de bogata despre acest subiect este mai mult de origine "nordica", adica din tarile in care deontologia medicala este la largul ei, acolo unde medicii se simt liberi sa discute adevarul cu pacientii lor, fara sa le fie teama ca pierd beneficiile materiale sau prestigiul profesional...

**2. Introducere**

Element fundamental al consultatiei medicale este intalnirea dintre medic si pacientul cu plangerile lui somatice. Aceste plangeri sunt denumite simptome si ele orienteaza drumul pe care examinarea medicala o va lua in continuare si, in final, contribuie efectiv la formularea unui model explicativ si a unui diagnostic.

Simptomele sunt considerate ca fiind informatii despre conditia organismului. Aceasta legatura confidenta dintre simptome si patologia organismului a facut ca medicina sa fie posibila (Tiokhin, 2016), desi relatia dintre simptome si boala pe care o sugereaza este inca subiect de discutie.

Sunt simptomele importante pentru specia umana? Din punct de vedere evolutiv simptomele corporale au avut doua roluri care au ajutat la supravietuirea speciei: i) ca semnal al raspunsului corporal fata de o dauna (de ex. infectie) sau ii) ca semnal al nevoii de ajutor pentru

supravietuire (Stenkopf, 2015). Ulterior simptomele au fost capturate exclusiv de stiinta medicala punandu-le la baza conceptului de boala si a clasificari acestora.

Cuvantul "*simptom*" vine din greaca ("*σύμπτωμα*") si inseamna accident, nenoroc, intamplare, o indepartare de la statutul normal, o stare neobisnuita, un declin sau o deteriorare a functiei normale a persoanei. Un simptom este o stare subiectiva, este o traire a persoanei care care sufera de simptomul respectiv.

Cox si colab. (2014) au facut o analiza a intelesului simptomelor si semnelor medicale dupa ce au cules 30 de definitii diferite si dictionatre si tratate medicale. Dupa ce au triat aceste definitii au mai ramas doar cateva din ele conform regulilor stipulate de societatea de ontologie a terminologiei medicale ("*Ontology for General Medical Society*"). Astfel, un simptom poate fi o definit ca "*experienta subiectiva a unei schimbari in senzatiile, functiile sau aparenta corpului*". In schimb, semnul este "*expresia obiectiva, a schimbarilor din aparenta si functionarea corpului*". Semnele si simptomele nu sunt categorii naturale ("*natural kind*"), ele nu exista independent in natura, nu sunt clase sau spete naturale, doar medicina le considera universale in numele unui realism ontologic.

Simptomele sunt ratiunea pentru care o persoana merge la doctor. Simptomele fizice precum durerea de cap, durerea de spate, ori oboseala sunt foarte obisnuite in populatia generala. Doua treimi din barbati si patru cincimi dintre femei raporteaza cel putin un simptom fizic in ultimele doua saptamani. Totusi, majoritatea oamenilor nu contacteaza un doctor pentru aceste simptome. Cand oamenii se duc la medicul de familie pentru astfel de simptome, 80% din acestia merg doar pentru o singura vizita medicala (Olde Hartman, 2011) si numai 1% din acesti pacienti sunt vazuti mai departe de medicii specialisti (Green et al, 2001).

Modul cum simptomele sunt prezentate doctorilor este determinat de contextul social in care simptomele sunt experimentate, de felul cum boala este construita din punct de vedere cultural si social, de credintele si asteptarile pacientului privitor la boala si de limbajul utilizat de ambele parti, de doctor si pacient.

Privitor la modul cum simptomele medicale si expresiile lor sunt construite in timpul consultatiei medicale, Berrios si Markova (2006) preia ideia lui Platon care imparte spatiul epistemologic in doua parti: i) inteligibil, rational, si ii) subiectiv. Acesti autori vorbesc despre faptul ca simptomele se fac vizibile atat in spatiul "lingvistic conventional", cat si in spatiul "meta-lingvistic". Conform teoriei lor, noi putem avea simptome care sunt prezentate in mod

explicit, precum simptomele corporale, si simptome care sunt prezentate in mod "metaforic" sau "simbolic", ca in cazul simptomelor fara o explicatie fiziopatologica sau psihopatologica. In acest context, Berrios si Markova vorbesc de faptul ca simptomele pot fi impartite in doua categorii sau "ordine": simptome "originale" si simptome "fenocopii", adica simptome care imita pe cele originale dar care nu sunt sustinute de aceleasi mecanisme biologice. In acest context, Stones si colab. (2013) amintesc de simptomele neurologice functionale care sunt imitatii sau sunt camelioni ale altor conditii somatice. Astfel este subliniata importanta discutiei despre care este adevaratul inteles al simptomelor inexplicabile medical.

Doctorii cauta sa inteleaga simptomele prin formularea unei explicatii fiziopatologice si apoi incearca sa faca diagnosticul. Acest proces are la baza conceptia ca simptomele corporale pot fi de trei feluri (Sarpe et la, 2006):

- i) simptomele fizice care sunt expresia unei patologii organice, adica ele pot fi explicate prin mecanisme fiziopatologice;
- ii) simptomele fizice care nu exprima o patologie organica dar pot fi explicate prin mecanisme psihopatologice, precum simptomele fizice din anxietate sau depresie;
- iii) simptome fizice care nu pot fi explicate nici fiziopatologic si nici psihopatologic; acestea din urma au primit denumirea generica de "*simptome inexplicabile medical*".

Afirmatiile de mai sus reflecta "*essentialismul medical*" care spune ca simptomele corporale reflecta o patologie organica, adica o boala a corpului. Aceasta abordare sta la baza modelului medical ale bolii. Nucleul central al acestei abordari este ideea ca boala poate fi inteleasa si explicata pe deplin doar in termenii deviantiei de la norme biologice care sunt evidentiabile si masurabile, adica boala are simptome, semne fizice si markeri biologici.

Boala insa trebuie deosebita epistemologic de suferinta. Suferinta este experienta schimbarilor in starea fiintei si in functia sociala (Eisenberg, 1977). Astfel, se poate spune ca boala este ceva a organismului, in timp ce suferinta este ceva a omului (Helman, 1981). Suferinta se refera la trairea bolii si cuprinde experientele subiective ale individului care prezinta boala. Despre suferinta vorbeste pacientul in plangerile lui, iar despre boala vorbeste doctorul, care traduce suferinta pacientului in simptome si semne. Medicul ofera pacientului un cadru

explicativ pentru plangerile lui si simptome lui capata un nume si ele duc la un diagnostic si la o boala care si ele capata un nume (Jutel, 2011).

### **3. Ce sunt simptomele inexplicabile medical**

Cu toate ca medicina moderna este ancorata in paradigma biologica, domeniul simptomelor este inca dominat de dualismul minte-corp si simptomele pacientilor sunt inca impartite in simptome fizice si simptome psihice.

Simptomele fizice sunt considerate ca simptome "*reale*" si pacientii cu astfel de simptome sunt vazuti ca avand o tulburare corporala, adica au o suferinta adevarata, in timp ce simptomele psihice sunt considerate ca simptome "*non-reale*" iar suferinta are sediul "*in mintea pacientilor*"; acesti pacientii sunt vazuti ca fiind responsabili de problemele lor (Harcher and Arroll, 2008).

Indiferent de originea lor, exista simptome severe si simptome vagi, usoare, au versatile. Pentru multi oameni experienta oboselii, a durerilor musculare sau a problemelor digestive este o chestiune la ordinea zilei, aceste simptome aparand si disparand tot asa de repede precum au aparut. Pentru altii, aceste probleme sunt persistente, interferand semnificativ cu viata de zi cu zi si cauzand o multime de consultatii medicale. Faptul ca uneori, in spatele acestor simptome, nu se gaseste nici o cauza organica sau o explicatie medicala, este o problema frustranta atat pentru medic, cat si pentru pacient. Inabilitatea de a gasi o explicatie medicala pentru simptome recurente corporale pune la indoiala competenta medicului si adesea genereaza o coliziune intre medic si pacient. Din aceasta cauza, recunoasterea, intelegerea si gestionarea simptomelor inexplicabile medical este o sarcina esentiala pentru practica medicala curenta.

In medicina somatica, termenul de "*simptome inexplicabile medical*" a castigat in popularitate in ultimii 20-30 ani pentru ca ajuta la identificarea si descrierea pacientilor cu plangeri somatice cu etiologie neclara (Henningsen so colab., 2011). Inainte de aceasta, s-a utilizat termenul de tulburari functionale, in special in neurologie, pentru a denumi tulburari reversibile ale functionarii unui organ sau sistem, in contrast cu simptomele date de modificari structurale ireversibile (Fink et al., 2015). In psihiatrie, s-a utilizat termenul de simptome de somatizare, termen prin care au fost denumite astfel de simptome.

In cazul simptomelor fara o cauza organica decelabila, Kirmayer si Robins (1991) sustin ca ar trebui facuta o distinctie intre:

- i) simptomele fizice inexplicabile care pot fi ori componentele fiziologice ale anxietatii sau depresiei, ori evenimente patologice minore care pot fi interpretate gresit de catre subiect ca fiind semne ale unei afectiuni severe, si
- ii) simptomele realmente izvorate din subiectivitatea pacientului si care nu pot fi atribuite nici tulburarilor fizice si nici tulburarilor psihice. Acestea din urma ar fi adevaratele simptome inexplicabile medical. Termenul de somatizare a fost larg utilizat pentru a indica acest proces prin care distresul psihologic este transformat in simptome somatice.

O lista de simptome inexplicabile medical ar putea cuprinde: durerea de spate, durerea articulara, durerea de cap, slabiciunea, oboseala, tulburarile de somn, dificultatile de concentrare, pierderea apetitului, schimbari de greutate, nelinistea, incetinirea gandirii, durerea in piept, gafaiala si senzatiile de lipsa de aer, palpitatiile, ameteala, nodul in gat, apatia, greata, tranzitul intestinal rapid, balonarea, constipatia sau durerea abdominala (Burton, 2013). Atunci cand astfel de simptome se grupeaza intr-un mod comprehensiv, ele pot forma sindroame functionale, fara etiologie precizata, care se intalnesc in mai toate specialitatile medicale. Aceste sindroame sunt cunoscute si ca boli psiho-somatice. In Fig. Nr.1 sunt prezentate simptomele inexplicabile medical si sindroamele functionale cronice.

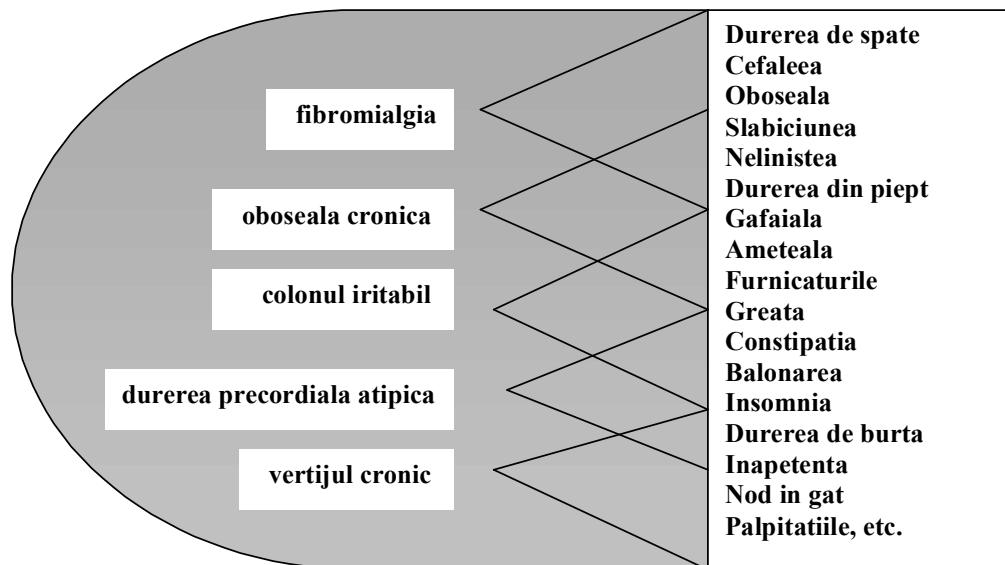


Figura Nr. 1: Sindroamele functionale somatice si simptomele inexplicabile medical (Burton, 2004)

Fiecare specialitate medicala pare sa aibe cel putin un sindrom somatic inexplicabil: fibromialgia in reumatologie, sindromul colonului iritabil in gastroenterologie, durerea precordiala non-cardiaca in cardiologie, sindromul de oboseala cronica in bolile infectioase, sindromul de hiperventilatie in penumologie, convulsiile pseudo-epileptice in neurologie si sindromul de sensitivitate chimica in alergologie (Chalder si Willis, 2017). In Tabelul Nr. 1 se prezinta sindroamele functionale somatice in functie de specialitatea medicala. Prevalenta acestor sindroame este de aproximativ 53% in cardiologie, 58% in gastroenterologie, 52% in neurologie si 45% in reumatologie (Rolfe si Burton, 2013).

<i>Alergologie</i>	Senzitivitatea multipla la chimicale
<i>Gastroenterologie</i>	Sindromul colonului iritabil, dispepsia non-ulceroasa
<i>Ginecologie</i>	Durerea pelvina cronica, sindromul premenstrual
<i>Boli infectioase</i>	Sindromul de oboseala cronica
<i>Cardiologie</i>	Durerea precordiala atipica sau non-cardiaca
<i>Pneumologie</i>	Sindromul de hiperventilatie
<i>Neurologie</i>	Tensiunea cefalica, convulsiile pseudoepileptice
<i>Reumatologia</i>	Fibromialgia, durerea cronica de spate
<i>ORL</i>	Veretijul cronic, tinnitus
<i>Stomatologie</i>	Durerea faciala atipica, disfunctia temperomandibulara
<i>Psihiatrie</i>	Tulburarile somatoforme, nurastenia

Tabelul Nr. 1: Sindroamele functionale dupa specialitatile medicale

Exista cateva definitii ale "simptomele inexplicabile medical" (SIM). Vorbim de SIM atunci cand "*prezentarea clinica a simptomelor este incompatibila cu o boala fizica cunoscuta si/sau in absenta semnelor relevante clinice si/sau a rezultatelor de la investigatii de laborator care sa sustina un diagnostic de boala fizica*" (Sumathipala et al. 2006). Pentru Fink si colab. (2002) SIM pot fi definite ca "*conditii clinice unde plangerile fizice ale pacientului cauzeaza o grija sau disconfort excesiv sau cand ele fac ca pacientul sa caute tratament, dar pentru care nu a fost gasita nici o patologie organica sau o baza fiziopatologica*". In plus, Hubley si colab.

(2014) au considerat ca SIM "*cauzeaza o dizabilitate functionala semnificativa sau un distress care nu poate fi atribuit numai anxietatii, depresiei, sau psihozei; ele se refera la sindroame functionale (de ex. fibromialgia sau sindromul colonului iritabil) si la simptome care sunt identificabile cu cele ale unor boli dar care sunt mai frecvente, mai intense sau mai persistente comparativ cu aceleasi simptome din bolile fizice bine definite*".

Eriksen si Risor (2013) considera ca exista trasaturi comune acestor simptome precum:

- i) lipsa unei etiologii clare/ etiologia ramane nedetectata;
- ii) posibilele mecanisme biologice implicate sunt necunoscute;
- iii) pacientii sufera de o diversitate de simptome si semne clinice dificil de descris si versatile in timp;
- iv) multe din aceste simptome conduc la diagnostice care sunt contestate si care nu sunt prezente in clasificarile internationale;
- v) existenta acestor simptome este bazata doar pe raportarea subiectiva a pacientului;
- vi) terapia cognitiva este adesea considerata a fi o interventie eficace;
- vii) aceste simptome afecteaza o proportie semnificativa din populatie, desi prevalenta lor este inca incerta.

Pentru multi doctori, simptomele inexplicabile medical se plaseaza pe "*no-man's land*", adica intre teritoriul medicinei somatice si cel al psihiatriei. Edwards si colab. (2010) spuneau ca aceste simptome sunt "*mai curand o situatie dificila, clinica si sociala, incluzand un larg spectru de prezentari ce sunt dificil de explicat si incadrat intr-o patologie cunoscuta*".

Care ar fi cel mai bun termen pentru aceste simptome este inca un subiect de controversa. Au mai fost utilizati termini ca simptome somatice functionale, simptome psihosomatice, simptome vagi, sau plangeri subiective. Pana la urma, termenul de simptome inexplicabile medical ("*medically unexplained symptoms*") a ramas cel mai utilizat din cauza ca acest termen este descriptiv, neutru si pe larg folosit in literatura stiintifica (Hilderink et al., 2008).

Sharpe (2013) se intreaba daca acest termen este folositor si spune ca "*aceasta denumire este in mod clar folositoare ca o eticheta clinica pragmatica care indica daca un simptom este asociat sau nu cu o boala serioasa si, in subsidiar, cat de necesar este ca aceste simptome sa primeasca un tratament medical. Exista evidenta ca toate simptomele somatice sunt intr-o masura oarecare explicabile si inexplicabile, ele nu sunt numai reflectarea unei patologii*".

*corporale sau a unor procese mentale, mai curand ele reflecta felul cum creierul integreaza factorii etiologici biologici, psihologici si sociali".*

In final trebuie sa reamintim ce spunea Kirmayer si colab. (2004): "*termenul de simptome inexplicabile medical numeste de fapt o situatie neplacuta clinic si social si nu o boala specifica*".

#### **4. Epidemiologia simptomelor inexplicabile medical**

Un simptom inexplicabil medical, izolat si usor, este un fenomen frecvent in populatia generala si nu conduce la examinari medicale. Atunci cand aceste simptome sunt persistente, ele genereaza vizite medicale devinind o problema costisitoare, atat pentru individ, cat si pentru sistemul medical. De exemplu, in Anglia, se estimeaza ca aceste simptome conduc la costuri de peste 3 miliarde de lire sterline pe an (Birmingham si colab., 2010), si in medie ar genera peste 400 milioane consultatii pe an, cele mai consultatii fiind cerute pentru durere, cefalee, oboseala si ameteli (Kroenke, 2003).

Se considera ca 20-25% din toate vizitele din sistemul ingrijirilor primare sunt facute pentru simptome vagi, usoare, fara o cauza organica, si ca 20-40% din pacientii vazuti de medicii specialisti nu primesc un diagnostic clar pentru ca prezinta aceste simptome "inexplicabile" sau "functionale".

In Olanda, simptomele somatice functionale sau inexplicabile sunt clasificate pe locul doi pe o lista de 10 cele mai frecvente simptome intalnite la nivelul ingrijirilor primare (Olde Hartman si colab., 2004). Iar in Danemarca 84% din femei si 75% din barbati prezinta cel putin un simptom corporal dintr-o lista de 13 simptome somatice si se estimeaza ca 80% din oameni vor experimenta in urmatoarea luna unul sau mai multe astfel de simptome. Totusi, aceste simptome sunt auto-limitante, tranzitorii si numai unul din patru indivizi se vor prezenta la medic (Stone si colab., 2002). Intr-o meta-analiza facuta de Haller si colab. (2015) procentajul pacientilor cu cel putin un simptom inexplicabil medical reprezinta intre 40,2 si 49% din totalul consultatiilor la nivelul ingrijirilor primare.

Schwartz (2015) spune ca prevalenta simptomelor inexplicabile medical se intinde intre 5 si 65% la nivelul ingrijirilor primare si intre 37 si 66% in clinicile de specialitate, iar plaja larga a acestor cifre s-ar explica prin greutatea definirii unui caz cu astfel de simptome.

In Germania, Hiller si colab. (2006) analizeaza un larg esantion din populatia generala si gaseste ca 81,6% din persoanele analizate au raportat cel putin un simptom dintr-o lista de 53



simptome somatice cunoscute a fi fara o cauza organica. Tot in Germania, in sectiile specializate din spitale, pacientii cu simptome inexplicabile ajung sa fie cam 52% din toate internarile noi (Fischer, 2015). In Marea Britanie, sunt studii ce arata ca 15-19% din totalul consultatiilor se fac pentru simptome fara o cauza organica (Rief si Isaak, 2007). In Olanda, simptomele fara o cauza organica sunt raspunzatoare pentru o consultatie din patru la nivelul medicilor de familie si 20-24% din pacientii vazuti de un specialist nu primesc un diagnostic clar (Olde Hartman si colab., 2004). Totusi, se crede ca la 50-75% din indivizii diagnosticati cu simptome inexplicabile medical le vor disparea simptomele in urmatoare 12-15 luni, in timp ce numai la 10-30% indivizii simptomele se vor amplifica (Olde Hartman et al, 2013).

### **5. Consideratii nosologice cu privire la simptomele inexplicabile medical**

Atunci cand simptomele inexplicabile medical se grupeaza in clustere avem diferite sindroame ce se gasesc in mai toate speciilitatuile medicale si raman ancorate acolo pentru a fi diagnosticate si tratate pana la gasirea unei etiologii convenabile (vezi Tabelul Nr. 1). Atunci cand sunt imptomele sunt dispartate, ele devin apanajul psihiatriei. Psihiatria le-a numit si clasificat ca tulburari somatoforme atat in DSM-IV cat si CIB-10.

Se poate spune ca istoria tulburarilor somatoforme incepe in a doua jumatare a sec. XIX cand Pierre Briquet (1859), bazat pe examinarea a 450 pacienti, descrie o conditie caracterizata de multiple plangeri fizice fara o cauza medicala clara la subiecti care aveau convingerea ca simptome sunt datorate unei boli pentru care cautau mereu consultatii medicale, proceduri diagnostice si spitalizari. Urmatorul pas il fac la sfarsitul sex.XIX, Jean Martin Charcot si Pierre Janet care descriu isteria ca o boala cu simptome somatice de sorginte neurologica dar a caror origine se afla in minta pacientului si mai putin in creierul lui si vorbesc de disociatie ca mecanism de formare a simptomelor. Tot atunci, in jurul anului 1898, Breuer si Freud introduc termenul de conversie pentru explicarea formarii simptomelor corporale sub influenta traumelor psihice si a fortelor inconstientului.

Termenul de somatizarea fost inventat de Wilhelm Stekel in 1923, pentru a denumi mecanismul prin care se produc simptomele somatice in nevroze termen care a fost neglijat mulgte decenii pana la aparitia lui in DSM-III (Brown, 2004). Intre timp se vorbeste din nou de sindromul Briquet care apare descris in criteriile diagnostice ale lui Feighner, Robins, Guze si altii (1972) ca *“o tulburare polisomatica care apare devreme in viata, caracterizata de o suferinta cronica si recurenta, prezentata dramatic, vag, sau printr-o istorie medicala incalcita.*

*Trasaturile caracteristice sunt o varietate de dureri, tulburari gastrointestinale, simptome urinare, dificultati menstruale, nervozitate si simptome conversive care genereaza frecvente vizite la medic, spitalizari frecvente si chiar interventii chirurgicale”.*

In 1980, Spitzer si DSM-III inlocuieste sindromul Briquet cu clasa bolilor somatoforme care pastreaza in mare aceeasi definitie si strange laolalta acele tulburari care se exprima prin simptome somatice fara cauza decelabila, de ex, tulburarea conversiva, hipocondria sau durerea psihogena. De aici incepe parcursul modern la simptomelor somatice inexplicabile medical in interiorul categoriei diagnostice de tulburari somatoforme, categorie care a fost pastrata in versiunile successive ale DSM-ului si in ICD-10.

Pentru Hiller si Rief (2005) DSM-III a avut dreptate sa fi introdus conceptul de tulburari somatoforme din cauza ca in acest fel a fost abolit monopolul diagnosticelor bazate pe un organ specific. In felul acesta s-a deschis posibilitatea ca simptomele sa fie si expresia unor tulburari functionale panand astfel in discutie "*medicina impersonala si dezumanizanta, focusata pe boli si organe, si surpa-specializarea disciplinelor medicale si fragmentarea serviciilor de sanatate care s-a facut in defavoarea relatiei dintre medic si pacient*" (Mezzich si colab., 2016). Toata aceasta evolutie este prezentata schematic in Figura Nr. 2.

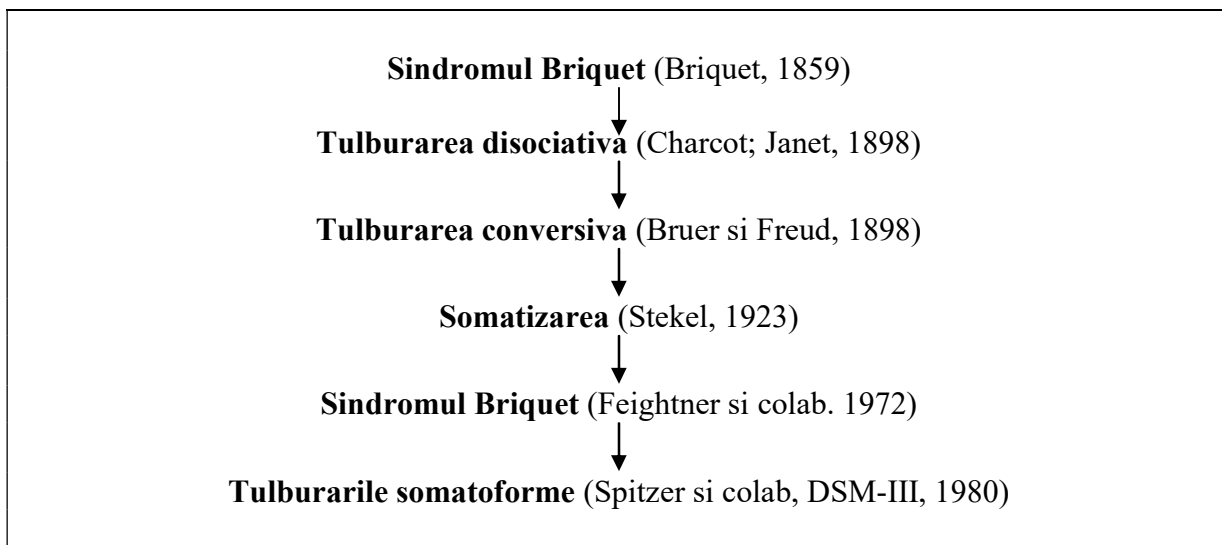


Figura Nr. 2: Evolutia nosografica a tulburarilor somatoforme

Astazi este inca subiect de dezbatere care este cel mai bun termen pentru a descrie plangerile somatice cu o etiologie neclara. Cea mai lunga viata a avut termenul de somatizare reintrodus in discutie de Lipowski (1988) care-l defineste ca tendinta de a experimenta si

comunica suferinta psihologica sub forma de simptome somatice pe care pacientul le interpreteaza ca semnificand o boala corporala serioasa. Dupa Kirmayer si Robbins (1991) exista mai multe feluri de somatizare:

- i) somatizarea adevarata, care explica simptomele somatice din anxietate sau depresie,
- ii) somatizarea hipocondriaca, care se manifesta atunci cand senzatii corporale minore sunt interpretate exagerat ca fiind semnele unei boli ingrijoratoare care necesita atentie medicala, si
- iii) somatizarea functionala, care este atunci cand simptomelor fizice nu li se pot atribui nici o origine fizica si nici una psihologica.

Kirmayer si Young (1998) noteaza ca, in functie de circumstante, somatizarea poate fi vazuta *“ca un indiciu de boala, ca un indiciu de psihopatologiei, ca o condensare a conflictului intrapsihic, ca o expresie culturala codificata a distresului, ca o expresie pentru nemul Dumirea sociala sau ca un mecanism prin care pacientii incearca sa se repositioneze in societate”*.

Pentru DSM-IV tulburarea de somatizare inseamna o istorie de multiple plangeri somatice aparute inainte de varsta de 30 ani si care continua pentru o perioada de cativa ani.

In mod obisnuit, pacientii cu simptome inexplicabile medical utilizeaza metafore atunci cand vorbesc de plangerile lor somatice. Ei utilizeaza un limbaj plin de analogii, comparatii, metafore prin care descriu simptomele corporale si sa explice etiologia lor. Prin aceste narative pacientii furnizeaza sugestii, indicii, aluzii asupra originii organice iar medicii folosesc expresia *“pacientul acesta somatizeaza”*.

Conceptualizarea somatizarii incepe cu intelegerea distinctiei dintre suferinta (*illness*) si boala (*disorder*). Suferinta este experienta subiectiva traita sub forma simptomelor corporale descrise de pacient. Boala este o anormalitate patologica obiectivabila de medicina in structura sau functia organismului. Suferinta si boala nu sunt entitati sinonime si nici nu sunt proportionale, astfel experienta subiectiva a bolii nu coreleaza intotdeauna cu ceea ce medicul obiectiveaza ca boala. Suferinta este despre ceea ce vorbeste pacientul, boala este despre ceea ce vorbeste medicul. Aceasta diferenta sta la baza problemei somatizarii. Astfel, somatizarea poate fi mai bine inteleasa ca o forma de comunicare prin plangeri somatice. Somatizarea nu pune intotdeauna o problema clinica, ea devine o problema doar atunci cand genereaza un distress semnificativ sau o disfunctie sociala sau ocupationala (Heinrich, 2004), lucru ce va sta la baza noilor categorii nosologice din DSM-5 si CIB-11.

S-a mai utilizat și denumirea de simptome functionale pentru a denumi simptomele care nu sunt expresia unei suferințe organice identificabilă prin markeri biologici, denumire ce venea în sialul dihotomiei organic versus functional care a dominat nosologia medicală în sec. XX. A existat și denumirea de sindroame functionale somatice care sunt un set de simptome inexplicabile care se strang laolaltă într-un sindrom, de exemplu sindromul de oboseală cronică, sindromul colonului iritabil sau fibromialgia. Termenii de simptome functionale sau de sindroame somatice functionale nu au fost folosiți de DSM sau ICD, ei au fost utilizați mai ales în medicina psihosomatică.

Termenul de tulburare somatoformă din DSM III, IV și ICD-10 strange laolaltă diferitele categorii de tulburări care au în nucleul lor simptomele inexplicabile medical și care pune accentul pe rolul cauzal al atribuțiilor de boală, pacienții cu astfel de tulburare având tendința de acuza cauze organice senzațiilor lor corporale. În 1992 World Health Organization denumește tulburările somatoforme ca tulburările care au în comun *“repetate prezentări ale simptomelor fizice împreună cu repetate și persistente cereri de investigație medicală, în ciuda repetatelor rezultate negative la aceste examinări și a asigurărilor medicale că aceste simptome nu au o bază fizică”*. Felul cum au fost clasificate tulburările somatoforme în DSM și în ICD-10 este prezentat în Tabelele nr. 2 și 3.

DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-IV-R (2000)
<b>Tulburările somatoforme</b>	<b>Tulburările somatoforme</b>	<b>Tulburările somatoforme</b>	<b>Tulburările somatoforme</b>
- tulburarea conversivă	- tulburarea dismorfică	- tulburarea de somatizare	- tulburarea de somatizare
- tulburarea durerii psihogene	- tulburarea conversivă	- tulburarea somatoformă nediferențiată	- tulburarea somatoformă nediferențiată
- hipocondria	- hipocondria	- tulburarea conversivă	- tulburarea conversivă
- tulburări somatoforme atipice	Tulburarea de somatizare	- tulburarea de durere	- tulburarea de durere
	- tulburarea somatoformă de durere	- hipocondria	- hipocondria
	- tulburarea somatoformă nediferențiată	- tulburarea dismorfică	- tulburarea dismorfică
	- tulburarea somatoformă nespecificată	- tulburarea somatoformă nespecificată	- tulburarea somatoformă nespecificată

Tabelul Nr. 2: Tulburările somatoforme în versiunile succesive ale DSM-III și DSM-IV

<b>F45 Tulburarile somatoforme</b>
<b>F45.0 Tulburarea de somatizare</b>
<b>F45.1 Tulburarea de somatizare nediferentiata</b>
<b>F45.2 Tulburarea hipocondriaca</b>
<b>F45.3 Disfunctia vegetativa somatoforma</b>
<b>.30 Inima si sistemul cardiovascular</b>
<b>.31 Tractul gastrointestinal superior</b>
<b>.32 Tractul gastrointestinal inferior</b>
<b>.33 Sistemul respirator</b>
<b>.34 Sistemul genitourinar</b>
<b>.38 Alte organe si sisteme</b>
<b>F45.4 Tulburarea somatoforma de durere persistenta</b>
<b>F45.8 Alte tulburari somatoforme</b>
<b>F45.9 Tulburarea somatoforma, nespecificata</b>

Tabelul Nr. 3: Tulburarile somatoforme in ICD-10

Criteriile de diagnostic pentru entitatile clinice cuprinse in clasa tulburarilor somatoforme prezinta multe suprapuneri care uneori le face greu de diferentiat, dar tratatura lor comuna este prezenta unui comportament anormal de boala. Comportamentul de boala este un concept (“*illness behaviour*”) construit de Mechanic (1978, 1986) care descrie modul in care oamenii raspund la indicatiile si conditiile lor corporale pe care le considera ca anormale. ”*Illness behaviour*” implica maniera in care indivizii monitorizeaza corpul lor, defineste si interpreteaza simptomele lor, actiunile curative si modul in care utilizeaza resursele de ajutor. Acest concept sta tocmai in inima noilor entitati clinice pe care CIB-11 si DSM-5 le propune pentru a inlocui tulburarile somatoforme, in fond pentru a vorbi de simptomele inexplicabile medical.

Wessely si colab. (1999) sustinea ca existenta de sindroame somatice functionale si tulburarii somatoforme este doar un artefact al specialitatilor medicale, fiecare specialitate medicala definiind propria categorie clinica in termenii propriei specialitati si interese, dar de fapt exista o suprapunerea considerabila intre sindroamele functionale si ca similaritatile dintre ele depasesc diferentele lor. In aceasta dezbaterre nosologica, Kroenke (2006) spune ca exista o "*tulburare de spectru a simptomelor inexplicabile medical*" pe care ulterior o regasim in DSM-5 sub numele de "*Somatic Symptoms Disorder*" si in CIB-11 sub denumirea de "*Body Distress Disorder*". In acelasi sens, Smith si Dwamena (2007) iau si ei in considerare existenta unui continuum a acestor sindrome si sindroame si vorbesc de clase de severitate precum "simptome

normale sau usoare inexplicabile", "simptome inexplicabile moderate" si "simptome severe inexplicabile".

Confuziile in definirea simptomelor inexplicabile medical a pavat drumul spre o terminologie alternativa care sa includ o conceptualizare mai larga a simptomelor somatice fara etiologie organica si sa regrupeze aceste simptome intr-o noua categorie. Aceasta viziune a fost incorporata in DSM-5 si ICD-11.

In a 5-a editie a DSM (APA, DSM-5, 2013) a inlocuit vechile denumiti cu una noua: Tulburarea cu Simptome Somatice ("*Somatic Symptoms Disorder*"). Aceasta noua entitate nu cere ca simptomele sa fie "inexplicabile", ci ca ele sa fie persistente si sa fie asociate cu ganduri, emotii si comportamente excesive fata de simptomele similare din boli cu origine organica bine stabilita. In spiritual traditiei "*neutralitatii etiologice*" si a pletorei de termeni ateoretici pe care i-a lansat vechile editii ale DSM-ului, DSM-5 dizolva toti termenii pe care i-a folosit in trecut intr-o singura categorie, Tulburarea cu simptome somatice definita ca "*unul sau mai multe simptome somatice care sunt suparatoare sau care produc o semnificativa disruptie a vietii zilnice ceea ce conduce la ganduri, emotii sau comportamente excesive fata de aceste simptome*". In tabelul Nr. 4 sunt prezentate criteriile de diagnostic pentru tulburarea cu simptome somatice.

- A. Unul sau mai multe simptome care sunt suparatoare si care interfera cu viata zilnica
- B. Ganduri, emotii si comportamente excesive, legate de simptomele somatice sau asociate cu preocuparea fata de sanatate, manifestate prin cel putin una din urmatoarele:
  1. ganduri disproportionale si persistente legate de gravitatea simptomelor;
  2. anxietate crescuta si persistena legate de sanatate sau de simptome;
  3. foarte mult timp si energie consumata cu aceste simptome si griji.
- C. Desi nici unul dintre aceste simptome nu este mereu prezent, starea de a avea ceva este persistenta (mai mult de 6 luni)

Tabelul Nr. 4: Criteriile DSM-5 pentru Tulburarea cu simptome somatice

Se considera ca aceasta noua categorie clinica este un trimuf la viziuni care ia impreuna toate simptomele inexplicabile medical si astfel creiaza un "*melting pot*" pentru toate vechile denumiri ale DSM-IV precum tulburarea de somatizare, tulburarea somatoforma, hipocondria si

durerea cronică, luând în considerare existența unei suprapunerii considerabile dintre ele. Această reconceptualizare se "*focalizează nu numai pe simptomele somatice, ci și pe răspunsul individului cu emoții, gânduri și comportamente excesive*" (Dimsdale și colab., 2013).

Clasificarea DSM-5 este un pas înainte față de DSM-IV din cauza că diagnosticul acestei entități nu necesită numai existența simptomelor somatice inexplicabile dar și alte simptome care sunt persistente, mai mult de 6 luni, cu o perturbare semnificativă a vieții cotidiene pentru că creiază:

- i) o multitudine de gânduri despre gravitatea acestor simptome;
- ii) un nivel înalt de anxietate față de existența acestor simptome;
- iii) consum mare de energie cu îngrijirea acestor simptome (Kurlansik și Maffei, 2016).

Această viziune este "dincolo de inexplicabil medical", de fapt este "*o viziune medicală alternativă care spune că toate simptomele medicale, explicabile sau nu, au aceeași importanță; ele nu sunt mai mult sau mai puțin decât o manifestare a proceselor mentale. Ele sunt determinate multiplu și reflectă felul cum creierul integrează factorii etiologici biologici, psihologici și sociali*" (Sharpe, 2013).

Pentru Mayou (2014) această nouă categorie de tulburare cu simptome somatice este mai bună decât cea veche de tulburare somatoformă din trei motive:

- i) distincția dintre simptomele explicabile medical și cele inexplicabile medical este desființată;
- ii) rationalizează categoriile și subcategoriile diagnostice, astfel tulburarea de durere a dispărut, tulburarea dismorfică a fost scoasă, hipocondria a fost redenumită iar factorii psihologici afectând alte condiții medicale au fost introduși aici;
- iii) poziția dualistă psihologic versus somatic în geneza simptomelor este înlăturată. Acest diagnostic poate fi considerat și ca un "*trans-diagnostic*" pentru variate simptome medicale și non-medicale care au în comun expresii psihologice și comportamentale.

În Tabelul Nr. 5 se prezintă subtipurile componente ale Tulburării cu simptome somatice din DSM-5

<b>Tulburarile cu simptome somatice si inrudite DSM-5</b>
- tulburarea cu simptome somatice
- tulburarea anxietatii de boala
- tulburarea conversiva
- factori psihologici afectand alte conditii medicale
- tulburarea falsa
- alte tulburari cu simptome somatice sau inrudite
- tulburarea cu simptome somatice sau inrudite nespecificata

Tabelul Nr. 5: Entitatile clinice componente ale Tulburarii cu simptome somatice DSM-5

Cu toate modificarile facute, cu recadrarile si renumirile unor categorii clinice, se poate spune totusi ca versiunea DSM-5 este o continuare a celor vechi. In schimb ICD vine cu o schimbare radicala!

Editia 11-a a ICD, care va fi lansata oficial in 2019, propune un nou termen si cu o conceptie cu totul noua pentru simptomele inexplicabile medical: Tulburarea Suferintei Corporale/Tulburarea Distresului Corporal ("*Body Distress Disorder*"). Aceasta schimbarea majora este considerate sa fie un raspuns la criticile care spuneau ca este nevoie:

- i) de o schimbare de nume;
- ii) de o considerabila simplificare a termonologiei stufoase;
- iii) de stabilirea de criterii si granite consistente;
- iv) de o reflectare a imperativelor culturale (Gureje, 2015).

Tulburarea suferintei corporale se aliniaza conceptiei lui Per Fink (2010) care arata ca exista un continuum al acestor senzatiilor corporale, de la cele normale pana la suferintele corporale severe, continuum care arata, pe de-o parte senzitivitatea individului fata de senzatiile corporale si pe de alta parte, modul in care le interpreteaza si amplifica (Vezi Figura Nr. 3).



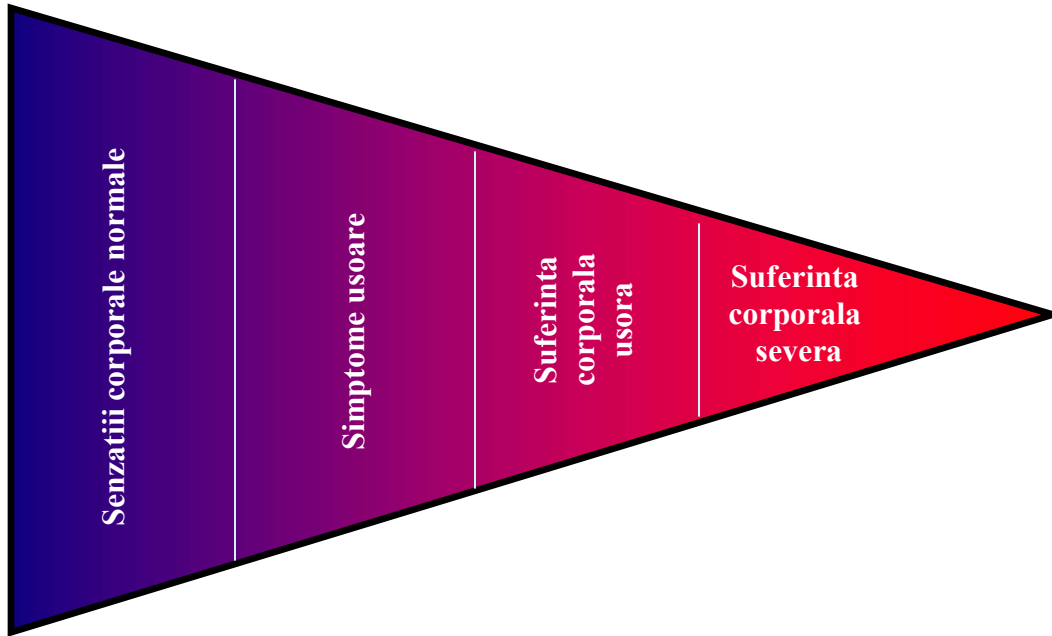


Fig. Nr 3: Spectrul tulburarilor si suferintei corporale (dupa Per Fink 2010, [www.functionaldisorders.dk](http://www.functionaldisorders.dk))

Tulburarea suferintei corporale este caracterizata de "*prezenta simptomelor corporale care provoaca suferinta individului si o atentie excesiva asupra lor care se poate manifesta prin repetate contacte cu medicii. Daca o conditie medicala cauzeaza sau contribuie la simptome, gradul atentiei este in mod clar excesiv in relatie cu natura si evolutia sa. Atentia excesiva nu este usurata de examinarile si investigatiile medicale adecvate si de asigurarea ca nimic nu este rau. Simptomele corporale si suferinta asociata lor este persistenta, fiind prezenta in cele mai multe zile pentru cel putin cateva luni si sunt asociate cu o afectare semnificativa in functionarea personala, familiala, sociala, educationala, ocupationala sau altele. In mod tipic, tulburarea implica multiple simptome corporale care pot varia in timp. Ocazional exista un singur simptom, mai ales durere sau oboseala, care este asociat cu alte trasaturi ale tulburarii*" (Gureje si Reed, 2016).

In construirea acestei noi categorii, ICD-11 a pornit de la evidenta ca multe sindroame somatice functionale sau tulburari somatoforme apartin unei familii de tulburari care au aceleasi caracteristici: senzatii neplacute si perturbatoare si un comportament de boala specific (Budtz-Lilly si colab., 2015). Ivbijardo si Goldberg (2013) au argumentat ca conceptul de tulburare a suferintei corporale poate usor sa captureze o plaja larga de diagnostice sau sindroame functionale somatice si sa furnizeze o baza pentru formularea unei interventii terapeutice, lucru

care nu se petrecea in cazul "*nihilismului*" terapeutic inerent termenului de simptome inexplicabile medical. Mai mult, Fink si Schroder (2010) noteaza ca terminologia de sindrom al suferintei corporale a fost capabil sa stranga 100% pacientii cu fibromialgie, sindrom de hiperventilatie si sindrom de oboseala cronica si 98% din cei cu sindromul colonului iritabil si 90% pe cei cu durerea precordiala non-coardiaca si alte tulburair somatoforme.

Aceasta evolutie dramatica de la simptomele inexplicabile medical la tulburarea cu simptome somatica sau tulburarea suferintei somatice este pentru multi un progres, in special din punctul de vedere al pacientilor. In camera de consultatii pacientii au oportunitatea de a vorbi deschis despre suferinta lor si de a clama ca ei au autoritatea si accesul la propriul corp si la senzatiile corporale mai bine decat doctorii lor. Atunci cand doctorii afirma ca nu au gasit nimica rau sau ca totul este "in capul lor", pacientii se simt ignorati, tradati si mistificati (Burbaum si colab., 2010).

In tabelul Nr. 6 se prezinta comparativ cele doua noi categorii de tulburari cu simptome inexplicabile medical asa cum au fost formalizate in DSM-5 si ICD-11.

Se poate vedea ca desi DSM-5 face o modificare de substanta, gasesti totusi o filiatie destul de lina fata de celelalte versiuni anterioare si multe din vechile entitati clinice raman incluse, precum tulburarea conversiva sau tulburare falsa. Tulburarea dismorfica nu mai este aici, iar hipocondria este privita ca o anxietate, dar factorii psihologii afectand conditiile medicale sunt inclusi aici.

ICD-11	DSM-5
<b>Tulburarile distresului corporal sau experientei corporale</b>	<b>Tulburarile cu simptome somatice si inrudite</b>
➤ Tulburarea distresului/suferintei corporale	➤ Tulburarea cu simptome somatice
➤ Disforia integritatii corporale	➤ Tulburarea anxietatii fata de propria sanatate
➤ Alte tulburari specificate ale distresului corporal sau experientei corporale	➤ Tulburarea conversiva
➤ Tulburarile distresului corporal sau experientei corporale, nespecificate	➤ Factori psihologici afectand alte conditii medicale
<b>Factorii psihologici si comportamentali afectand tulburari clasificate in alta parte</b>	➤ Tulburarea falsa ( <i>Factitious disorder</i> )
<b>Tulburarile false</b>	➤ Alte tulburari cu simptome somatice sau inrudite
	➤ Tulburarea cu simptome somatice sau inrudite nespecificata
<b>Tulburarile obsesiv-compulsive si inrudite</b>	
➤ Hipocondria	

Tabelul Nr. 6: Tulburarea distresului comporal versus tulburare cu simptome corporale

In schimb, cu toate ca Organizatia Mondiala a Sanatatii clameaza de ani buni ca va face o armonizare intre ICD si DSM, ICD-11 face o modificare radicala si eu consider ca ceasta reflecta tributul platiti psihopatologiei fenomenologice europene (Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty) referitor la diferenta dintre experienta corpului ca obiect si experienta corpul ca ceva trait. Astfel ICD-11 in tauburarea suferintei/distersului corporal vorbeste de corpul suferind, separat, nefericit, sau vorbeste de experienta corporala atunci cand un individ are simptome suparatoare sau cand si-a pierdut integritatea corporala, ca in cazul noi entitati numite disforia integritatii corporale. Hipocondria isi pastreaza numele dar este mutata in clasa tulburarilor obsesiv-compulsive, iar tulburarile false sunt acum o clasa separata, independenta ca si factorii psihologi afectand alte conditii medicale. In final, trebuie sa spun ca am sentimentul ca lucrurile nu vor ramane asa in ICD-11 la capitolul tulburari ale distresului corporale sau a experientei corporale, poate chiar si titulatura aceasta ar putea sa sufere ceva modificari.

### **Bibliografie:**

- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Third Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Fourth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, The Fifth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.
- Bermingham S, Cohen A, Hague J, Parsonage M (2010): .The cost of somatisation among the working population in England for the year 2008–09, *Mental Health in Family Medicine*, 7: 71–84.
- Berrios GE, Markova IS (2006): Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis, in M Blumenfield, JJ Strain (Eds.): *Psychosomatic Medicine*, 1<sup>st</sup> ed., New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brown RJ (2004): Psychological mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An integrative conceptual model, *Psychological Bulletin*, 130(5):793-812.
- Brown RJ (2007): Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions, *Clinical Psychology Review*, 27: 769–780.
- Budtz-Lilly A, Schroder A, Rsk MT et al (2015): Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Family Praactice*, 16: 180-189
- Burbaum C, Stresing AM, Fritzsche K et al (2010): Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions, *Patient Education and Counseling*, 79: 207–217.
- Burton C (2003): Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS), *British Journal of General Practice*, 53: 233-241.

- Bourke JH, Langford RM, White PD (2015): The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation, *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3): 228–236.
- Chalder T, Willis C (2017): “Lumping” and “splitting” medically unexplained symptoms: is there a role for a transdiagnostic approach?, *Journal of Mental Health*, 26 (3): 187-191.
- Chianello T (2010): Somatization and engagement in mental health treatment, Dissertation, Portland State University, Oregon, USA.
- Clarke A (2010): *The Sociology of Healthcare*, 2<sup>nd</sup> ed., Harlow: Pearson
- Cox AP, Ray PL, Jensen M, Diehl AD (2014): Defining “sign” and “symptoms”, <http://ceur-ws.org/Vol-1309/paper4.pdf>
- Creed F, Guthrie E, Fink P, et al. (2010): Is there a better term than ‘Medically unexplained symptoms’? *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 5–8.
- Dantzer R (2005): Somatization: a psychoneuroimmunological perspective, *Psychoneuroendocrinology*, 30: 947–952.
- Deary V, Chalder T, Sharpe M (2007): The cognitive behavioral model of medically unexplained symptoms; A theoretical and empirical review, *Clinical psychology Review*, 27: 781-797.
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, et al (2013): Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM, *Journal of Psychosomatic Research*, 75: 223–228.
- Edwards TM, Stern A, Clarke DD et al (2010): The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature, *Mental Health in Family Medicine*, 7:209–221.
- Eisenberg L (1977): Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9–23.
- Eriksen TE, Risør MB (2013): What is called symptom?, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(1):89-102..
- Escalona R, Achilles G, Waitzkin H, Yager J (2004): PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic *Psychosomatics*, 45(4): 291-296.
- Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M (1989): Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples, *Journal on Nervous and Mental Diseases*, 177(3): 140-146.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB et al (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63.
- Fink P, Rosendal M, Toft T (2002): Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The Extended Reattribution and Management Model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors, *Psychomatics*, 43(2): 93–131.
- Fink P, Schroder A (2010): One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 415–426.
- Fink P, Rosendal M, Toft T, Schroder A (2015); Background, in P Fink, M Rosendal (Eds.): *Functional Disorders and medically Unexplained Symptoms: Assessment and Treatment*, Aarhus, Denmark: Aarhus University Press.

- Fischer S (2015): Aetiopathogenesis and Phenomenology of Medically Unexplained Conditions, Dissertation, Department of Psychology and Psychopathology, University of Marburg, Germany.
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP et al (2001): The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*, 344: 2021-2025.
- Gureje O (2015): Classification of somatic syndromes in ICD-11, *Current Opinion in Psychiatry*, 28: 345-349.
- Gureje O, Reed GM (2016): Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects, *World Psychiatry*, 15(3): 291-292.
- Guthrie E (2008): Medically unexplained symptoms in primary care, *Advances in Psychiatric Treatment*, 14: 432–440.
- Haller H, Cramer H, Romy L, Gustav D (2015): Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care, *Deutsches Arzteblatt International*, 112, 279–87.
- Hatcher S, Arroll B (2008): Assessment and management of medically unexplained symptoms, *British Medical Journal*, 336: 1124-1128.
- Heinrich TW (2004): Medically unexplained symptoms and the concept of somatisation, *Wisconsin Medical Journal*, 103(6): 83-87.
- Helman C (1981): Disease versus illness in general practice, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31: 548–52.
- Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C, Rief W (2011); Terminology, classification and concepts, in F Creed, P Henningsen, P Fink (Eds.): *Medically Unexplained Symptoms, Somatization and Bodily Distress*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hilderink PH, Bernard CEM, van Driel TJW, Olde Rikkert MGM (2008): Medically unexplained symptoms in older adults: a combination of physical, psychiatric and psychological factors, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(23):1305-1309.
- Hiller W, Rief W (2005): Why DSM-III was right to introduce the concept of somatoform disorders, *Psychosomatics*, 46(2): 105-108.
- Hiller W, Rief W, Brahler E (2006): Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41: 704–712.
- Hubley S, Uebelacker L, Eaton C (2014): Managing medically unexplained symptoms in primary care: A narrative review and treatment recommendations, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 20(10): 1-11.
- International Classification of Diseases, 10th Revision, Geneva: World Health Organization.
- Irwin MR (2011): Inflammation at the intersection of behavior and somatic symptoms, *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3): 605-620.
- Ivbijardo G, Goldberg D (2013): Bodily distress syndrome (BDS): the evolution from medically unexplained symptoms (MUS), *Mental Health in Family Medicine*, 10: 63-64.
- Jana AK, Prahara SK, Mazumdar J (2012): Current debate over nosology of somatoform disorders, *Indian Psychiatric Journal*, 21(1): 4-10.
- Jutel AG (2011): *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*, Baltimore: John Hopkins University Press.

- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao DM (2004): Explaining medically unexplained symptoms, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 663-672.
- Kirmayer LJ, Looper KJ (2006): Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress, *Current Opinion in Psychiatry*, 19: 54–60.
- Kirmayer LJ, Robbins JM (1991): Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 647–655.
- Kirmayer LJ, Taillefer S (1997): Somatoform disorders, in SM Turner, M Hersen (Eds.): *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed.), New York: Wiley.
- Kirmayer LJ, Young A (1998): Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives, *Psychosomatics Medicine*, 60:420-430.
- Kroeber AL, Kluckhohn C (1952): Culture: a critical review of concepts and definitions, *Papers of the Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University*, 47(1), MA: Cambridge: Harvard University Press.
- Kroenke K (2003): Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (1): 34-43.
- Kroenke K (2006): Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions, *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 335–339.
- Kurlansik SL, Maffei MS (2016): Somatic Symptom Disorder, *American Family Physician*, 93(1): 49-54A.
- Lazarus RS (1966): *Psychological stress and the coping process*, New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus RS, Folkman S (1984): *Stress, appraisal, and coping*, New York, NY: Springer.
- Lipowsky ZJ (1988): Somatization: the concept and its clinical application, *American Journal of psychiatry*, 145(11): 1358-1368.
- Marks EM, Hunder MS (2015): Medically unexplained symptoms: an acceptable term? *British Journal of Pain*, 9(2): 109-114.
- Marsella AJ (1988): Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings, *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1988;344:7-22
- Martin A, Buech A, Schwenk C, Rief W (2007): Memory bias for health related information in somatoform disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6): 663-671.
- Mayou R (2014): Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 204: 418–419.
- Mechanic D (1986): The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16: 1–7.
- Mezzich JE, Botbol M, Christodoulou GN et al., (2016): Introduction of person-centred psychiatry, in JE Mezzich et al. (Eds.): *Person Centered Psychiatry*, Switzerland: Springer.
- Nater UM, Fischer S, Ehlert U (2011): Stress as a pathophysiological factor in functional somatic syndromes, *Current Psychiatry Review*, 7(2): 152-169.

- Olde Hartman T, Lucassen P, van de Lisdonk E et al (2004): Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome, *British Journal of General Practice*, 54: 922-927,
- Olde Hartman TC (2011): Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation: Cap. 1: Introduction. Department of Primary and Community Care, Radboud University Nijmegen Medical Center, The Netherland.
- Olde Hartman T, Blankenstein N, Molenaar B, et al (2013): NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS), *Huisarts Wet*, 56(5): 222-230.
- Nichter M (1981): Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from India, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 5: 379-408.
- Pennebaker JW (1982): *The psychology of physical symptoms*, New York: Springer.
- Pilowsky I (1987): Abnormal illness behavior, *Psychiatric Medicine*, 5: 85-91.
- Ravenzaaij van J, Olde Hartman TC, van Ravesteijn H et al (2010): Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature, *Mental Health in Family Medicine*, 7:223-231.
- Rief W, Barsky AJ (2005): Psychobiological perspectives on somatoform disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 30: 996-1002.
- Rief W, Broadbent E (2007): Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms, *Clinical Psychology Review*, 27: 821-841
- Rief W, Hiller W, Margraf J (1998): Cognitive aspects in hypochondriasis and the somatization syndrome, *Journal of Abnormal Psychology*, 107: 587-595.
- Rief W, Isaac M (2007): Are somatoform disorders "mental disorders"? A contribution to the current debate, *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 143-146.
- Roelofs K., Spinhoven P (2007): Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts, *Clinical Psychology Review*, 27(7): 798-820.
- Rohleder N (2014): Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress, *Psychosomatic Medicine*, 76(3): 181-189.
- Rolfe A, Burton C (2013): Epidemiology and impact in primary and secondary care, in C Burton (Ed.): *ABC: Medically Unexplained Symptoms*, Chichester: Wiley-Blackwell.
- Rosendal M, olde Hartman TC, Aamlund A et al (2017): "Medically Unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification, *BMC Family Practice*, 18: 18-27.
- Salkovskis PM, Warwick HC (1986): Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis, *Behaviour Research and Therapy*, 24: 597-602.
- Sharp TJ, Harvey AG (2001): Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21: 857-877.
- Sharpe D, Faye C (2006): Non-epileptic seizures and child sexual abuse: A critical review of the literature, *Clinical Psychology Review*, 26: 1020-1040.
- Sharpe M, Mayou R, Walker J (2006): Bodily symptoms: New approaches to classification, *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 353-356.

- Sharpe M (2013): Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained', *The British Journal of Psychiatry*, 203: 320–321.
- Stenkopf L (2015): The signalling theory of symptoms: An evolutionary explanation of the placebo effect, *Evolutionary Psychology*, 13(3): 1-12.
- Stone J, Wojcik W, Durrance D et al (2002): What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend", *British Medical Journal*, 325(7378): 1449-1450.
- Stone J, Reuber M, Carson A (2013): Functional symptoms in neurology: mimics and chameleons, *Practical Neurology*, 13: 104–113.
- Sumathipala A, Siribaddana S, Mangwana S, de Silva P (2006): *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Practical Guide*, Forum for Research and Development, Colombo, Sri Lanka.
- Tiokhin L (2016): Do symptoms of illness serve signalling functions? (hint: yes), *The Quarterly Review of Biology*, 91(2): 177-195.
- Waller E, Scheidt CE (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective, *International Review of Psychiatry*, 18(1): 13–24.
- Verkuil B, Brosschot JF, Thayer, JF (2007): A sensitive body or a sensitive mind associations among somatic sensitization, cognitive sensitization, health worry, and subjective health complaints, *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6): 673-681.
- Vogeley K, Roepstorff A (2009): Contextualizing culture and social cognition, *Trends in Cognitive Sciences*, 13(12): 511- 516.
- Waller E, Scheidt CE (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective, *International Review of Psychiatry*, 18(1): 13–24.
- Wessely S, White PD (2004): There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 185: 95 – 96.
- Wilkinson K (2013): *Investigating Difficulties in Emotion Regulation in Medically Unexplained Symptoms*, Dissertation, Department of Psychology, University of Sheffield, England.
- Witthoft M, Hiller W (2010): Psychological approaches to origins and treatment of somatoform disorders, *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 257-283

Timisoara, 06 Noiembrie, 2018