

# PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES

## Revisão da Epidemiologia nos Cuidados Primários de Saúde

Cristina FABIÃO, Maria Carolina SILVA, Manuela FLEMING, António BARBOSA

### RESUMO

**Objectivo:** Os valores da prevalência encontrados para a somatização dependem das classificações nosográficas empregues, dos instrumentos de medida utilizados e dos contextos onde a colheita de dados for efectuada. O objectivo do estudo foi comparar os valores de prevalência encontrados nos Cuidados Primários de Saúde (CP) para a somatização e as perturbações somatoformes (PSF).

**Método:** Foi feita uma revisão sistemática dos estudos em que foram estimadas prevalências de somatização nos CP, desde Julho de 1998 até Junho de 2009. As palavras-chave da pesquisa, na PubMed, foram: somatoform disorders; somatization; somatisation; medically unexplained symptoms; MUS; functional somatic symptoms, tendo sido feito o cruzamento de cada uma destas palavras-chave com primary care. Foi elaborada uma grelha para selecção dos artigos. Os critérios de inclusão dos estudos compreendiam aspectos relacionados com a metodologia e os instrumentos empregues (utilização de entrevista) e a definição clara dos sintomas medicamente não explicados, entre outros.

**Resultados:** Foram incluídos 12 estudos de prevalência e um estudo de meta-análise. Os valores encontrados para a prevalência total das PSF foram bastante díspares, considerando os vários estudos, situando-se entre 12% e 57.9%. O mesmo aconteceu no que se refere à Perturbação de Somatização, com valores entre 0.5% e 16.1%, passando por uns 10.1%, referidos num estudo, com os critérios muito restritivos da ICD-10. Os resultados foram mais homogéneos para a somatização definida com critérios mais abrangentes, apresentando o Somatic Symptom Index 4,6 valores na ordem dos 20%, na quase maioria dos estudos seleccionados que estimaram a prevalência segundo este critério. Na maior parte dos estudos as PSF aumentam o risco relativo para outras perturbações mentais (perturbações depressivas e de ansiedade). Alguns estudos concluem pela relativa independência da somatização em relação àquelas perturbações, atestada pela existência de um efeito específico e cumulativo da somatização (relativamente às perturbações depressivas e de ansiedade) sobre o nível de incapacidade e de limitações funcionais bem como sobre o nível do consumo de recursos nos CP.

**Conclusão:** A última década proporcionou um conjunto de novos estudos que permitem conhecer melhor a extensão da somatização nos CP, sobretudo na Europa e na América do Norte, e ter uma ideia mais fundamentada das necessidades ao nível dos serviços e da investigação, no âmbito referido.

C.F., M.C.S., M.F.: Departamento de Ciências do Comportamento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto  
A.B.: Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa

© 2010 CELOM

### SUMMARY

#### SOMATOFORM DISORDERS

##### A Revision of the Epidemiology in Primary Health Care

**Aim:** The prevalence of somatization is dependent on the classification methods and measures used to define it and the context from which the collected data are gathered.

The aim of this study was to compare the prevalence of somatization and Somatoform Disorders (SFD) in Primary Health Care.

Method: A systematic review of the studies of the prevalence of somatization and SFD in PC (Primary Care) was made, from July 1998 to June 2009. The key words of this investigation, in Pub Med, were; somatoform disorders; somatization; somatisation; medically unexplained symptoms; MUS; functional somatic symptoms, the link with each of these key words having been made to Primary Care. A grid was drawn up for the selection of each article. The criteria for the inclusion of the studies took into account aspects related to the methodology and the instruments used (use of interview) and the clear definition of medically unexplained symptoms, amongst others.

Results: Twelve studies with prevalence values in a PC setting and 1 study of meta-analysis were selected. The values found for the total prevalence of SFD were extremely disperse, taking into consideration the various studies, being between 12% and 57.9%. The same results were found in relation to somatization disorder (between 0.5% and 16.1%) with 10.1%, referred to one study, following the very restrictive criteria of ICD-10. Results were more homogeneous for somatization defined by more abridged criteria, the Somatic Symptom Index 4.6 (SSI4,6) presenting values around 20% in almost the majority of selected studies that estimate the prevalence following this criteria. In the great majority of the studies, SFD increased the relative risk of other mental disorders (depressive and anxiety disorders). Some studies concluded that there was a relative independence of somatization in relation to those disorders, certified by the existence of a specific and cumulative effect of somatization (in relation to depressive and anxiety disorders) on the level of disability and of functional limitations as well as the level of use of resources in PC.

Conclusion: This last decade has enabled a group of new studies that allow us to understand the extent of somatization in PC, especially in Europe and North America, and to have a more clearly based idea of the needs at service level and investigation level, within the referred area.

## INTRODUÇÃO

Os valores da prevalência encontrados para a somatização dependem das classificações nosográficas empregues, dos instrumentos de medida utilizados e dos contextos em que a colheita de dados for efectuada.

Embora não haja evidência de variação cultural, de país para país, nos aspectos que à somatização dizem respeito, na Europa<sup>1</sup> o mesmo não parece ser o caso quando se analisam as diferenças transnacionais, relativamente à ansiedade somática, em estudos que envolvam outros continentes<sup>2</sup>. Assim, as comparações dos valores de prevalência encontrados em países fora do continente europeu, devem ser olhadas com precaução.

## MATERIALE MÉTODOS

Foi feita uma revisão sistemática dos estudos em que foram estimadas prevalências de somatização e PSF, nos cuidados de saúde primários (CP), desde Julho de 1998

até Junho de 2009 (para estudos anteriores pode consultar-se a revisão sistemática de Creed e Barsky)<sup>3</sup>.

As palavras-chave da pesquisa, na PubMed, foram: somatoform disorders; somatization; somatisation; medically unexplained symptoms; MUS; functional somatic symptoms. Foi feito o cruzamento de cada uma destas palavras-chave com primary care e com population (os resultados obtidos relativamente aos estudos na população não são mostrados).

Os Critérios de Inclusão aplicados, num primeiro momento, aos estudos encontrados foram os seguintes:

1. Incluírem dados directos de amostras de somatizadores, não previamente seleccionadas a partir de outras amostras (serem estudos primários).
2. Incluírem dados de meta-análises ou revisões sistemáticas sobre prevalência de somatização.
3. Artigos escritos em inglês.
4. A distinção entre sintomas físicos e sintomas medicamente não explicados deveria ter sido assegurada utilizando método claramente exposto.
5. Com excepção da Perturbação de Somatização, os

estudos de prevalência de apenas uma das categorias diagnósticas que integram a secção de PSF, não foram considerados (por exemplo, estudos de prevalência unicamente da Perturbação Dismórfica Corporal ou da Dor, etc.).

A grelha de critérios para incluir os artigos compreendia ainda itens particulares relativos aos participantes, tipo de estudo, de amostra e de instrumentos empregues:

GRELHA DE CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DO ESTUDO	
<b>Participantes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. com idade a partir dos 18 anos; não foram incluídos estudos especificamente sobre grupos etários particulares.</li> <li>2. dos CP.</li> </ol>
<b>Intervenção</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. rastreio de: PSF, como um grupo geral; Perturbação SSI4,6; MSD (Multisomatoform Disorder)</li> <li>2. diagnóstico: categorial de PSF (como um grupo); SSI4,6; MSD.</li> </ol>
<b>Desenho/Amostra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. nos CP (doentes consecutivos) ou representativa da população que recorre aos CP.</li> <li>2. transversal;</li> <li>3. longitudinal ou de follow-up (analisando os dados da amostra da primeira avaliação do estudo considerado).</li> <li>4. para validação de instrumentos.</li> </ol>
<b>Instrumentos</b>	Avaliação dos critérios de PSF das DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10, SSI4,6 e MSD, utilizando, pelo menos em parte da amostra, uma entrevista.

**NOTA:** Na análise dos estudos incluídos foi assumida como pergunta condutora da pesquisa a de saber se a somatização (definida categorialmente) e as PSF apresentavam especificidade em relação às Perturbações Depressivas e de Ansiedade, nos estudos em que as prevalências destas perturbações comórbidas eram também estimadas.

## RESULTADOS

Foi feita uma primeira análise, através do título e, em alguns casos do resumo, de 1401 artigos (considerando não só os estudos nos CP, mas também na população, estes últimos não analisados neste trabalho). Em seguida, pela leitura atenta dos resumos e, em boa parte dos casos, do artigo integral, e empregando a grelha dos critérios de inclusão, foram seleccionados 65 artigos, tendo sido incluídos alguns artigos relevantes para a compreensão da metodologia dos estudos de prevalência, embora não contivessem resultados com valores de prevalência.

Estes 65 artigos foram escalpelizados, a partir do texto integral, quanto aos critérios de distinção entre sintomas medicamente explicados e inexplicados, bem como ao tipo de entrevista (se incluía itens também para as PSF ou unicamente para as perturbações depressivas e de ansiedade).

Finalmente, aplicando aos critérios definidos, foram incluídos na revisão 12 estudos realizados nos CP, para análise aprofundada. E um estudo de meta-análise sobre sintomas medicamente não explicados, ansiedade e depressão, não restrito aos CP.

### Prevalências

As várias classificações utilizadas para definição de somatização e PSF, a operacionalização/instrumentos es-

colhidos, as características fundamentais das amostras estudadas e os valores de prevalência de somatização e de PSF encontrados nos estudos, constam do Quadro 2.

As estimativas da prevalência de **Perturbação de Somatização** constantes dos estudos realizados em unidades de cuidados primários de saúde são escassas e baixas, para os critérios da DSM-IV. De Waal *et al* reportam a prevalência de 0,5%<sup>4,5</sup> e Lynch *et al* a de 0,8%<sup>6</sup>. Contudo, seguindo os mesmos critérios, num estudo em que o diagnóstico é feito pelos clínicos gerais, realizado na Bósnia-Herzegovina, é encontrado um valor de 16,1%<sup>7</sup>, facto que os autores entendem ser justificável, dadas as sequelas da guerra, recentemente ocorrida naquela região. Outros autores<sup>8</sup> referem valores tão altos quanto 10,1%, com os critérios da ICD-10 (os mais restritivos).

Quando são consideradas as **Perturbações Somatoformes**, no seu conjunto, e tendo em conta os critérios da DSM-IV, as estimativas oscilam entre 16,1%, sem a Perturbação Somatoforme sem outra especificação (PSFSOE)<sup>4</sup> e 28,8%<sup>9</sup> se se considerava também este último diagnóstico. Utilizando os critérios da ICD-10, Fink *et al*<sup>10</sup> obtiveram os valores de 57,5% e 30%, respectivamente, integrando ou não a PSFSOE e Toft *et al*<sup>8</sup> relataram a estimativa de 35,9% para prevalência pontual das PSF, utilizando os critérios da ICD-10. Estes autores, porém, integraram nas PSF, as perturbações dissociativas com sintomas somatoformes (do grupo F 44.4 em diante).

Quadro 2 – Prevalência das perturbações somoformes nos PC

Estudo/Data/Local	Desenho N	Avaliação do Sint. Somatof. (actual ou tav)	Definição de PSF (Pert.Somat.)	Prevalência PSF	Observações/ Limitações
Garcia-Campayo J et al <sup>22</sup> 1998 Espanha	Transversal	GHQ 28 SPPI	Somatiz. func., Somatiz. apresent. e hipocondria 25	21.3%	Critério de somatiz inclui hipoc., pert. ansiosas e dep.
Fink, P. et al <sup>10</sup> 1999 Dinamarca	Transversal 1ª fase: 191 2ª fase: 90 (amostra estratíf.)	1ª : SCL-90 (25 itens) 2ª : SCAN 1 questão ao CG	DSM-IV/ ICD-10	<b>P. Indif.:</b> -DSM-IV: <b>27,3%</b> -ICD-10: 7,1% <b>PSFSOE: 29,93%</b> (DSM-IV) <b>Total: (ICD-10): 57,5%</b> (c/ PSFSOE); <b>30%</b> (s/ PSFSOE)	DSM IV e ICD-10 - completamente discordantes nas pert. da dor e hipoc.
Lynch, D. et al <sup>6</sup> 1999 EUA	Transversal 1ª fase: 172 2ª fase: 119	1ª : Secção de somatiz da DIS c/ e s/ mod. de Bucholz 2ª : Análise dos processos clínicos (para o nº de consultas)	DSM-IV; DSM-IV (mod. Bucholz); SSI4,6 DSM-IV-PC:-MSD DSM-IV (indif.);	<b>P. Indif.: 79%</b> -P. Somatiz.: <b>0.8%</b> P.Somatiz. c/ mod Bucholz: <b>8%</b> SSI4,6: <b>6%</b> MSD: <b>24%</b>	Só os diagnost de Pert.Somatiz. (c/ ou s/ mod de Bucholz) discriminavam os d. que iriam utilizar + os serv.
Allen, L. et al <sup>11,20</sup> 2001 EUA	1 455 pacientes novos	CIDI (DSM-III-R): 1 455	SSI4,6	SSI4,6: <b>22%</b> (tav)	Somatiz. c/ P. Dep e de Ans têm significativa-mente mais Incapacidade que doentes só com P. Dep. e de Ans. Somatizadores c/ Dep. e Ans. não estavam mais deprimidos q/ os dep. e ansiosos s/ somatização.
Becker, S. et al <sup>23</sup> 2002 Arábia Saudita	Transversal	1ª : PHQ: 431 2ª : SCID-R: 173	DSM-IV (PRIME-MD)	MSD: <b>19.3%</b>	Estudo de validação do PHQ para a Arábia Saudita
Gureje, O <sup>2</sup> 2004 14 países	Follow-up (1 ano) 1ª fase: 25 916 2ª fase: 5447 (sobre-represent. dos estratos c/ pontua-ções altas no GHQ-12)	1ª : GHQ-12 2ª : CIDI	ICD-10 SSI4,6 (1989)	P. Dor: <b>21,5%</b> P. Hipoc.: <b>0,8%</b> P. Somatiz.: <b>2,8%</b> SSI4,6: <b>19,7%</b>	

Waal, M. et al <sup>4</sup> 2004 Holanda	Transversal 1ª fase: 1046 2ª fase: 473	1ª:PSC (55 sint. actuais da DSM-III) 2ª:SCAN 2.1	DSM-IV	P. Indif.: <b>13,1%</b> P. Conv.: <b>0,2%</b> P.hipoc.: <b>1,1%</b> P.somatiz.: <b>0,5%</b>  Total: <b>16,1%</b>	Regras hierárquicas de diagn. da DSM-IV entre perturbações dep., de ansiedade e somatoformes não foram seguidas. Dentro dos grupos diagnósticos, foram respeitadas.
Lynge, I. et al <sup>13</sup> 2004 Gronelândia	Transversal 376 escolhidos aleatoriamente 100 entrevistados	1ª : 376 2ª : 100 (rastreados com GHQ-12);SCAN	ICD-10	Total: <b>22,3%</b>	Total inclui F 44.7, 45, 48 (P. Dissociativas).
Jackson, J et al <sup>12</sup> 2005 EUA	Follow-up 500 (doentes consecut. c/ sint. físicos)	1ª : PHQ-15 2ª : PRIME-MD	DSM-IV (PRIME-MD) MSD	Total: <b>12%</b> MSD: <b>5%</b>	PSF c/ significativa/ + psicopatologia que os não somatiz. P. dep e de ansied não estavam associadas c/ somatiz.
Toft, T. et al <sup>8</sup> 2005 Dinamarca	Transversal 1ª fase: 1785 2ª fase: 701 (am. estratificada) casos c/ «novos sintomas»	1ª: Secção de somatiz. (SCL) e SCL-8 2ª: SCAN	ICD-10	P. Somatiz.: <b>10,1%(actual)</b> Total: <b>35, 9%</b>	Foram contabilizados apenas as 1ªs marcações: estes n°s podem induzir a conclusão que estes doentes se apresentam em situações agudas e não crónicas.
Broers, T. et al <sup>16</sup> 2006 Bosnia-Herzegovina	1285 (mais de 50 centros)	1ª: PHQ 2ª: Entrevista CG: para a P. de Somatiz.): 1285	DSM-IV	P. Somatiz.: <b>16.1%</b>	
Jackson, J et al <sup>24</sup> 2008	Follow-up 500 (doentes consecut. c/ sint. físicos)	1ª : PHQ-15 2ª : PRIME-MD	DSM-IV (PRIME-MD) MSD	MSD: <b>8%</b>	Trata-se da mesma amostra de 2005
Roca, M. et al <sup>9</sup> 2009 Espanha	1925 CG seleccionaram 4 doentes cada: 7936	1ª: CG 2ª: PRIME-MD		Total: <b>28.8%</b> (c/ PS SOE) MSD: <b>14.0%</b>	

Tav – toda a vida

MSD – Multisomatoform Disorder

SSI4,6 – Somatic Symptom Index

CIDI – Composite International Diagnostic Interview

SCID – Structured Clinical Interview for DSM-IV

SPPI – Standardized Polyvalent Psychiatric Interview

PRIME-MD – Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PHQ – Physical Health Questionnaire

GHQ – General Health Questionnaire

SCAN – Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

PSC – Physical Symptom Checklist

Total – Prevalência total das PSF

c/ mod Bucholz – com modificação de Bucholz

CG – Clínicos Gerais

Aplicando o critério do SSI4,6 aos somatizadores que procuram consulta médica, nos CP, os estudos referem valores entre 6% (6) e 22%<sup>11,12</sup>. O estudo multicêntrico, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2) refere a estimativa global de 19,7%, para o SSI4,6, embora com grandes variações entre os locais com valores limite de 7.6% para Ibadan e de 36.8% para Santiago do Chile.

### Diferenças por sexo

A maioria dos estudos reporta prevalências mais altas para mulheres. Com os critérios da MSD, Roca et al<sup>9</sup> encontraram valores significativamente diferentes para mulheres e homens (16.7% vs 9.7%) e Toft et al<sup>8</sup> concluem que mais mulheres que homens apresentavam P. de Somatização (ICD-10) e Neurastenia. Num estudo realizado na Gronelandia, as estimativas de prevalência são também mais altas nas mulheres (23.8% vs 9.9%)<sup>13</sup>.

Contudo, noutros estudos, não são encontradas prevalências diferentes, consoante os sexos<sup>4</sup>.

### Comorbilidades

Num estudo de meta-análise<sup>14</sup> em que foram incluídos 244 estudos (sendo 39 nos CP e 20 na população geral), as perturbações depressivas e ansiosas acompanhavam (embora não sempre) as síndromes somáticas funcionais (síndromes do cólon irritável, de fadiga crónica, fibromialgia, dispepsia não ulcerosa) embora a evidência desta associação em relação aos sintomas medicamente inexplicados fosse limitada. A depressão *major* estava presente em 58.9% dos doentes com PSF e em 40.9% dos que apresentavam PSF com critérios mais abrangentes. Verificou-se igualmente nesta meta-análise que os pacientes com PSF têm uma maior comorbilidade com perturbação de pânico do que aquela que apresentam os doentes com PSF com critérios menos restritivos (SSI4,6, MSD).

No estudo multi-cêntrico patrocinado pela OMS, os indivíduos com PSF apresentaram significativamente um maior risco de ter depressão (de acordo com os critérios da ICD-10) e síndrome de ansiedade generalizada<sup>15</sup>. Noutro estudo concluiu-se que existia uma associação altamente significativa das PSF com perturbações de ansiedade<sup>8</sup>.

Noutro estudo de prevalência, usando os critérios da DSM-IV, a comorbilidade das PSF com as perturbações de ansiedade e depressivas era três vezes superior ao esperado para a população estudada<sup>4</sup> e 17% dos indivíduos com PSF tinha uma perturbação depressiva, sendo que a mesma percentagem de sujeitos com PSF tinha uma perturba-

ção de ansiedade. Jackson e Passamonti, utilizando o critério da MSD, encontraram igualmente dados que permitiram concluir que existia uma maior risco relativo, por parte dos pacientes com MSD, de terem outras perturbações mentais<sup>12</sup>.

### Especificidade

Alguns dos estudos incluídos na revisão procuraram investigar se a somatização é independente em relação às perturbações comórbidas, isto é, se é uma entidade com especificidade, discriminável, em relações às perturbações depressivas e de ansiedade. Waal et al<sup>4</sup> verificaram que os sintomas e as limitações funcionais dos doentes com PSF se agravam quando está presente comorbilidade com perturbações depressivas e de ansiedade: as PSF têm efeitos cumulativos em relação aos efeitos das perturbações comórbidas. Noutro artigo, a mesma autora et al<sup>5</sup> concluem que mesmo a perturbação somatoforme indiferenciada tem um impacto independente no uso dos recursos do sistema de saúde por parte dos pacientes, traduzido em 30% de consultas a mais.

Os resultados do estudo da OMS, realizado em 14 países, permitiram concluir que a persistência dos sintomas inexplicados medicamente não estava relacionada com a depressão<sup>16</sup> e que havia uma associação entre o número dos sintomas somatoformes reportados e o número de dias passados com limitações funcionais, no último mês<sup>15</sup>.

Já anteriormente tinha sido reportado que a MSD tinha um efeito independente (em relação às patologias comórbidas) numa série de variáveis relacionadas com incapacidade e limitações funcionais<sup>17</sup> e, posteriormente, outros autores, relataram conclusões semelhantes<sup>18</sup> que conferem validade externa relativamente segura ao conceito de somatização e PSF. Conclusões idênticas foram retiradas pelos autores de outros estudos<sup>11,12</sup>, havendo autores que concluíram que os somatizadores (de acordo com os critérios do SSI4,6), com perturbação depressiva ou de ansiedade simultâneas, não estavam mais deprimidos do que os deprimidos e ansiosos sem somatização<sup>11</sup>, permitindo defender a especificidade da somatização em relação à depressão.

O número de sintomas e o tipo de órgão/sistema envolvido pelos sintomas medicamente inexplicados, nas análises efectuadas por alguns investigadores, mostraram acrescentar especificidade e valor predictivo ao conceito de somatização<sup>19</sup>. Com efeito, em estudos e artigos de revisão posteriores foi referido o facto de a estabilidade do diagnóstico de somatização aumentar com o agrupamento de sintomas em síndromes<sup>20,21</sup>.

## CONCLUSÃO

As diferentes formas de operacionalizar o conceito de somatização e o uso de diferentes sistemas classificativos serão os factores mais relevantes a dificultar esta comparação de resultados de prevalência entre os estudos. Os valores díspares de prevalência que foram encontrados, nesta revisão, decorrerão, em parte, do uso de classificações e critérios diversos, como salienta um dos artigos seccionado<sup>6</sup>. Mesmo para a entidade clínica definida de forma mais estrita, a P. de Somatização, a DSM-IV e a ICD-10 apresentam critérios diferentes: esta última não inclui os sintomas pseudo-neurológicos (que, nesse sistema, fazem parte das P. Dissociativas) apresentando valores de prevalência, por regra, mais baixos, para a P. de Somatização, do que os valores da DSM-IV. A P. de Somatização, segundo a DSM-IV, será mais prevalente também porque os critérios não incluem, como acontece na ICD-10, a necessidade e pedido repetidos de investigações médicas tranquilizadoras<sup>10</sup> (Comportamento Anormal de Doente). Contudo, um dos estudos apresenta uma prevalência de 10% para esta perturbação segundo a ICD-10.

Os valores de prevalência da forma abrangente de somatização, pelo SSI4,6, apresentam-se como relativamente estáveis, em torno dos 20%, através dos vários tipos de estudo considerados e através das diferentes regiões onde os mesmos foram levados a cabo.

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

### Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. WITTCHEN H-U, JACOBI F: Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;5:357-376
2. GUREJE O: What can we learn from a cross-national study of somatic distress? *J Psychosom Res* 2004;56:409-412
3. CREED F, BARSKY A: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004;56:391-408
4. DE WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH: Somatoform Disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Brit J Psychiatry* 2004;184:470-6
5. DE WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, VAN HEMERT AM: Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008;9:5 doi:10.1186/1471-2296-9-5
6. LYNCH DJ, MCGRADY A, NAGEL R, ZSEMBIK C: Somatization in Family Practice: Comparing 5 Methods of Classification. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1(3):85-9
7. BROERS T, HODGETTS G, BATIC-MUJANOVIC O, PRETROVIC V, HASANAGIC M, GODWIN M: Prevalence of Mental and Social Disorders in Adults Attending Primary Care Centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006;47(3):478-484
8. TOFT T, PER FINK, OERNBOEL E, CRISTENSEN K, FROSTHOLM L, OLESEN F: Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35: 1175-84
9. ROCA M, GILI M, GARCIA-GARCIA M et al: Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009;doi: 10.1016/j.jad.2009.03.014
10. PER FINK, SORENSEN L, ENGBERG M, HOLM M, MUNK-JORGENSEN P: Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics* 1999;40:330-8
11. ALLEN LA, GARA MA, ESCOBAR JI, WAITZKIN H, SILVE RC: Somatization: a Debilitating Syndrome in Primary Care. *Psychosomatics* 2001;42:63-7
12. JACKSON JL, PASSAMONTI M: The Outcomes among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005;20(11):1032-7
13. LYNGE I, MUNK-JORGENSEN P, PEDERSEN AL, MULVAD G, BJERREGAARD P: Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63:377-383
14. HENNINGSEN P, ZIMMERMANN T, SATTEL H: Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: a Meta-Analytic Review. *Psychosom Med* 2003;65:528-533
15. GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB, GOLDBERG DP: Somatization in Cross-Cultural Perspective: a World Health Organization Study in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997;154: 989-995
16. GUREJE O, SIMON GE: The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 1999;29:669-676
17. KROENKE K, SPITEZR RL, deGRURY FV et al: Multi-somatoform Disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for somatizing patient in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(4):352-8
18. BARSKY AJ, ORAV J, BATES DW: Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):903-910
19. ESCOBAR JI, WAITZKIN H, SILVER RC, GARA M, HOLMAN A: Abridged Somatization: a Study in Primary Care. *Psychosom Med* 1998;60(4):466-472
20. LEIKNES KA, FINSETA A, MOUMA T, SANDANGER I: Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006;61:169-179
21. RIEF W, ROJAS G: Stability of Somatoform Symptoms – Implications for Classification. *Psychosom Med* 2007;69(9):864-9
22. GARCIA-CAMPAYO J, LOBO A, PÉREZ-ECHEVERRIA MJ: Three Forms of Somatization Presenting in Primary Care Settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(9):554-560
23. BECKER S, KHALID AL ZAID, EIAD AL FARIS: Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: A validation study

of the PHQ in primary care. *International J Psychiatry Med* 2002; 32(3):271-283

24. JACKSON JL, KROENKE K: Prevalence, impact and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-

up study. *Psychosom Med* 2008;70(4):430-4

25. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(11):647-655