

Perfiles psicopatológicos de la Fibromialgia y la Cefalea de tipo tensional crónica. Comparación con el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado

Ariel D. Falcoff¹

1. Médico Especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina (UBA)

Secretario del Comité de Docencia e Investigación (CODEI) del Hospital "T. Álvarez", CABA, Argentina.

E-mail: afalcoff@yahoo.com.ar

Resumen

La Fibromialgia y la Cefalea de tipo tensional crónica son dos de los trastornos funcionales con mayor prevalencia. Ambas parecen implicar relaciones con procesos de la esfera psicopatológica. Sin embargo, han sido poco estudiados desde la psiquiatría. Este trabajo de investigación observacional descriptiva, con población consultante del Hospital "T. Álvarez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, focaliza en ciertas variables psiquiátricas y psicológicas elegidas a efectos de su investigación. Los resultados son comparados con las de una muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, proveniente del servicio de Salud Mental de dicho hospital. La investigación mostró afectación de distintas variables (Ham A; Ham D; subescala de somatización de SCL 90 y escalas clínicas del test MMPI II). Se observó la existencia de regularidades a través de los tres grupos de pacientes en las variables mencionadas. Se infiere, a partir de los resultados obtenidos, la existencia de un perfil psicométrico común, tanto para los dos cuadros médicos funcionales, como para los pacientes somatizadores de la muestra de Salud Mental.

Palabras clave: Síntomas no explicados médicamente - Trastornos funcionales médicos - Somatización - Fibromialgia - Cefalea tensional - Trastorno Somatomorfo Indiferenciado.

PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILES IN FIBROMYALGIA AND CHRONIC TENSIONAL TYPE HEADACHE. COMPARISON WITH UNDIFFERENTIATED SOMATOFORM DISORDER

Abstract

Fibromyalgia and Tensional Headache are two of the most prevalent functional disorders. Both seem to imply relationships with processes of the psychopathological sphere. However, they have been little studied since Psychiatry. This descriptive observational research work, with a consulting population of the "T. Álvarez" Hospital, Buenos Aires city, Argentina, focuses on certain psychiatric and psychological variables chosen for this purpose. The results are compared with those of a sample of patients diagnosed with Undifferentiated Somatoform Disorder, from the Mental Health service. The investigation showed affectation of different variables (Ham A, Ham D, subscale of somatization of SCL 90 and clinical scales of the MMPI II test). The existence of regularities was observed through the three groups of patients in the aforementioned variables. The existence of a certain common psychometric profile is hypothesized, both for the two functional medical tables and for the somatizing patients of the Mental Health sample.

Keywords: Medically Unexplained Symptoms - Medical Functional Disorders - Somatization - Fibromyalgia - Tensional Headache - Undifferentiated Somatoform Disorder.

Introducción

En el año 2006, Francis Creed (un conocido autor, muy relacionado con la práctica y la investigación en psiquiatría de enlace) ironizaba en el título de un artículo de opinión, diciendo: “¿Debe la psiquiatría seguir ignorando la somatización y la hipocondría?”. Explica en el texto la llamativa pregunta: “... la psiquiatría tiende a ignorar su posibilidad de auxiliar eficazmente a las otras especialidades en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes” (1).

Veremos que las palabras de Creed resultarán ilustrativas de las motivaciones que resuenan por detrás del presente trabajo.

Antecedentes

En la literatura de diversas disciplinas médicas se suele denominar “*Síntomas no Explicados Médicamente*” (SNEM) a quejas físicas que permanecen sin una explicación médica completa, luego de una apropiada evaluación diagnóstica. Ciertas combinatorias de síntomas físicos que no alcanzan esta adecuada explicación médica han sido agrupadas sindromáticamente por varias especialidades, dando lugar a cuadros denominados genéricamente Síndromes Somáticos Funcionales (SSF).

La Fibromialgia (FM) y la Cefalea Tipo Tensional (CTT) son dos de los SSF más estudiados y con mayor prevalencia en población general.

La Fibromialgia es descripta como un trastorno caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso crónico y síntomas diversos asociados, como rigidez articular, trastornos del estado de ánimo, fatiga, e insomnio; siempre en ausencia de causas orgánicas subyacentes (2, 3). Los síntomas se acompañan de la presencia de los denominados “puntos dolorosos”, áreas anatómicas específicas, predecibles y sensibles a la palpación. El diagnóstico de la FM es clínico, por la falta de una prueba objetiva analítica, de imagen o anatomopatológica específica. Su prevalencia en la población general oscila entre el 0,66% y 3,9%, (4).

Se ha observado una regular asociación del cuadro con la presencia de *estrés emocional significativo*. La bibliografía resalta la dificultad para determinar si los trastornos emocionales actúan como factores de riesgo, precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o el empeoramiento de la Fibromialgia (5, 6).

Ciertos estudios se han focalizado en términos de afectación de variables de modelos dimensionales de la personalidad. Algunos de ellos han planteado la utilización como herramienta descriptiva de las escalas clínicas del MMPI (7, 8), las cuales hemos utilizado como unos de los descriptores en el presente trabajo.

Por su parte, la Cefalea Tipo Tensional (CTT) es la forma más común de cefalea primaria, siendo un cuadro con gran variabilidad respecto a su frecuencia, duración y severidad. Cuando se presenta en forma de crisis esporádicas, suele ser bien tolerada y no moti-

var siquiera una consulta. La clínica de la CTT es poco específica, y determinada por características negativas respecto a otras formas de cefalea. El dolor se caracteriza por no ser localizado ni pulsátil, no agravado por la actividad y no ser demasiado severo. Es de tipo opresivo o bien como una “pesadez”, en forma de banda y bilateral. No se suele ver asociado a otros síntomas neurológicos, autonómicos o migrañosos severos (9). Así como ocurre en la Fibromialgia, su diagnóstico implica el descarte de otros cuadros “mejor explicables” médicamente (10). Debido a la alta prevalencia de la CTT, se considera que da cuenta de la mayor parte del impacto socioeconómico de las cefaleas en general (11).

Cuando se manifiesta en su forma crónica (CTTc), es decir, más de 15 días al mes, o más de 180 días al año, genera además gran compromiso de la calidad de vida (12). A este último grupo pertenecen los pacientes reclutados para el estudio.

Se sabe que el estrés psíquico favorece los episodios de CTT, pero se desconoce cuál es el exacto mecanismo por el cual esto ocurre (10,13). Torelli y col. (14) plantean la hipótesis de que en la CTT, la cefalea podría ser “representante de un inapropiado modo de comunicar de quien la sufre, el discomfort subjetivo causado por una inadecuada relación entre su perfil de personalidad y los eventos de su vida”. Un corolario llamativamente similar a la propia definición del proceso de *somatización*, tal cual es considerada desde el punto de vista psicopatológico (15). Ello no resulta de ninguna manera sorprendente, si tenemos en cuenta que la propia categoría general de *síntomas no explicados médicamente* forma también un aspecto fundamental de la definición de muchos de los así llamados *Trastornos Somatomorfos* CIE 10 (16) y DSM IV (17), los cuales entroncan, a su vez, con el propio concepto psicopatológico de *somatización*.

De hecho, diferentes autores han considerado que la mencionada categoría de los Trastornos Somatomorfos (T.S.) implica aspectos de superposición con la de *síndromes médicos funcionales* (18,19,20).

En nuestro caso, y a los efectos de seleccionar un cuadro representativo de los T.S. (y del propio concepto psiquiátrico de somatización), hemos tomado para el estudio el diagnóstico *Trastorno Somatomorfo Indiferenciado*, categoría que fuera introducida en las clasificaciones DSM IV e ICD 10 para abarcar pacientes que presentan manifestaciones físicas no explicadas médicamente y que duran más de 6 meses, sin cumplir criterios de Trastorno de Somatización. A pesar de ser una categoría denominada “residual”, es la de presentación más frecuente entre los cuadros de somatización (21).

Objetivos

El presente trabajo pretende ubicar descriptores psicopatológicos que puedan servir para ratificar o rectificar el supuesto teórico de que existiría una relación entre ciertos síndromes somáticos funcionales (SSF) y

los cuadros somatomorfos descriptos por la psiquiatría. Se eligió trabajar específicamente con Fibromialgia (FM) y Cefalea Tipo Tensional Crónica (CTTc). Desde la esfera de los cuadros somatomorfos, se tomó al Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI).

El estudio se focalizó en dimensionar aspectos psicopatológicos que pudieran estar presentes en pacientes con los diagnósticos mencionados y, en caso que los hubiera, ubicar la existencia de regularidades o aspectos comunes entre las variables en estudio a través de los tres diagnósticos mencionados.

Materiales y Método

Todos los pacientes fueron reclutados a partir de población consultante en el Hospital "T. Álvarez" (GCBA). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del citado hospital, contando todos los pacientes con consentimiento informado.

Se utilizó un diseño observacional, descriptivo, cuantitativo y transversal. Se trabajó con tres muestras diferentes:

- Pacientes derivados del Servicio de Neurología con diagnóstico de CTT(c), según criterios neurológicos vigentes.
- Pacientes del Servicio de Reumatología con diagnóstico de FM según criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología.
- Pacientes del Servicio de Salud Mental, con diagnóstico de TSI según criterios DSM IV.

Criterios de inclusión (válidos para los 3 grupos):

- Edad entre 18 y 70 años.
- Existencia de los diagnósticos mencionados al momento actual, o en los 6 meses anteriores.
- Ausencia de otra enfermedad reumatológica o neurológica grave.
- Ausencia de trastornos psicóticos.

Se consideraron las siguientes variables relevantes:

- Diagnóstico psiquiátrico según DSM IV.
- Escala Hamilton de Ansiedad (Ham A), versión castellana (22).
- Escala Hamilton de Depresión (Ham D), versión castellana (23).
- Escala auto administrada SCL 90, versión argentina, subescala de Somatización (24).
- MMPI 2, versión argentina (25).

Resultados

Se reclutaron 14 pacientes para el grupo de CTTc; 18 para el de FM y 15 para el de TSI. Es decir, un número total de 47 pacientes.

Se derivaron al estudio todos los pacientes recibidos durante el período 2011-2014 provenientes de los tres servicios involucrados (Reumatología, Neurología y Salud Mental) que cumplieron criterios. Dado que

la metodología de reclutamiento no presenta sesgos importantes detectables, puede considerarse que las muestras obtenidas son representativas de la población consultante en el Hospital "T. Álvarez". La edad promedio del grupo de CTTc fue de 41,94 años, la del grupo de TSI, 47,07 y la de FM, 47,83. No existieron aspectos significativos en relación a las variables tipo de empleo, nivel de estudios o estado civil.

Las tres muestras presentaron una muy alta comorbilidad (87% para la muestra de TSI y 100% para las 2 muestras médicas) con trastornos en las órbitas depresiva y ansiosa, en el Eje I del DSM IV. El detalle de los resultados puede verse en la Tabla 1. También en la misma Tabla puede verse la comorbilidad con Trastornos de Personalidad, la cual alcanzó de manera global al 60% para la muestra de TSI; 28,6% para la de CTT y 50% para la de FM. La tabla también detalla el resto de los ejes DSM IV.

La Tabla 2 muestra de manera resumida los promedios y desvíos estándar de los valores obtenidos para las variables psicométricas principales, permitiendo establecer comparaciones entre grupos.

Se observa que las variables Ham A y Ham D mostraron valores muy altos en los tres grupos. En la subescala de Somatización del Test SCL pudieron verse valores similarmente elevados para los grupos de los pacientes médicos -FM y CTT-, superando con holgura el valor considerado de riesgo para dicha escala. En el grupo de TSI, el valor promedio (1.814) quedó apenas por debajo del valor de riesgo para población femenina (1,83) y muy por encima del considerado para varones (1,25).

Respecto de las escalas clínicas del test MMPI II, se observaron hallazgos igualmente llamativos en varias de las mismas. "Hs" (Hipocondriasis), "D" (Depresión), "Hy" (Histeria), "Pt" (Psicastenia) y "Sc" (Esquizofrenia) presentaron en los tres grupos niveles por encima del nivel de corte (que se considera en 65 puntos).

Las escalas "Pa" y Pd exhibieron solo valores altos en las dos muestras médicas. El grupo de TSI mostraron resultados normales en esta dimensión. El resto de las escalas ("Mf", "Ma" y "Si") presentaron también valores normales en todos los grupos.

El Gráfico 1 muestra una presentación mediante barras de las similitudes entre la mayor parte de las variables.

Discusión

Resumiendo brevemente, los resultados de la investigación revelaron afectación compartida de la mayor parte de las variables elegidas. Altos niveles de ansiedad y depresión (medidos por Ham A y Ham D) y valores de riesgo en la subescala de somatización del test SCL 90, tanto en la muestra psiquiátrica como en las dos muestras médicas. También las escalas Hs, D, Hy, Pt y Sc del Test MMPI, mostraron valores coincidentemente altos a través de las tres muestras. Consideramos que el valor de estos hallazgos no queda enmarcado exclu-

Tabla 1. Variables Diagnósticas Multi-axiales según DSM IV.

| Diagnóstico Multiaxial DSM IV | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------|---|-------|----|---|----|
| Diagnóstico DSM IV | Eje | I | Trastorno de Ansiedad no especificada | 4 | 2 | 4 | 47 |
| | | | Trastorno de Ansiedad generalizado | 4 | | 2 | |
| | | | Trastorno Adaptativo | 1 | 4 | 1 | |
| | | | Trastorno Depresivo Mayor | 1 | 6 | 7 | |
| | | | Trastorno de Pánico | 3 | 1 | 1 | |
| | | | Trastorno Depresivo no especificado | | | 2 | |
| | | | Hipocondriasis | | 1 | | |
| | | | Trastorno Distímico | | | 1 | |
| | | | Sin diagnóstico | 2 | | | |
| | | II | Trastorno de Personalidad no especificado | 4 | 3 | 3 | 47 |
| | | | Trastorno de Personalidad borderline | 1 | | 4 | |
| | | | Trastorno Histriónico | 2 | | | |
| | | | Trastorno de Personalidad evitativo | 2 | | | |
| | | | Trastorno de Personalidad dependiente | | | 2 | |
| | | | Retraso Mental | | 1 | | |
| | | Sin diagnóstico | 6 | 10 | 9 | | |
| | | III | Enfermedades del sistema circulatorio | 4 | 3 | 2 | 47 |
| | | | Síndrome de colon irritable | 3 | 1 | 2 | |
| | | | Enfermedades del sistema osteomuscular | 1 | | 2 | |
| | | | Hipotiroidismo | | 2 | | |
| Tumores benignos | | | | 1 | | | |
| Asma bronquial | | | | 1 | | | |
| Tirotoxicosis | 1 | | | | | | |
| Diverticulosis | | | | 1 | | | |
| Litiasis biliar | | | | 1 | | | |
| Sin diagnóstico | 6 | | 8 | 8 | | | |
| IV | Grupo primario de apoyo | 8 | 6 | 6 | 47 | | |
| | Económico | | 4 | 5 | | | |
| | Laboral | 3 | 2 | 1 | | | |
| | Ambiente social | | 2 | 2 | | | |
| | Otros problemas | | | 3 | | | |
| | Salud | 2 | | | | | |
| | Vivienda | | | 1 | | | |
| Sin diagnóstico | 2 | | | | | | |
| V | E.E.A.G. | 59,15 | 59,33 | 55,05 | | | |

sivamente en la descripción del perfil psicométrico de cada cuadro en particular (de por sí, a nuestro juicio, ya muy importante). En efecto, son llamativas las regularidades encontradas al comparar pacientes que en psiquiatría pueden ser diagnosticados bajo el rótulo de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, con aquellos que recibieron en los encuadres médicos respectivos (Reumatología y Neurología) diagnósticos de FM y CTTc. Esto permite hipotetizar que las alteraciones

mencionadas podrían estar representando un núcleo psicopatológico compartido por los tres trastornos.

La presunción de tal núcleo o "core" compartido por cuadros de somatización y algunos trastornos médicos funcionales fue ya planteada en algunos estudios de modelos de estructura latente (26, 27,28). Es especialmente interesante el trabajo de Witthöft y col. (28) quienes explican los SSF mediante un modelo bifactorial que incluye un "factor general" (asimilable a la

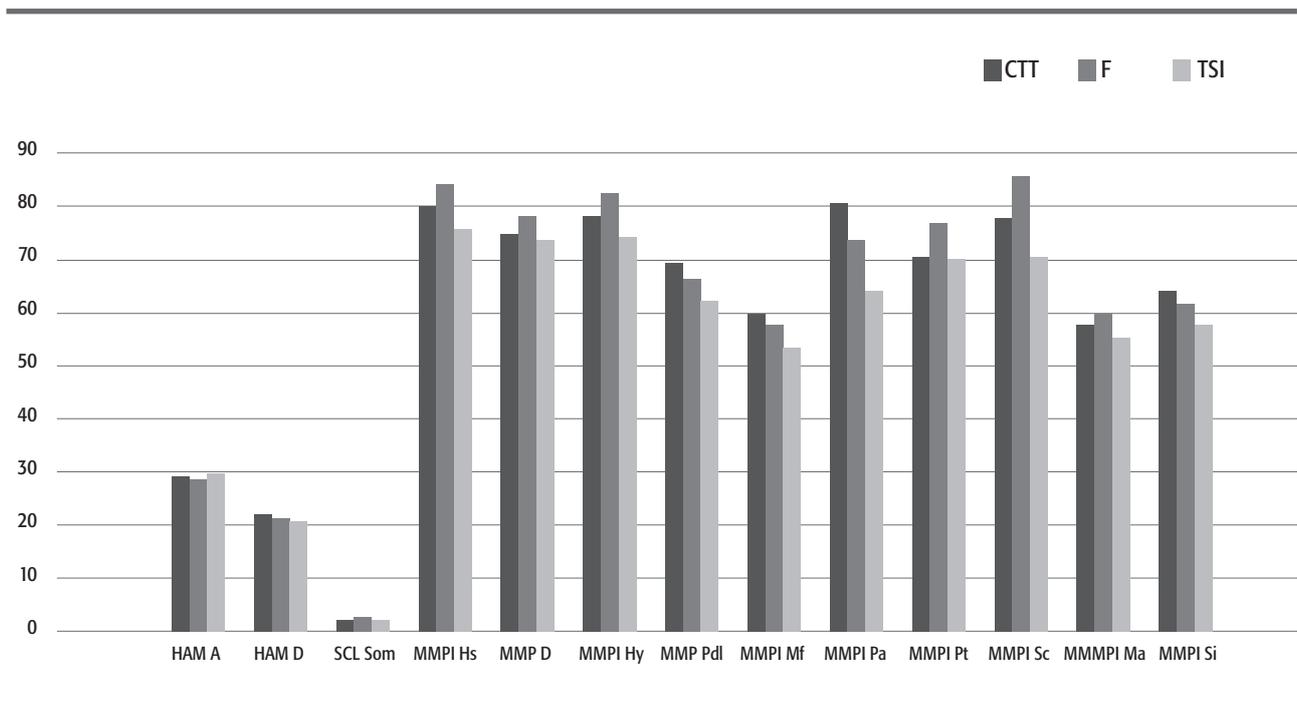
experiencia de somatización o a nuestro “núcleo de anomalías psicométricas”) y “factores específicos” en relación a enfermedad orgánica, infecciones, factores medioambientales, etc. Creemos que el aporte del presente trabajo, no es solo ir en línea con cierta ratifi-

cación desde el ámbito clínico de los aportes hechos a partir de modelos factoriales, sino que además podría venir a aportar descriptores psicopatológicos concretos dentro del todavía inespecífico concepto de “factor general”.

Tabla 2. Promedios y desvíos estándar de las pruebas psicométricas: grupos comparados.

| Variables Analizadas | Diagnóstico | | | | | |
|-------------------------|------------------------|----------|--------------|----------|--------------------------------------|----------|
| | Cefalea Tipo Tensional | | Fibromialgia | | Trastorno Somatomorfo Indiferenciado | |
| | Promedio | Desvío S | Promedio | Desvío S | Promedio | Desvío S |
| HAM A | 28,615 | 7,217 | 28,111 | 9,119 | 29,200 | 4,246 |
| HAM D | 21,286 | 4,631 | 20,778 | 5,826 | 20,286 | 5,823 |
| SCL Som | 2,132 | 0,662 | 2,261 | 0,595 | 1,814 | 0,851 |
| MMPI Hs | 78,818 | 9,347 | 82,786 | 10,379 | 74,455 | 12,307 |
| MMP D | 73,818 | 11,080 | 77,000 | 13,790 | 72,364 | 12,738 |
| MMPI Hy | 77,273 | 11,799 | 81,071 | 17,429 | 73,182 | 16,660 |
| MMP Pdl | 68,091 | 10,931 | 65,071 | 14,954 | 61,273 | 18,056 |
| MMPI Mf | 58,818 | 12,230 | 56,500 | 12,936 | 52,455 | 11,759 |
| MMPI Pa | 79,364 | 17,985 | 72,571 | 14,070 | 62,909 | 16,867 |
| MMPI Pt | 69,455 | 11,379 | 75,714 | 12,394 | 69,273 | 15,428 |
| MMPI Sc | 76,727 | 12,666 | 84,071 | 13,471 | 69,273 | 15,467 |
| MMPI Ma | 56,545 | 13,095 | 58,786 | 14,588 | 54,364 | 10,736 |
| MMPI Si | 63,364 | 10,376 | 60,714 | 8,004 | 56,727 | 8,945 |

Gráfico 1.



Conclusiones

Retomando la cita de Francis Creed (1) del comienzo, creemos que en alguna medida, tanto la psiquiatría como las diversas disciplinas que conforman la salud mental han tendido en las últimas décadas a encerrarse sobre sí mismas y descuidar los aportes que pueden ofrecerle a las otras especialidades de la medicina.

Esta investigación apunta a aportar datos acerca de los perfiles psicopatológicos de pacientes que habitualmente no consultan en forma directa al psiquiatra. Nuestros hallazgos se suman a los de varias prestigiosas líneas de investigación internacionales, sugiriendo la importancia de comenzar a contemplar en forma inte-

grativa a estos pacientes. No solo teniendo en cuenta los aspectos que hacen a las características médicas de los cuadros, sino también a lo que podríamos denominar su "condición somatizadora" (entendida, desde esta perspectiva, como ciertos aspectos psicológicos y psiquiátricos subyacentes). Este cambio de enfoque podría dar lugar a nuevos y más efectivos modelos de atención inter y transdisciplinaria.

Conflicto de intereses

El autor declara que no presenta conflicto de intereses. ■

Referencias bibliográficas

- Creed F. ¿Debe la Psiquiatría ignorar la somatización y la hipocondría? *World Psychiatry*, 2006; 4:3; 146-150.
- Blanco López W, Seguí Díaz M. Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido? *Semergen* 2002; 28(4):216-8
- Bellato E y col. Síndrome de Fibromialgia. *Pain research and treatment*, 2012 (12-14).
- Vidal Neira L, Reyes Llerena G. Fibromialgia: Una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica, *Rev. Cubana de reumatología* 2006; VIII (9-10).
- Collado Cruz A, Cuevas Cuerda MD, Estrada Sabadell MD, Florez García M, Giner Ruiz V, Marín López J. Fibromialgia, 2011; *Salud*, 5(2).
- Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* 2006; 124(1-2):117-25.
- Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994; 8: 811-37.
- Blasco Claros L, Mallo Caño M, Mencía Presa A, Franch Barceló J, Casaus Satamán P, Peña Roca J, Jarrod Pámias M. Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas españolas de psiquiatría* 2006, 34(2).
- Kaniecki RG (2015) "Tension-type headache". In *Headache and Migraine Biology and Management*. New York: Academic Press.
- Mathew PG, Mathew T. Taking care of the challenging tension headache patient. *Current pain and headache reports* 2011; 15(6), 444-450.
- Edmeads J, Findlay H, Pryse-Philips W, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, behaviour and medication use: a canadian population survey. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 1993; 20(2), 131-137.
- Speciali JG, Eckeli AL, Dach F. Tension-type headache. *Expert review of neurotherapeutics* 2008; 8(5), 839-853.
- Gómez MV. Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurol Colomb* 2008; 24(3).
- Torelli P, Abrignani G, Paola Castellini P, Lambro G, Manzoni J C. Human psyche and headache: tension-type headache. *Neurological Sciences* 2008; 29(1), 93-95.
- Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 1987; 47:160.
- World Health Organization (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Wessley S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999, 11(354):936-939.
- Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine* 1999; 130(11), 910-921.
- Martínez Caballero, L, Martínez Caballero F. Trastornos Somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en Atención Primaria. *Jano: Medicina y humanidades* 2008, (1714), 15-30.
- De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders *British Journal of Psychiatry* 2004; 18 4 (2004) 4 70-4 76.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. GVEEP. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad". *Medicina clínica* 2002; 118(13), 493-499.
- Ramos-Brieva JA. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr* 1986; 14, 324-334.
- Casullo M (2008) *El inventario de síntomas SCL- 90-R*. Buenos Aires: UBA/ CONICET.

25. Casullo M, Brenlla ME, Fernández Liporace M, Ferrante V, Prado A (1999) *El inventario MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires: Paidós.
26. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *Journal of psychosomatic research* 2001; 51(4), 549-557.
27. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69(1), 30-39.
28. Witthöft M, Hiller W, Loch N, Jasper F. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International journal of behavioral medicine* 2013; 20(2), 172-183.