

Agnieszka Kulik

Kulturowe uwarunkowania zespołów medycznie niewyjaśnianych na przykładzie przewlekłego zmęczenia

Cultural factors of medical unexplained syndrome on the example of chronic fatigue

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia
Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na słabość aktualnie istniejących systemów diagnostycznych w odniesieniu do zaburzeń somatoformicznych. Według polskich psychiatrów (konsultacje polskie w sprawie wypracowania stanowiska dotyczącego rewizji dotychczasowej ICD-10; styczeń-luty 2011; 206 osób) najmniejsza trafność diagnostyczna w kategorii zaburzeń nerwicowych dotyczy właśnie kategorii zaburzeń F.45 (Łoza, Heitzman, Kosmowski, 2011). Najmniej trudności diagnostycznych zgłaszanych jest przez specjalistów w krajach Ameryki Północnej (1/10), nieco większa w Europie (1/4) (Heitzman, Łoza, Kosmowski, 2011). Warto w tym miejscu odnotować fakt, że do powszechnie obowiązującego systemu ICD-10 powstały narodowe aneksy np. w Indiach, Chinach. Wskazuje to na konieczność uwzględnienia w nowych systemach aspektów kulturowych. W polskich badaniach większość responden-

tów zwróciło uwagę na konieczność uwzględnienia w systemie klasyfikacyjnym różnic kulturowych i etnicznych, jakkolwiek bez przeceniania ich wpływu na systemy klasyfikacyjne (Łoza, Heitzman, Kosmowski, 2011).

Według grupy roboczej przygotowującej nowe propozycje do DSM V kryteria diagnostyczne zespołów medycznie niewyjaśnianych zakładają odniesienie do występowania pewnych zaburzeń związanych ze specyfiką kulturową oraz uwzględnienie atrybucji kulturowych dotyczących postrzeganych przez pacjenta objawów (Fritzsche i in., 2011).

W maju 2013 roku została opublikowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne piąta edycja Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V. Wśród istotnych zmian w podejściu do problematyki zespołów medycznie niewyjaśnianych należy wymienić: zmianę nazwy z zaburzeń somatoformicznych na zaburzenia z objawami somatycznymi, koncentrację na ciężkości

odczuwanego dystresu i zakłócenia zwykłego życia zamiast na liczbie objawów, odstępianie od konieczności łączenia objawów somatycznych z uwarunkowaniami medycznymi, możliwość opracowania całościowej diagnozy pacjenta, jego potrzeb i pomocy.

Cel

Celem prezentowanej pracy jest charakterystyka przewlekłego zmęczenia jako zespołu medycznie niewyjaśnianego ze względu na negatywną koncepcję i procedurę postępowania oraz wskazanie jego kulturowych uwarunkowań.

Zespół medycznie niewyjaśniany

Według literatury przedmiotu około 15% pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu i około 50% pacjentów chorych przewlekłe doświadczą uporczywych objawów fizycznych, które nie mają uzasadnienia medycznego, są często związane z wysokim poziomem dystresu, ograniczoną sprawnością, zużyciem zasobów zdrowia (Lloyd i in., 2008). Według badaczy dla wielu osób doświadczane symptomy są częścią normalności, większość nie posiada jasnej diagnozy medycznej i nie korzysta z pomocy lekarskiej (Nimnuan i in., 2001). Pacjenci z symptomami medycznie niewyjaśnianymi, którzy szukają pomocy otrzymują diagnozę w zależności od tego do jakiego specjalisty trafią (np. zespół jelita drażliwego w gastrologii). Każdy zespół objawów posiada właściwe dla siebie cechy diagnostyczne wraz z charakterystyką i do każdego zazwyczaj stosuje się definicję operacyjną. Obserwuje się zjawisko współwystępowania syndromów - pacjenci, którzy posiadają jeden zespół, narzekają często także na symptomy znajdujące się poza partykularnym zespołem.

Ok. 96% pacjentów posiada równocześnie 8 diagnoz różnych syndromów (Fink, 1992). Według badaczy jest to możliwe, bowiem zespoły tworzą jeden wspólny latentny czynnik (Deary, 1999).

Ze względu na dominujące objawy wyróżnia się określone kategorie syndromów: 1) 'zmęczeniuowo-bólowy' (m.in. zespół jelita drażliwego, dysfunkcja stawu żuchwowo-skroniowego, nietypowy ból twarzy, chroniczny ból miednicy, napięciowy ból głowy, fibromialgia, zespół chronicznego zmęczenia), 2) 'sercowo-oddechowy' (hiperwentylacja, niekardiologiczny ból w klatce piersiowej), 3) inne (zespół wrażliwości na substancje chemiczne, zespół napięcia przedmiesiączkowego) (Nimnuan i in., 2001).

Termin 'symptomy niewyjaśniane medycznie' nie jest akceptowany ani przez pacjentów, ani przez lekarzy z kilku powodów. Pierwszym jest negatywna koncepcja zaburzeń, drugim – popularyzowanie myślenia w kategoriach organiczne – nieorganiczne/psychologiczne (Creed i in., 2010; Sharpe i in., 2006). Stąd w literaturze funkcjonują inne nazwy alternatywne: zaburzenie somatoformiczne, zespół objawów somatycznych, syndrom definiowany przez objawy, zaburzenie psychofizyczne/psychofizjologiczne, zespół zaburzeń cielesnych, zaburzenie psychosomatyczne, zaburzenie funkcjonalne/ zespół symptomów funkcjonalnych (Creed i in., 2010). W nowych propozycjach DSM-V wprowadza się nazwę zaburzenia/zespoły symptomów somatycznych lub zaburzenie zespołu symptomów somatycznych (Fritzsche i in., 2011). Ostatecznie DSM V proponuje nazwę zespoły z objawami somatycznymi (somatic symptom disorder, SSD).

Główne cechy zespołów medycznie nie-

wyjaśnianych to: 1) skargi somatyczne, sugerujące poważną chorobę, dla których brak zmian patologicznych tłumaczących objawy lub których nasilenie nie jest adekwatne do występującego procesu chorobowego; 2) wystąpienie zaburzenia pozostaje w związku i jest podtrzymywane przez czynniki psychologiczne, w tym konflikty, pełnienie roli chorego, zapewnienie sobie opieki; 3) brak kontroli nad objawami somatycznymi i nadmierna koncentracja na zdrowiu.

Koncepcja zespołu przewlekłego zmęczenia

Podstawowym objawem jest niewyjaśnione zmęczenie, które obniża poziom aktywności (powysiłkowe osłabienie musi występować z utratą fizycznego lub psychicznego wigoru, szybką męczliwością mięśniową lub poznawczą a osoba musi potrzebować minimum 24 godziny na odzyskanie sił). Zmęczeniu towarzyszą: zaburzenia snu, bóle mięśniowe i/lub stawowe, często także bóle głowy nowego typu i ciężkości, minimum dwa objawy neuropoznawcze oraz przynajmniej po jednym symptomie z następujących kategorii: zaburzenia układu autonomicznego, neuroendokrynnego, immunologicznego (Jason i in., 2005).

Nie ma jednej obowiązującej koncepcji przewlekłego zmęczenia. W badaniach wykorzystywane są następujące definicje: 1) kryteria Centre for Disease Control (CDC): najpierw tzw. definicja Holmsa a następnie rewizja w 1994; 2) kryteria australijskie; 3) kryteria oksfordzkie; 4) kryteria szwedzkie; 5) kryteria brytyjskie The UK Patient Organisations London i rewizja w 1997; 6) kryteria kanadyjskie (Kulik, 2010).

Kryteria australijskie akcentują dysfunkcje

immunologiczne jako istotne dla wyodrębnienia zespołu zmęczenia, zaś w kryteriach oksfordzkich mniejszy akcent położony jest na symptomy somatyczne jako bardziej związane z psychopatologią a większy na dynamikę objawów zmęczenia (Fischler, 1999). W kryteriach szwedzkich przyjmuje się okres jednego miesiąca występowania uporczywego zmęczenia jako czas wystarczający do diagnozy a towarzyszące objawy somatyczne, psychiczne, emocjonalno-motywacyjne określone są jako hipochondryczne doznania i wyobrażenia. Kryteria brytyjskie koncentrują się na zależności wysiłek (fizyczny/psychiczny) – zmęczenie, a w późniejszym okresie na etiologii, paradygmacie postępowania diagnostycznego (włączenie obok lekarza pierwszego kontaktu także lekarza specjalistę) oraz leczenia (poszerzenie oddziaływań farmakologicznych o ćwiczenia fizyczne i terapię poznawczo-behawioralną) a także specyfice zmęczenia związanej z wiekiem.

Kryteria CDC z 1988 roku zostały skrytykowane jako niespecyficzne: brak obiektywnych kryteriów, trudności w diagnozie różnicującej (Fukuda, 1997). Badacze (np. Komaroff, Hartz, Jason, King) posługujący się zrewidowaną wersją z 1994 roku wskazują na małą specyficzność tej definicji przejawiającą się głównie w słabym różnicowaniu osób z zespołem zmęczenia od osób z innymi zaburzeniami i proponują włączenie bardzo różnych dodatkowych objawów (por. Kulik, 2010). Kryteria kanadyjskie przedstawiane są jako porozumienie naukowców i praktyków co do definicji klinicznej, czynności diagnostycznych i procedury leczenia niewyjaśnionego przewlekłego zmęczenia (Carruthers i in., 2003).

Przewlekłe zmęczenie w klasyfikacji DSM-IV lokalizowane jest w Osi I w kategorii zabu-

rzeń somatoformicznych (np. 300.81, 300.82) a w klasyfikacji ICD-10 w kategorii zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F.45) a także w zespole przewlekłego zmęczenia traktowanym jako zaburzenie neurotyczne niespecyficzne (F.48.9), w powirusowym zespole przewlekłego zmęczenia (G.93.3) oraz chroniczne zmęczenie nieokreślone gdzie indziej (R.53.82).

Diagnoza przewlekłego zmęczenia

Diagnoza zmęczenia, a zwłaszcza zespołu przewlekłego zmęczenia, obejmuje szczegółowe badanie lekarskie, analizy laboratoryjne oraz badanie psychologiczno-psychiatryczne. Stwierdzenie innych możliwych okoliczności powodujących występujące symptomy wyklucza możliwość diagnozy zespołu przewlekłego zmęczenia przy zachowanej możliwości diagnozy przewlekłego zmęczenia jako konsekwencji innych stanów chorobowych.

Diagnoza przewlekłego zmęczenia wymaga zgromadzenia pełnego opisu symptomów i związku między nimi, opierającego się na wnikliwej obserwacji i wywiadzie klinicznym (Carruthers i in., 2003; Hydén, Sachs, 1998). Symptomy muszą zostać poddane analizie pod kątem związku czasowego i przyczynowego w kontekście historii życia pacjenta. Przez rozpoznanie i eksplorację biografii cierpienie pacjenta znajduje swoje uzasadnienie oraz kontekst społeczno-kulturowy (Van Houdenhove, 2002).

Według zespołu Tiesinga (1999) zmęczenie jest zjawiskiem niespecyficznym a jego model zawiera czynniki społeczno-demograficzne, czynniki związane z opieką i leczeniem oraz sposobem interwencji. Czynniki społeczno-demograficzne wpływają na zmęczenie, zmęczenie pozostaje we wzajemnej relacji

z czynnikami opieki i leczenia oraz interwencją, natomiast sposób interwencji wpływa także na relację między zmęczeniem a czynnikami opieki i leczenia. Z powodu specyfiki przewlekłego zmęczenia relacja lekarz – pacjent jest szczególnie ważna, ale też specyficznie trudna. Trudności z diagnozą są źródłem braku satysfakcji dla lekarzy, kontakt osoby z lekarzem i diagnoza, zwłaszcza psychiatryczna, jest z kolei problematyczna dla pacjenta. Według Ware (1992) dla części społeczeństwa zdiagnozowanie zaburzenia jako psychosomatyczne oznacza „wymagowaną chorobę”. Ware (1992) zwraca uwagę na poczucie delegitymizacji u osób z zespołem zmęczenia, które ma swoje źródło w trywializacji przez otoczenie niejasnych czy też powszechnie doświadczanych od czasu do czasu objawów oraz w przypisywaniu objawom pochodzenia psychicznego. Konsekwencją trywializacji symptomów jest odmawianie osobie cierpiącej statusu osoby chorej a traktowanie ich jako części normalnego życia dyskwalifikuje je jako objawy.

Badania przeprowadzone przez Jason, Eisele i Taylor (2001) na grupie 432 osób (naukowców, lekarzy, osób chorych i ich rodzin) testujące różne nazwy zespołu zmęczenia proponują by nazwy ‘encefalopatia mięśniowa’(ME) używać w kontekście klinicznej definicji przypadku, zespół przewlekłego zmęczenia’ (CFS) w badaniach naukowych, a nazwy ‘zaburzenie neuro-endokrynno-immunologiczne’ (NEID) do koncepcji ogólnej, jednoczącej dwa poprzednie. Zmiana nazwy z syndromu przewlekłego zmęczenia na neuro-enokrynne zaburzenia immunologiczne może przyczynić się do zmniejszenia negatywnej percepcji chorych w środowisku (Jason i in., 2001).

Uwarunkowania kulturowe przewlekłego zmęczenia

Analiza różnych doniesień z badań wskazuje, że nie ma jednej określonej etiologii zespołu zmęczenia. Jedne badania wskazują na czynniki zakłócające prawidłowe funkcjonowanie różnych systemów fizjologicznych w organizmie (konceptje biologiczne i fizyczne) inne mówią o czynnikach psychicznych i społecznych, w tym kulturowych i duchowych (Kulik, 2010). Zróżnicowanie i dynamika objawów wskazują na właściwości indywidualne osoby – obywatela świata, członka konkretnej społeczności i kultury – jako potencjalne moderatory zmęczenia.

Osoba uczestniczy w określonej grupie społecznej i podziela z nią jej doświadczenie. Wyraża się ono w przyjętych przekonaniach, systemie wartości i postawach. Stąd choroba nie jest tylko sprawą indywidualną, lecz także społeczną, ponieważ rodzaj i nasilenie objawów zależą od otoczenia społecznego i jego przyzwolenia a subiektywne doświadczenie stresu zmienia się w zależności od natury i rodzaju wydarzeń i trudności w życiu, zmian w klimacie świata i in. Istotna jest rola najbliższych. Na związek zmęczenia z funkcjonowaniem rodziny (stres psychologiczny w rodzinie, nieprawidłowe relacje małżeńskie, wsparcie w rodzinie) wskazują badania osób, które uznają sytuację rodzinną jako czynnik powodujący narastanie zmęczenia (Underhill i O’Gorman, 2006).

Wg Ware i Kleinmana (1992) zespół przewlekłego zmęczenia jest konsekwencją tendencji do satysfakcjonującego życia, w którym satysfakcja zależy od kontekstu społecznego. Rotholz (2002) natomiast analizuje zespół przewlekłego zmęczenia z perspektywy osoby-uczestnika określonej kultury, której

cechą charakterystyczną jest mentalność „eat or be eaten”, ekonomiczna użyteczność posiadanych wartości, preferencja sukcesu i konflikt między tendencją do indywidualizmu i zależnością od oceny innych. Interpretację sukcesu narzuca krąg kulturowy. Sens własnego życia odczytywany jest z pozycji na drabinie awansów, co narzuca konieczność koncentracji na własnych kompetencjach tak, by się nie dać pokonać rywalom. Nie sprostanie wymaganiom otoczenia oznacza społeczny niebyt. Sytuacja taka wywołuje lęk przed oceną innych. Lęk wzrasta, gdy osoba nie umie satysfakcjonująco kontrolować własnego życia w kategoriach poprawności kulturowej, społecznej i politycznej. Z drugiej strony współczesna kultura jak żadna dotychczas charakteryzuje się szybkością zmian, nagromadzeniem danych, możliwości wyborów i rozwiązań. Stwarza to jeszcze większe prawdopodobieństwo pomyłki w ocenie i przyjęcie niewłaściwej – w opinii innych – postawy. Również tempo życia wymusza dużą umiejętność adaptacji, jeśli osoba chce odnosić sukces.

Funkcjonowanie osoby według nakreślonych wcześniej kodów kulturowych prowadzi do określonych konsekwencji. Do najczęściej występujących zaliczyć można następujące: frustracja sensu życia, poczucie osamotnienia, poczucie alienacji od siebie samego i koncentracja na celach krótkoterminowych. Utrzymanie się na ‘fali’ aprobaty wymaga dużych kosztów energetycznych, które nie są odnawialne, bo człowiek utracił kontakt z sobą samym. Konsekwencją takiego funkcjonowania jest przewlekłe zmęczenie, prowadzące do rozwoju zespołu przewlekłego zmęczenia.

Przedstawione zależności są zbieżne z twierdzeniami Hobfolla (2006) o zakorze-

nieniu człowieka w społeczeństwie – rodzinie – wartościach, co narzuca sposób interpretowania zdarzeń i ma wyraz w obowiązujących narracjach.

Wnioski

Zasadniczym wnioskiem, płynącym z przedstawionych refleksji jest stwierdzenie o nieokreśloności zjawiska przewlekłego zmęczenia, będącego z tego powodu dodatkowym źródłem cierpienia dla pacjentów, ze względu na lęki o zdrowie, stygmatyzację i trudności w komunikowaniu swojego stanu subiektywnego.

Kolejnym spostrzeżeniem jest niejednoznaczność mechanizmów i uwarunkowań przewlekłego zmęczenia i objawów jemu towarzyszących. Niejednoznaczność ta stwarza trudności nie tylko na poziomie diagnozy lecz także postępowania farmakologicznego/ terapeutycznego.

Wśród wielu możliwych przyczyn wymienia się także czynniki kulturowe, związane bezpośrednio z postrzeganiem objawów, nadawaniem im znaczenia, roli lekarza i dostępności leczenia. Zwraca się także uwagę na elementy pośrednie – kody kulturowe sprzyjające zapadalności na określone dolegliwości. W ramach tego nurtu dostrzec należy uwikłanie człowieka w konflikt na poziomie wartości 'wynawianych – poprawnych – realizowanych'.

Przedstawione mechanizmy wpływu czynników kulturowych na rozwój przewlekłego zmęczenia wymagają weryfikacji empirycznych, co będzie czynione w przyszłości.

Streszczenie

Zespoły medycznie niewyjaśniane stwarzają wiele problemów badaczom i praktykom. Trudności te wiążą się z koncepcją

zespołów, możliwościami diagnostycznymi, doбором skutecznych środków zaradczych. Są również źródłem dodatkowego cierpienia dla pacjentów ze względu na trywializację objawów, trudności w komunikacji z lekarzem i stygmatyzację w społeczeństwie. Czynniki te spowodowały zainteresowanie kontekstem kulturowym występowania zespołów medycznie niewyjaśnianych.

Przewlekłe zmęczenie jest zasadniczym objawem zespołu przewlekłego zmęczenia, zaliczanego do kategorii zespołów medycznie niewyjaśnianych. Celem pracy jest pokazanie cech charakterystycznych przewlekłego zmęczenia jako zespołu medycznie niewyjaśnianego ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych.

Słowa klucze: zmęczenie przewlekłe, zespoły medycznie niewyjaśniane, czynniki kulturowe

Summary

Symptoms medically unexplained cause many problems to researchers and practitioners. These difficulties are related to the concept of symptom, diagnostic possibilities, selection of effective remedies. There are also a source of additional suffering for patients because of the trivialization of symptoms, the difficulty of communication with your doctor and stigmatization in society. These factors have led to interest in the cultural context of occurrence medically unexplained syndromes.

Chronic fatigue is a major symptom of chronic fatigue syndrome, belonging to the category of medically unexplained syndromes. Aim of this study is to show the characteristics of chronic fatigue syndrome as medically unexplained syndrome with particular regard to culture.

Key word: chronic fatigue, medically unexplained syndromes, cultural factors

Dr hab. Agnieszka Kulik,
 Katolicki Uniwersytet Lubelski
 Jana Pawła II, Al. Raclawickie 14,
 20-950 Lublin;
 e-mail: akulik@kul.pl,
 603 887 838.

Bibliografia

1. Carruthers B.M., Jain A.K., De Meirleir K.L., Peterson D.L., Klimas N.G., Lerner A.M., Bested A.C., Flor-Henry P., Joshi P., Powles A.C.P., Sherkey J.A., van de Sande M.I. (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 11, 1, 7-97.
2. Creed F., Fink P., Henningsen P., Rief W., Sharpe M., White P. (2010). Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 5-8.
3. Deary, U (1999). A taxonomy of medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 51-59.
4. Fink, P. (1992). Physical complains and symptoms of somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 125-136.
5. Fischler B. (1999). Review of clinical and psychobiological dimensions of the chronic fatigue syndrome: differentiation from depression and contribution of sleep dysfunctions. *Sleep Medicine Reviews*, 3, 2, 131-146.
6. Fritzsche K., Xudong Z., Schaefer R. (2011). Crazy like us? – The proposed diagnosis of complex somatic symptom disorders in DSM-V from a cross-cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 282-283.
7. Fukuda K. (1997). Development of the 1994 chronic fatigue syndrome case definition and clinical evaluation guidelines. [W:] Yehuda S., Mostofsky D.I. (red.), *Chronic fatigue syndrome*. New York and London: Plenum Press, 29-50.
8. Heitzman J., Łoza B., Kosmowski W. (2011). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11. *Psychiatria Polska*, 45, 6, 941-950.
9. Hobfoll S.E. (2006). Strs, kultura i społeczność. *Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.
10. Hydén L.-Ch., Sachs L. (1998). Suffering, hope and diagnosis: on the negotiation of chronic fatigue syndrome. *Health*, 2, 2, 175-193.
11. Jason L.A., Corradi K., Torres-Harding S., Taylor R.R., King C. (2005). Chronic Fatigue Syndrome: The Need for Subtypes. *Neuropsychology Review*, 15,1, 29-58.
12. Jason L.A., Eisele H., Taylor R.R. (2001). Assessing attitudes toward new names for chronic fatigue syndrome. *Evaluation & The Health Professions*, 24, 4, 424-435.
13. Kulik A. (2010). Przewlekłe zmęczenie u nastolatków. Charakterystyka psychologiczna. Lublin: Wydawnictwo KUL

14. Lloyd, D.M., Mason L., Brown R.J., Poliakoff E. (2008). Development of a paradigm for measuring somatic disturbance in clinical populations with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 21-24.
15. Łoza B., Heitzman J., Kosmowski W. (2011). *Psychiatria Polska*, 45, 6, 785-798.
16. Nimnuan, Ch., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., Hotopf, M.(2001). How many functional somatic symptoms? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 549-557.
17. Rotholz J.M. (2002). *Chronic Fatigue Syndrome, Christianity, and Culture. Between God and an Illness*. New York, London, Oxford: The Haworth Medical Press.
18. Sharpe M., Mayou R., Walker J. (2006). Bodily symptoms: New approaches to classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 353-356.
19. Tiesinga L.J., Dassen T.W.N., Halfens R.J.G., van den Heuvel W.J.A. (1999). Factors related to fatigue; prior of interventions to reduce or eliminate fatigue and the exploration of a multidisciplinary research model for further study of fatigue. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 265-280.
20. Underhill R.A., O’Gorman R.L. (2006). Prevalence of Chronic Fatigue Syndrome and Chronic Fatigue Within Families of CFS Patients. *Journal Chronic Fatigue Syndrome*, 13, 1, 3-13.
21. Van Houdenhove B. (2002). Listening to CFS. Why we should pay more attention to the story of the patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 495-499.
22. Ware N.C. (1998). Sociosomatics and illness course in chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 394-401.
23. Ware N.C., Kleinman A. (1992). Culture and Somatic Experience: The Social Course of Illness in Neurasthenia and Chronic Fatigue Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 54, 546-560.