

Biopsihosocialni model kronično ponavljajoče se bolečine

Rakovec-Felser Zlatka^{}, Vidmar Jernej² in Holthamer Rok³*

¹Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Maribor

²Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za pediatrijo, Maribor

³Zdravstveni dom dr. A. Drolca, Dispanzer za psihohigieno otrok in mladostnikov, Maribor

Povzetek: Bolečina ni le znak bolezni, večkrat je povsem samostojen pojav, ki pa je vselej povezan s psihološkimi dejavniki (Sternberg, 1973). Posebno o kronični, ponavljajoči se bolečini, ki se postopno razvije kot sindrom fizioloških, psiholoških in vedenjskih sprememb, v odvisnosti druga od druge, je treba razmišljati v tej smeri. V raziskavo smo naključno zajeli 50 oseb s tenzijskim glavobolom, ki so zadnjem letu večkrat iskale zdravniško pomoč. Preverili smo jakost njihove bolečine, njeno trajanje, obseg doživetih obremenitev in potrebnih prilagoditvenih poskusov, konstitucionalne oziroma temperamentne značilnosti načine spoprijemanja, osebnostne poteze, vlogo bolečine v intra in intersubjektivnem komuniciranju. Rezultate smo s pomočjo multivariatne analize variance (MANOVA) primerjali s kontrolno skupino in podatke testirali z analizo variance. Oseba, ki trpi in pričakuje pomoč je v naši skupini največkrat ženska, poročena, z osnovnošolsko ali srednjo šolsko izobrazbo, stara okrog 40 let. Kot kaže se bolečina pojavi v stanju stresne izčrpanosti, ki pa ni odvisna le od ocene doživetih obremenitev ter poskusov razrešiti jih, pač pa tudi od konstitucijsko šibkejšega živčnega aparata teh oseb in njihovega manj učinkovitega sloga spoprijemanja s problemi. Pomemben dejavnik vztrajanja bolečine se skriva v njihovi odvisnosti od socialnega polja pa tudi v odzivih drugih oseb (zdravnik, partner). Pomembno je, da se v obravnavi oseb s kronično bolečino, posebno še tistih s tenzijskim glavobolom, naslonimo na bio-psiho-socialni model bolečine ter take osebe vključimo v integrativno terapijo, katere del je tudi psihološka obravnava. Vloga psiholoških dejavnikov v pojavnosti bolečine mora biti zato jasna, saj tudi tako lahko preprečimo kronifikacijo pojava.

Ključne besede: Bolečina, biopsihosocialni model bolečine, kronični glavoboli, temperament, spoprijemanje, socialno učenje

Biopsychosocial model of chronic recurrent pain

Rakovec-Felser Zlatka¹, Vidmar Jernej² and Holthamer Rok³

¹Faculty of Medicine, University of Maribor, Maribor, Slovenia

²Pediatric Clinic, University Medical Center Maribor, Maribor, Slovenia

³Health Center dr. A. Drolc Maribor, Unit for Child and Adolescent Psychiatry, Maribor, Slovenia

Abstract: Pain is not merely a symptom of disease but a complex independent phenomenon where psychological factors are always present (Sternberg, 1973). Especially by chronic, recurrent pain it's more constructive to think of chronic pain as a syndrome that evolves over time, involving a complex interaction of physiological/organic, psychological, and behavioural processes. Study of chronic recurrent functional pain covers tension form of headache. 50 suffering persons were accidentally chosen among those who had been seeking medical help over more than year ago. We tested their pain intensity

^{*}Naslov / Address: Rakovec-Felser Zlatka, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Slomškov trg 14, 2000 Maribor, e-mail: zlatka.rakovec-felser@triera.net

and duration, extent of subjective experience of accommodation efforts, temperament characteristics, coping strategies, personal traits, the role of pain in intra- and interpersonal communication. At the end we compared this group with control group (without any manifest physical disorders) and with analyse of variance (MANOVA). The typical person who suffers and expects medical help is mostly a woman, married, has elementary or secondary education, is about 40. Pain, seems to appear in the phase of stress-induced psychophysical fatigue, by persons with lower constitutional resistance to different influences, greater irritability and number of physiologic correlates of emotional tensions. Because of their ineffective style of coping, it seems they quickly exhausted their adaptation potential too. Through their higher level of social-field dependence, reactions of other persons (doctor, spouse) could be important factors of reinforcement and social learning processes. In managing of chronic pain, especially such as tension headache is, it's very important to involve bio-psychosocial model of pain and integrative model of treatment. Intra- and inter-subjective psychological functions of pain must be recognised as soon as possible.

Key words: Pain, biopsychosocial model of pain, chronic headaches, temperament, coping behaviour, social learning

CC = 3290

Mednarodno združenje za študij bolečine (IASP) je telesno bolečino 1979. opredelilo kot stanje senzornega in emocionalnega neugodja, povezanega z obstoječo ali možno telesno okvaro oziroma z opisom take okvare (Quint in Janssen, 1987). Poudarjajo njen sporočilni, opozorilni, a tudi mobilizacijski pomen. Gre za zaznavo in doživetje hkrati, ki ju vsakdo opredeljuje z besedami zgodaj pridobljenih lastnih izkušenj meni 1964 med drugim o bolečini Merskey (Havelka, 1998). V prizadetem sproži bolečina ogroženost, zaradi česar se nanjo odzove s samozaščitnimi reakcijami, podobno kot v primeru strahu, torej z beg/borba reakcijami (Cohn, 1983; Quint in Janssen, 1987).

Glede na izvor bolečine Merskey in Spear (1967) razlikujeta naslednja stanja (Cohn, 1983):

- tista, ki se pojavijo kot posledica ogrožene telesne integritete,
- tista, ki nastanejo kot substitut in so posledica čustvene in telesne napetosti,
- tista, ki pri osebah z določeno osebnostno strukturo prevzamejo v stikih in komuniciranju z drugimi osebami določeno vlogo (Pain prone Personality, Engel, 1957);

Melzack in Torgerson glede na različne opise bolečine l. 1971 govorita o treh vidikih bolečine:

- senzornem (n.pr. pulzirajoča, zbadajoča, topa, pekoča bolečina),
- emocionalnem (n.pr. zastrašujoča, utrujajoča, ubijajoča, presunljiva bolečina) in
- vrednostnem (n.pr. ponavljajoča se, neprestana, stopnjujoča se bolečina).

Na naštetih vidikih bolečine sloni tudi t.im. Melzack-Mc Gillom vprašalnik bolečine iz leta 1975 (Taylor, 1995).

Sicer pa lahko teorije, ki pojav poskušajo pojasniti, razvrstimo v naslednje tri skupine:

- teorija nociceptorjev,
- teorija sumiranja in kodiranja živčnih impulzov,
- teorija vhodne kontrole/teorijo vrat;

Prva, teorija nociceptorjev, je najstarejša teorija, ki jo je zasnoval že Descartes l.1644. Zanj sta telo in psiha dve ločeni in druga od druge povsem neodvisni entiteti. Pravi, da je občutek bolečine odvisen od receptorjev v koži, od koder potujejo podatki o poškodbi na periferiji v človekove možgane. Njegovo enosmerno, mehanicistično razlago bolečine je dalje l. 1895 razvijal Max v. Frey (Havelka, 1998). Bolečino vidi kot vse druge zaznave (vidne, slušne, taktilne in druge). Od jakosti poškodbe na periferiji je odvisna jakost bolečinske senzacije, pravi. Takšno gledanje je bilo deležno precej kritik, saj je iz klinične prakse znano, da tkivna poškodba pogosto ne vodi do pričakovane bolečine, kot tudi intenziteta in pojavnost bolečine ter zlasti ne njene posledice ne ustrezajo vedno obsegu poškodbe. Sploh pa so znani pojavi bolečine, ko se zanje, navkljub očitnemu trpljenju, s katerim so povezane, ne najdejo telesni vzroki.

Po drugi teoriji, teoriji sumiranja in kodiranja živčnih impulzov, lahko bolečino izzovejo živčni impulzi iz periferije, če so le dovolj pogosti in številčni, tako da prekoračijo kritično mejo. Tako na primer pod njo še govorimo o toplem, hladnem ali o dotiku, nad njo pa že o bolečini. Po tej teoriji je pojav mogoče izzvati kjerkoli, na kateremkoli mestu senzornega živčevja, z vsakršnim dražljajem, samo da je dovolj intenziven. Tako lahko močna svetloba izzove v očeh občutek bolečine, podobno kot lahko zelo močan zvok povzroči bolečino v ušesih.

A tudi s to teorijo ni bilo mogoče pojasniti očitnega vpliva psihičnih in socialnih dejavnikov. Velik pomik k celostnemu razumevanju bolečinskega pojava je naredila teorija vhodne kontrole avtorjev Melzack-a in Wall-a (koncept Gate Control Theory, 1975-1983, v Havelka, 1998). Avtorja sta jo zasnovala na kibernetškem modelu kompleksnih povratnih učinkov, s katerim je mogoče pojasniti, zakaj enako močan dražljaj pri eni osebi izzove močno bolečino, pri drugi pa slabo ali pa je sploh ne. Govorita o nadzoru nad vhodnimi dražljaji, ki od receptorjev tečejo po perifernih vlaknih navzgor k ustrežajočim možganskim arealom, opravljajo pa jo t.im. T-celice v zadnjih rogovih hrbtenjače oziroma tam prisotna substantia gelatinosa. Ta omogoča sistem bolj ali manj odprtih vratih, pri čemer o stopnji odprtosti odločajo signali, ki iz senzornih delov možganske skorje, limbičnega sistema in možganskega debla, pritečejo v navzdol potekajočih progah. Zato na primer čustveno vznemirjen človek periferni dražljaj prej zazna kot bolečega kot notranje umirjen posameznik, saj njegova zvišana nevrovegetativna aktivnost vhodna vrata za bolečino na široko

odpre, zaradi česar lahko rečemo, da se njegov prag za bolečino zniža. Mnenja sta, da posameznikova pozornost, pričakovanja, izkušnje, a tudi njegovi afekti in motivi pomembno modificirajo vhodne bolečinske impulze in jim včasih povsem zaprejo pot navzgor do možganov.

Gotovo je z Melzack-Wallovim konceptom mogoče dobro razložiti pojav akutne bolečine. V primerih trdovratnega ponavljanja bolečine, v primerih, ko zaradi bolečine prihaja do obsežnega spreminjanja posameznikovega življenjskega sloga in začnemo govoriti o kronični bolečini pa stopijo v ospredje teorije učenja. Fordyce je ugotovil, da so mnogi pojavi bolečine rezultat pogojevanja in se oglašajo vselej v zvezi z določenimi čustvenimi stanji. Pravi, da je bolečina zaradi zgodnjega in pogostega časovnega sosledja s čustvi strahu, neadekvatnosti in krivde dobila vlogo pogojnega odgovora in se kasneje oglašča v vseh podobnih situacijah in zvezah, kot je nastala. Gre torej za klasično pogojene pojave bolečine. Vendar to ni edini način učenja bolečinskih reakcij. Bolečinske zaznave in z njimi povezano vedenje se lahko oblikujejo tudi po načelih instrumentalnega (operantnega) pogojevanja, še več, lahko tudi kot splet obeh, klasičnega in instrumentalnega učenja hkrati (Fordyce, Fowler, Lehmann, de Lateur, Sand in Triesmann, 1973; Fordyce, Lansky, Calsyn, Shelton, Stolov in Rock, 1984; Keefe in Dunsmore, 1992; Keefe, Dunsmore in Burnett, 1992).

Če želimo v celoti razumeti pojav kroničnega bolečinskega sindroma, tako tistega, kjer gre za organsko in tistega, kjer ni očitne organske podlage, ne moremo mimo teorij socialnega učenja. Te nam pomagajo pojasniti sprožilne in vzdrževalne mehanizme trdovratno pojavljajoče se bolečine. Gre za kronično bolečino, ki se navadno razvije postopno, iz akutne telesne bolečine (poškodbe, operacije, problemi z zobmi, srčni napad) in sicer po tem, ko so prvotni razlogi zanjo že zdavnaj odpravljeni. Rana, ki jo je povzročila bolezen, poškodba ali operacija, se je zacelila, razlogov za bolečino ni več, vsemu navkljub pa se prizadeti nad njo še vedno pritožuje. Trpljenje in neugodje, povezano z bolečinsko zaznavo, ga ovira pri vsakodnevnih opravilih, odvrta od interesnih dejavnosti in stikov z drugimi ljudmi in postopno vse bolj veže pozornost le nase, vse dokler ne postane bolečina osrednja točka njegovega življenja. Umik in pasivni življenjski slog, v katerega je posledično zdrsnil, pomembno zareže v kvaliteto njegovega življenja. Vsa razpoložljiva biomedicinska sredstva, učinkovita v primeru akutne bolečine, ostanejo v primeru kronične bolečine, brez pričakovanih učinkov, poudarja Pinsky v letih 1975, 1978 in 1983 (Quint in Janssen, 1987).

V zadnjih dveh desetletjih je pojav deležen velike pozornosti strokovne javnosti. Znano je, da kar tretjina svetovne populacije trpi zaradi persistirajoče ali ponavljajoče se bolečine, a tudi, da je kronična bolečina v bistvu najpogostejši razlog, zaradi katerega ljudje sploh iščejo zdravniško pomoč (Loeser, Butler, Chapman in Turk, 2001). Pogosto je povezana s stanji, kot so poškodba hrbtenice, artritis, herpes zoster, diabetična neuropatija, temporomandibularni sindrom, rak. Večkrat pa jo srečamo tudi tam,

kjer je pojav manj razumljiv, saj telesnih razlogov zanjo ni oziroma ne v obsegu kot bi jih lahko pričakovali glede na vedenjsko sliko. Prav ta nerazumna pojavnost kronično pojavljajoče se bolečine - prizadeti jo občuti in zaradi nje trpi v vsakem primeru, če je posledica telesne okvare ali ne - v bistvu najbolj spodjeda posameznikovo samozaupanje in samopodobo. Ne le da je deležen obsežnejših preiskovalnih postopkov vseh vrst, pač pa postane tudi objekt najrazličnejših oblik pomoči, večinoma brez pravega terapevtskega učinka. Prav ta razkorak med obsežnostjo preiskav na eni ter njihovimi učinki na drugi strani, je kriv, da je prizadeti nazadnje oropan upanja in se vse bolj utaplja v pasivnosti (Groen, 1984; Stucky, Gold in Zhang, 2000).

V poskusu pojasniti kronično bolečino brez organske podlage, smo izhajali iz integrativnega teoretskega modela bolečine. Predpostavke o sprožilnih in vzdrževalnih psihičnih dejavnikih bolečine smo zasnovali na teoretsko združljivih stresnih, psihofizioloških, kognitivno-vedenjskih teorijah ter teorijah socialnega učenja. Osredotočili smo se na tenzijski glavobol, ki se v svoji kronificirani obliki pojavlja več kot 15 krat v mesecu dni, traja po 30 minut do največ 7 dni, prizadete osebe pa ga vselej opišejo kot pritisk v glavi (»Glavo mi bo razneslo!«), razen tega pa je zanj znano, da ni povezan ne z zvišano telesno aktivnostjo, bruhanjem in ne z občutljivostjo na svetlobo ali hrup (International Headache Society, 2004). Zaradi transformiranja akutnih pojavnih oblik tenzijskega glavobola v kronično pojavno podobo, nas je zanimala vloga intra in interpsihičnih dejavnikov.

Tisto, kar smo želeli po tej poti doseči so bili odgovori, kako v okviru integrativnega, biopsihosocialnega pristopa k problematiki bolečine zasnovati psihološko obliko pomoči v primeru tenzijskega glavobola. Zato smo na osnovi tujih raziskav zasnovali naslednje predpostavke:

- tenzijski glavobol je somatski ekvivalent slabo obvladanih življenjskih situacij pretresov in izgub;
- na stresne situacije se intenzivneje odzovejo osebe s šibkejšim živčnim aparatom, osebe z nižjo odpornostjo na ekscitacije, tiste, ki izkazujejo slabšo zmožnost obvladovanja impulzov ter manjšo mobilnost mentalnih procesov nasploh;
- bolečinsko stanje persistira zaradi manj učinkovitih načinov spoprijemanja s stresom, ki so del trajnejših osebnostnih lastnosti prizadete osebe;
- razen slabo obvladanih napetostnih stanj bolečino vzdržuje oziroma jo pozitivno ojačuje njen prikriti intra, a tudi intersubjektivi, medosebno komunikativni pomen;
- zaradi psiholoških in psihosocialnih dejavnikov, ki sprožajo glavobol in ga kasneje tudi vzdržujejo, tovrstne bolečine ne kaže obravnavati enostransko, pač pa je nujno poznavanje in upoštevanje njene dinamike.

Metoda

Udeleženci

V raziskavi, ki jo predstavljamo, se osredotočamo na osebe z glavobolom v kronično ponavljajoči se obliki, ki jih po mednarodni klasifikaciji glavobolov ICHD-2 (International Headache Society, 2004) opredeljujejo kot tenzijski glavobol. Glede na mehanizem nastanka bolečine ga razvrščajo v skupino bolečinskih stanj, ki jim ni moč najti telesnega vzroka in ki jih v klinični praksi, zlasti če so povezane s čustvenimi problemi, opredeljujejo kot psihogene bolečine. Glede na obseg uporabljenih terapevtskih sredstev in njihovo učinkovitost, jih označujejo tudi kot terapevtsko nedosegljive bolečine (nem. Unbehandelbare Schmerz, angl. Intractable pain, Groen, 1984). Zajeli smo 50 takšnih oseb, pri katerih je bil po ambulantno opravljenih medicinskih preiskavah v mariborski bolnišnici v letih 1996-97, izključen morebitni ekspanzivni proces ali drugi somatski razlogi za glavobole ter je nevrolog presodil, da so bolečine tenzijske narave. Zbrali smo tiste, pri katerih so se faze s tenzijskimi glavoboli pojavljale skozi časovno obdobje daljše od 6 mesecev in pri katerih smo glede na obseg konzumacije protibolečinskih sredstev ter drugih oblik biomedicinske pomoči, predvidevali obstoj bolečinskega sindroma (Fernandes in Turk, 1995; Fordyce idr., 1984; Keefe, Dunsmore in Burnett, 1992; Turk, Flor in Rudy, 1987). Kontrolno skupino smo po sistemu ekvivalentnih parov oblikovali z osebami brez manifestnih telesnih tegob in je bila zajeta iz istega kraja, od koder so bile osebe s tenzijskim glavobolom. Vzorec z zajetimi osebami s kronificiranim tenzijskim glavobolom in njihovimi osnovnimi demografskimi podatki predstavljamo v tabeli 1.

Tabela 1: Splošni podatki o skupini pacientov z glavoboli (N=50)

Starost	Spol	Stan	Izobrazba (šola)
manj kot 30	8 % ženski	72 % poročeni	76 % osnovna 20 %
31–40	40 % moški	28 % samski	16 % poklicna 32 %
41–50	38 %	razvezani	6 % srednja 42 %
več kot 50	14 %	ovdoveli	2 % visoka 6 %

Pripomočki

Uporabili smo naslednji instrumentarij:

- polstrukturiran intervju,
- Webrov bolečinski barometer (0–10 stopenj) in Lestvico trajanja bolečine (0–168 ur), Institut za anesteziologijo, Graz, 1993, samoocenitev;
- modificirano Listo biografskih prilagoditvenih naporov, Rahe-Holmes, 1967 (Taylor, 1995);

- Strelau inventarij temperamenta, STI-R (Strelau, Angleitner, Bantelmann in Ruch, 1990);
- Freiburški osebnostni inventarij, kratko obliko, FPI; slovensko priredbo nemške verzije avtorjev Fahrenberga in sodelavcev so razvili Bele-Potočnik, Hruševar in Tušak (1981);
- Vprašalnik načinov reševanja problemov, NRP (Lamovec, 1990);
- Vprašalnik notranjih in zunanjih ojačevalcev bolečine, NZO (Rakovec-Felser, 1997);

Obseg prilagoditvenih naporov smo ugotavljali z Listo stresogenih situacij avtorjev Rahe-Holmes-a, (The Social Readjustment Rating Scale, 1967, v Taylor, 1995), opustili pa smo njuno številčno vrednotenje stresogenih dogodkov in namesto tega sledili transakcijski stresni teoriji Lazarusa in Folkmanove, 1984 (Taylor, 1995), ki izhaja iz predpostavke, da se na različne vrste obremenitev, posamezniki odzivajo različno in subjektivno specifično. Vključene osebe so zato na listi zajetih dogodkov označevale tiste, ki so jih v obdobju zadnjih treh let doživele kot stresne, tudi glede na potrebne prilagoditvene napore.

Vprašalnik temperamenta STI-R so avtorji Strelau, Angleitner, Bantelmann in Ruch (1990) razvili iz teorije Jana Strelau-a o temperamentu kot moderatorju stresa. Avtor je Pavlova nevropsihološka odkritja nadgradil in njegove koncepte višjega živčnega sistema pretvoril v psihološke konstrukte. Razvil je teorijo regulacije, kateere bistvo je posameznikova odzivnost na različne pritiske ter njegova zmožnost, da prebujene impulze obvladuje in tudi ustrezno usmerja. V tej zvezi govori o treh osnovnih značilnostih temperamenta in to o moči ekscitacije, moči inhibicije ter mobilnosti živčnih procesov. (Strelau idr, 1990; Bucik, 2000; Zuckerman, 2005).

Freiburški osebnostni inventarij, ki so ga razvijali Fahrenberg in sodelavci, je zasnovan na Eysenckovi teoriji osebnosti, ki jo je avtor razvijal v obdobju 1963/70, za slovenske razmere pa so ga leta 1981 priredili Bele-Potočnik, Hruševar in Tušak. Po slovenski prirejeni verziji zajema 9 osebnostnih dimenzij (FPI 1 - FPI 9) - in tri dodatne lestvice (E,N,M) in to nevrovegetativne motnje (FPI-1), spontano agresivnost (FPI-2), nezadovoljstvo (FPI-3), razdražljivost (FPI-4), družabnost (FPI-5), obvladanost (FPI-6), reaktivno agresivnost (FPI-7), zavrtost (FPI-8), samokritičnost (FPI-9) ter ekstravertiranost-introvertiranost E, emocionalno labilnost-stabilnost N ter moški-ženski opis M. Uporabili smo njeno krajšo obliko.

Naslednji, vprašalnik načinov reševanja problemov, NRP, je zgrajen na McCrojevem teoretskem modelu slogov spoprijemanja s problemi iz leta 1984 (Lamovec, 1990). Zajema naslednje strategije spoprijemanja: iskanje socialne pomoči in informacij, konstruktivna akcija, mobilizacija notranjih virov, izogibanje, beg v domišljijo, sprijaznjenje, predelava emocij in agresivno sproščanje.

Zadnji, Vprašalnik notranjih in zunanjih ojačevalcev bolečine NZO, 1993, sledi teoretskemu konceptu primarnega in sekundarnega bolezenskega dobička, ki ga je vlogi telesne bolečine pripisoval Pinsky, o čemer je tudi pisal, še posebno v

obdobju 1975-1983 (Quint in Janssen, 1987). Ta je v pojavnosti bolečinskih tegob, zlasti pa v njihovi vztrajni pojavnosti prepoznaval možnost njihove klasične in instrumentalne pogojenosti. Po njem bi naj imela telesna bolečina za posameznika pomembno intra in intersubjektivno vlogo – osvoboditev pred navali napetosti, bojazni, občutij krivde v nerazrešenih konfliktnih situacijah oziroma dosego praktičnih koristi v medosebnem komuniciranju (vloga partnerja, družine, prijateljev, sodelavcev, osebnega zdravnika).

Sami smo pri oblikovanju vprašalnika razen načel pogojevanja upoštevali tudi teorijo socialnega učenja A. Bandure (1986).

Rezultate obeh skupin zajetih oseb smo primerjali z multivariatno analizo variance (MANOVA).

Rezultati

Po bolečinskem barometru (vizualno - analogna skala), kjer osebe s tenzijskim glavobolom skupine ocenjujejo doživeto jakost bolečine preko barvne gostote v kategorijah od 0 do 10, je izražena povprečna jakost ocenjene bolečine v eksperimentalni skupini 7,89 in traja tedensko v povprečju po 83 ur. Jakost bolečine je najmočnejše povezana z odzivnostjo živčnega aparata teh oseb, torej z njihovo zmožnostjo prenašanja vznburjenj ($r = -0,40$), sposobnostjo zaviranja impulzov napetosti ($r = -0,41$) in nekaj manj z mobilnostjo živčnih procesov ($r = -0,36$). Glede na negativno povezanost pojavov lahko ob višji stopnji posameznikove iritabilnosti, slabše obvladanih impulzih in manj prožnem prehajanju iz enega mentalnega stanja v drugega, pričakujemo torej subjektivno močnejše poudarjeno bolečino. Povedano drugače, ko gre za odpornost na zunanje pritiske, za večjo ali manjšo moč prenašanja vznburjenj, lahko rečemo, da je ta pomembno nižja prav pri zajetih osebah s kronično ponavljajočim se tenzijskim glavobolom. To je razvidno iz prikaza analize razlik za skupino s tenzijskim glavobolom (TG) in kontrolno skupino (KS): $M_{TG} = 35,20$, $SD_{TG} = 12,01$; $M_{KS} = 49,20$, $SD_{KS} = 10,09$; $F(1, 98) = 39,84$, $p = ,00$. Z dobljeno sliko se ujema izražena pozitivna korelacija med ocenjeno jakostjo bolečine ter stopnjo razdražljivosti, zabeležena na FPI ($r = 0,35$), kot tudi zveza med jakostjo bolečine in oceno obsega oziroma jakosti obremenitev ($r = 0,31$).

Razen tega pa je jakost bolečine pozitivno povezana tudi z notranjimi ojačevalci bolečine, s posameznikovo potrebo po pozornosti in razbremenitvi in obliko samoopravičevanja ($r = 0,34$) v slogu »Zaradi bolečin nisem zmožen(-a) opraviti vsega, kar se od mene neprestano pričakuje« ali pa »Navadno šele, ko mi vse odpove, pričakujem, da se kdo končno posveti meni«.

Od zunanjih vplivov (partner, družinski član, prijatelji, sodelavci, zdravnik) pa je jakost bolečine najbolj povezana z zdravnikovimi odzivi na bolečinske reakcije prizadete osebe (njene verbalne izjave, neverbalni izrazi, konzumacija preiskovalnih in terapevtskih poskusov) in je izražena v $r = 0,30$. Njeno pojavnost krepi zdravnikov

Tabela 2: Analiza razlik med skupino pacientov z glavoboli ter kontrolno skupino v oceni obremenjenosti ter na dimenzijah temperamentnih značilnosti in načinov spoprijemanja s problemi

spremenljivke	skupina pacientov z glavoboli (N=50)		kontrolna skupina (N=50)		povzetek ANOVE			
	M	SD	M	SD	M _{učinek}	M _{napaka}	F	p
Jakost bolečine	7,58	1,34						
Trajanje bolečine	83,18	37,60						
LBPN/Obremenitve	165,50	76,35	100,38	75,73	106015,3	5782,12	18,33	,00
STI-R								
temperament								
Moč ekscitacije	35,20	12,01	49,20	10,09	4900,0	122,98	39,84	,00
Moč inhibicije	44,40	11,56	54,70	10,28	2652,2	119,64	22,17	,00
Mobilnost	40,94	11,29	53,40	9,74	3881,3	111,15	34,92	,00
NRP								
Slog spoprijemanja								
Sprejetje / distrakcija	28,54	4,23	26,90	2,76	67,2	12,74	5,28	,02
Domišljij, gratifikacija / sproščanje jeze	14,88	4,53	13,76	3,62	31,4	16,82	1,86	,17
Konstruktivna akcija	32,86	7,55	38,64	4,41	835,2	38,22	21,85	,00
Mobilizacija notranjih moči	19,74	2,7	20,32	2,54	8,4	6,88	1,22	,27
Iskanje socialne pomoči	17,90	3,38	17,60	4,19	2,2	14,51	0,15	,69

Tabela 3: Analiza razlik med skupino pacientov z glavoboli ter kontrolno skupino v osebnostnih lastnostih (FPI - kratka oblika)

FPI - dimenzije	skupina pacientov z glavoboli (N=50)		kontrolna skupina (N=50)		povzetek ANOVE		p
	M	SD	M	SD	MS _{učinek}	MS _{napaka}	
Nevroticizem/ telesni ekvivalenti	3,56	0,64	2,36	0,94	36,0	0,651	55,26
Spontana agresivnost	2,24	1,06	2,54	1,01	2,2	1,077	2,09
Depresivnost	3,74	0,60	2,94	1,13	16,0	0,821	19,49
Razdražljivost	2,66	1,04	2,28	0,97	3,6	1,013	3,56
Družabnost	3,00	1,21	3,20	1,07	1,0	1,306	0,76
Obvladanost	2,38	1,16	2,72	0,97	2,9	1,141	2,53
Reaktivna agresivnost	2,00	0,99	2,28	1,03	2,0	1,021	1,92
Zavrtost	3,32	0,89	2,50	1,04	16,8	0,932	18,03
Odkritost	2,40	0,99	2,36	1,03	0,0	1,016	0,04
Ekstravertnost	2,74	1,23	2,88	1,02	0,5	1,274	0,38
Labilnost	3,76	0,52	2,96	1,09	16,0	0,725	22,07
Maskuliniteta	2,40	1,03	3,40	0,90	25,0	0,939	26,63

dopustljiv odziv v slogu »Moj zdravnik me vedno znova pošilja na preiskave in ne skopari s terapijo« ter »Imam zatega zdravnika, ki mi vedno, ko mi je hudo, predpiše stalež«.

Obratno, negativno je jakost bolečine povezana s konstruktivno akcijo na NRP ($r = -0,39$), maskulinstvo na FPI ($r = -0,35$) ter mobilizacijo notranje moči na NRP ($r = -0,32$), kar pomeni, da je pri osebah z močnejšo bolečino pričakovati manj neposrednih konfrontacij z nastalim problemom, manj smotrno rabo izkušenj, različnih možnih poti iz krize, zato pa več pristajanja na trenutno dobro, več znamenj bega in odlaganja, lažne tolažbe in sanjarjenja, več iskanja zunanje opore, a bolj v smislu možne čustvene razbremenitve kot pa zbiranja potrebnih informacij. Razen tega je pri osebah z večjo bolečino izraženih več »feminilnih« potez in manj optimizma, torej več omahovanja, več znamenj nagle zmedenosti, odpovedovanja, odvisnosti od tujih reakcij, pesimizma.

Sicer pa se osebe s kronificiranim tenzijskim glavobolom, kot lahko razberemo iz tabele 2, pomembno razlikujejo od neobremenjenih oseb po doživetih obremenitvah v obdobjih treh let pred pojavom oziroma po samooceni vloženih prilagoditvenih naporov v tem obdobju. Med obremenitvami pred pojavom bolečin prevladujejo telesne poškodbe ali bolezenske tegobe, ki jih je prizadeta oseba doživela ogrožajoče, motnje spanja, spremembe življenjskih razmer, spremembe finančnega stanja ter izguba bližnje osebe.

Zaradi konstitucijske šibkosti živčnega aparata se osebe s kronificiranim tenzijskim glavobolom hitreje vznemirijo (glej *moč ekscitacije* v tabeli 2) in slabše obvladujejo stresne situacije, ne le zato, ker slabše obvladujejo svoje reakcije (glej *moč inhibicije* v isti tabeli), temveč tudi zato, ker se v različnih okoliščinah slabše znajdejo, so manj fleksibilne (glej *mobilnost*).

Sploh pa osebe z glavoboli nastale probleme rešujejo manj produktivno, kar pomeni, da v spoprijemanju s težavami manj sistematične in vztrajne, nepremišljene in zaletave (glej *konstruktivna akcija*), problemov se lotevajo z manj osebne distance, tudi tako, da iščejo nadomestna zadovoljstva (glej *sprejetje/distrakcija*).

Pomembne razlike med tistimi z glavobolom in tistimi brez njega, se kažejo še v obsegu somatskih ekvivalentov čustvenih napetosti, depresivnosti, v stopnji razdražljivosti (FPI-4), zavrtosti (FPI-8), emocionalni labilnosti (FPI-N) in maskulinstvu (FPI-M) (glej tabelo 3). Osebe z glavoboli kažejo več somatskih ekvivalentov napetosti, več znamenja depresivnosti, so bolj razdražljive, a lahko tudi manj spontanah reakcij, čustveno bolj nepredvidljive in manj odločne.

Razprava

K revidirani predstavitvi pred leti opravljene raziskave bolečinskega stanja nas je napeljal nagel porast raziskav tovrstne tematike v svetu in z njimi povezanih novih spoznanj. Oboje, nove raziskave in odkritja, razen čvrstjših teoretskih modelov in

z njimi povezanih boljših izhodišč za nadaljnje raziskave, omogočajo končno tudi celovitejšo evalvacijo že zbranih podatkov. Če se ozremo po njih in začnemo prav na začetku, moramo ugotoviti, da v našem vzorcu aktivnih iskalcev zdravniške pomoči zaradi kronificiranega glavobola neorganskega izvora, najdemo največ žensk (72 %) v starostni skupini 39 do 43 let. Večina teh je poročenih, z nižjo do srednjo stopnjo šolske izobrazbe. Slika ne preseneča in je primerljiva s tujimi podatki. Tako je na primer iz podatkov WHO - projektne študije Centra za ženska vprašanja z Dunaja (Wimmer-Puchinger, 2000) znano, da se ženske:

- pogosteje od moških odločajo za obisk pri zdravniku in se tudi za 30 % pogosteje ravnajo po njegovih navodilih;
- pogosteje iščejo tudi pomoč pri psiholoških ali socialnih službah;
- jemljejo za tretjino več protibolečinskih sredstev kot moški;
- med zasvojenimi osebami s tabletami je 70 % več žensk;
- med 12 in 20 letom jemljejo osebe ženskega spola za 46 % več uspaval in navajajo za kar 300 % več nevrovegetativnih tegob.

Zbrani demografski podatki pa se ujemajo tudi z drugimi podatki, tako na primer tudi s podatki študije Holroyda, Malinoski, Davis in Lipchik (1999), le da je njihov podatek o deležu žensk v primerljivi skupini za 5 % višji (77 % žensk).

Če pogledamo naprej, lahko vidimo, da se osebe z glavobolom razlikujejo od »neprižadeti oseb« po obsegu obremenitev oz. po vloženi prilagoditvenih naporih. Ne bo odveč, če pri tem upoštevamo, da je podatek o obremenjenosti posledica subjektivnega doživljanja teže obremenitev, saj je pridobljen s samooceno zajetih oseb. Višji je pri osebah z glavobolom, vendar to ne pomeni, da so imele te v preteklem obdobju zares več problemov, pač pa zgolj to, da so jih na vsak način doživljale kot bolj nadležne. Tako sklepanje je toliko bolj opravičeno, saj izkazuje osebe z glavobolom po teoriji regulacije temperamenta (Strelau, 1990) tudi znake šibkejšega živčnega aparata. To pomeni, da se že ob manjših življenjskih zapletih hitreje vznemirijo in relativno blage okoljske vplive hitro doživijo kot moteče. V tej zvezi ni odveč spomniti na revidirano Lasleyevo nevropsihološko aktivacijsko teorijo iz leta 1951 (Lamovec, 1980), iz katere izhaja, da različne stopnje vzburjenj vodijo k različni kognitivni učinkovitosti pa tudi k specifično različnim vedenjskim spremembam. Prav zato lahko rečemo, da zajete prizadete osebe z višjo konstitucionalno vznurljivostjo (torej nižjo močjo ekscitacije) hitreje presežejo nivo optimalne kortikalne vzburjenosti ter posledično hitreje zdrsnejo v dezorganizirano mentalno stanje (pri čemer optimalni nivo odgovarja stanju usmerjene pozornosti in koncentracije, visok nivo vzburjenj pa vodi v stanje razbranosti in k težavam priklica spominskih sledi ter asociativno ne prav urejenemu miselnemu toku). Ker zajete osebe tudi slabše obvladujejo svoje impulze (nižja moč inhibicije) in so manj fleksibilne v iskanju rešitev (nižja mobilnost mentalnih procesov), je možno, da stresne situacije na koncu tudi zato slabše obvladujejo in jih doživljajo kot bolj nadležne od »neprižadeti oseb« iz kontrolne

skupine. Po Pavlovi teoriji (Lamovec, 1980) so odkrite karakteristike temperamenta najbližje melanholičnemu temperamentu (šibkost, inertnost, neuravnoteženost živčnih procesov), saj je izražena moč inhibicije višja od moči ekscitacije. Po avtorjevem mnenju se takšen temperament kaže v poudarjeni zavrtosti in pesimizmu ter mu na osebnostnem nivoju ustreza histerija, torej nizko vzburjenje v kortikalnih strukturah in zato višje vzburjenje v subkortikalnih predelih (emocije!). Kadar je takšen posameznik ogrožen, se zato odzove s konverzivno klinično sliko, ki je včasih videti kot slika popolne vedenjske dezorganiziranosti.

Izkazano konstitucionalno odzivanje prizadetih oseb se ujema s podatki o njihovem spoprijemanju s težavami, pa tudi z izkazanimi trajnejšimi osebnostnimi značilnostmi. Namesto konstruktivnih, »na rešitev problema« usmerjenih strategij spoprijemanja (analiza problema in samega sebe, aktivni pristop, sistematičnost, elastičnost in vztrajnost), kot v primerih: »Skušal sem biti kritičen do sebe in se iz vsega tega nekaj naučiti«, ali: »Problem sem reševal postopoma, korak za korakom«, prevladujejo v procesih spoprijemanja teh oseb pasivne oblike spoprijemanja in k »čustveni razbremenitvi« naravnane strategije reševanja problemov. Tako na primer kažejo več znamenj fatalizma: »Skušal sem se sprijazniti z usodo, včasih pač nimam sreče«, minimaliziranja: »Stvari nisem hotel vzeti preveč resno« ali izbruhov čustvene napetosti: »Nadrl sem nekoga od bližnjih«. Namesto soočenja s problemom kot v primeru: »Vedno znova sem se v mislih vračal k problemu in ga skušal bolje razumeti«, se njihova pozornost pogosto preusmeri drugam, na manj »boleče« vsebine, po sistemu: »Lotil sem se nečesa drugega, samo da sem se otrešel misli na problem, ki je nastopil«.

Ker so bolj kot na daljnosežne rešitve naravnani na trenutno ugodje, se zadovoljijo s trenutnimi rešitvami (ki pa običajno pomenijo kopičenje in slabšo rešljivost problema). Če njihov slog spoprijemanja označimo kot manj učinkovit, saj ga označujejo pasivni in nenačrtovani vedenjski, pesimistični in na trenutke celo katastrofično obarvani miselni vzorci, je seveda potrebno upoštevati tudi dejstvo, da načine spoprijemanja razen posameznika in njegovih osebnostnih karakteristik določa tudi sama stresogena situacija. Tako na primer problemi z zdravjem človeka vodijo k strategijam vrste »na emocionalno razbremenitev« naravnano vedenje za razliko od problemov na delovnem mestu, ki pa zahtevajo bolj reakcije tipa »na problem usmerjenega« spoprijemanja. Ocena oziroma zaključek o lastni ogroženosti (na primarnem nivoju), podobno kot ocena na sekundarnem nivoju (ocenjevanje lastnih potencialov in obvladljivosti težav) in to v smeri nerešljivosti problemov, oboje skupaj povzroči in terja predvsem čustveno razbremenjevanje nastalih napetosti. Razen tega je potrebno upoštevati, da v eksperimentalni skupini med zajetimi osebami s tenzijskim glavobolom prevladujejo osebe ženskega spola, te pa so, kot smo ugotavljali že na začetku razprave, bolj dovzetne za zdravstvene probleme. Tako lahko dobljeno stanje pripišemo tudi izsledkom o razlikah med spoloma, da se namreč ženske, prav zaradi večje skrbi za zdravje pogosteje rešujejo s strategijami čustvene razbremenitve, kakor moški, ki pa so jim pomembnejše teme in

rešitev problemov na delovnem mestu in zato bolj uporabljajo strategije, usmerjene na problem in akcijo. Sploh pa so raziskave v tej zvezi pokazale tudi, da višja kot je stopnja doživete ogroženosti (odkritje resne bolezni, izguba službe in preko njene socialne in ekonomske varnosti), več je miselnih in vedenjskih strategij fatalizma, magičnega mišljenja, religioznih tolmačenj in upov, torej k čustveni razbremenitvi usmerjenih strategij (Taylor, 1995). To kaže upoštevati tudi v našem primeru, a le kot zanimivost, saj tenzijski glavobol gotovo ne more biti objektivno ogrožajoč. Nedvomno pa pomeni doživljanje bolj ali manj stalne oziroma stalno ponavljajoče se bolečine subjektivno neugodje.

Če se ozremo po rezultatih na Freiburškem osebnostnem inventariju, vidimo, da izkazujejo osebe z glavobolom pomembno več fizioloških korelatov čustvene napetosti, višjo stopnjo depresivnosti in zavrtosti, več znamenj čustvene labilnosti in nezrelosti, nižjo obvladanost, a tudi večjo popustljivost in večjo odvisnost od socialnega okolja, več značilno feminilnih potez. Če gremo po vrsti, kot si sledijo dimenzije na inventariju, lahko rečemo, da te osebe izkazujejo pomembno več psihosomatskih motenj, kot so na primer motnje spanja, motnje krvnega obtoka, težave z dihanjem, vremenske preobčutljivosti in podobno, a tudi več znamenj prisotne nemoči in izgubljenega upanja (depresivnosti). Bolj kot druge jih določajo občutja praznine, osamljenosti in lastne insuficientnosti, bolj so izpolnjeni s tuhtanjem in pesimističnim pogledom na svet in sebe. Zaradi vsega naštetega ne preseneča, da imajo, kot kažejo zbrani podatki v strukturiranem intervjuju, v zadnjem letu tudi večji obseg obiskov pri zdravniku, več opravljenih preiskav, med njimi tudi agresivnejših, kot so endoskopske preiskave, pa tudi večji obseg konzumiranih medikamentov in več fizioterapevtskih obravnav. Nihče med njimi pa vse do trenutka zajetja še ni bil napoten in vključen v psihoterapevtsko obravnavo. Oboje, izražena somatizacija napetostnih stanj in poudarjena depresivna slika, se še kako ujema s tujimi raziskavami kronično ponavljajočih se bolečin in njihovimi opisi postopnega razvoja bolečinske bolezni (Groen, 1984; Holroyd idr., 1999; Keefe in Dunsmore, 1992; Melzack in Wall, 2003).

Gotovo je velik del odkritih karakteristik povezanih z napetostmi, ki jih doživljajo in načini, kako se jih osvobajajo osebe s tenzijskim glavobolom. V primeru višjega rezultata na dimenziji depresivnosti (FPI-3), pa najverjetneje ne gre toliko za trajnejše osebnostne poteze zajetih oseb, pač pa je po pričakovanjih to eden izmed glavnih opisovanih znakov razvitega bolečinskega sindroma.

Kot kaže kvalitativna analiza podatkov na FPI, imajo vključene osebe z bolečino megleno predstavo o sami sebi pa tudi o svetu okrog sebe. Osebnostno so manj čvrste, hitreje zmedene, z nizkim zaupanjem vase ter so prav zaradi šibkega občutka lastne kompetentnosti bolj odvisne od socialnega polja. Če upoštevamo teoretski konstrukt polja in kognitivnih slogov avtorjev Witkina in Goodenougha (1977), lahko celo rečemo, da se v preiskavo zajete osebe vrednotijo toliko in tako, kakor jih vidijo drugi ljudje. Izkazujejo kognitivni slog, ki ga Witkin označuje kot odvisni kognitivni slog: izpolnjeno se počutijo šele v zlitju z drugimi, zaradi česar so tudi

stalno na preži, kako jih »vidijo« drugi, saj v bistvu gledajo s tujimi očmi, podobno kot slišijo s tujimi ušesi in mislijo s tujo glavo. V medosebnem komuniciranju, kot pravi Witkin, te osebe zato toliko pozorneje spremljajo neverbalno komunikacijo drugih ljudi, zlasti njihovo obrazno mimiko, a tudi druga neverbalna sporočila morebitnega sprejemanja ali zavračanja, odobravanja ali nestrinjanja.

Zaradi zvišane odvisnosti in slabe samopodobe, pri čemer oboje povečuje sugestibilnost posamezne prizadete osebe, so procesi ojačevanja bolečinskih reakcij toliko živahnejši. Potekajo pa očitno tako na intra kot na intersubjektivnem nivoju. Samo-ojačevanje se, kot smo se prepričali iz zbranih rezultatov, najpogosteje kaže v obliki samo-opravičevanja in samo-nagrajevanja v slogu: »Šele bolečine me prisilijo, da si tudi jaz privoščim nekaj oddiha«, ali pa: »V olajšanje mi je, da se lahko umaknem in nikogar več ne slišim in ne vidim«.

Izkazana slika se sklada z dosedanjimi ugotovitvami – na eni strani o šibkejšem živčnem aparatu in posledično prej sproženih občutjih ogroženosti – na drugi strani pa s potezami pretežne konverzivne osebnostne strukturiranosti z večjo potrebo po zanikanju in iskanju takojšnjih, čeprav kratkotrajnih rešitev. Ne nazadnje tudi Bandura (1986) samo-nagrajevanje kot opazovan model odkriva predvsem pri osebah z nižje postavljenimi notranjimi kriteriji - kar pa odgovarja tako ugotovljeni konstitucijski šibkosti kot tudi ugotovljenim konverzivnim osebnostno-strukturiranim potezam zajetih »prizadetih« oseb.

Na nivoju zunanjih ojačevalcev imajo, kot kažejo podatki, najmočnejši učinek ojačitve bolečine oziroma bolečinskega vedenja (vedenjski vzorci izogibanja, verbalne izjave, neverbalna znamenja, konzumacija medikamentov, obiski zdravnikov, opravljanje preiskav, (Appelbaum, Radnitz, Blanchard in Prins, 1988) reakcije osebnega zdravnika in to posebej take njegove reakcije, ki izražajo do bolnika dopustljiv odnos v slogu: »Imam zlatega zdravnika, ko mi je hudo, mi vedno predpiše bolniški stalež«. Odziv partnerja in družinskih članov se je proti pričakovanjem pokazal kot manj pomemben od zdravnikovih reakcij, vpliv prijateljev pa sploh kot zanemarljiv in celo manjši od verbalnih reakcij sodelavcev (v slogu: »Sodelavci mi prigovarjajo naj že enkrat nekaj naredim zase in se upokojim«).

Glavobol ima za prizadeto osebo očitno pomembno notranje razbremenilno funkcijo. Prizadeti osebi omogoči umik brez občutij krivde. Njena potreba po pozornosti, in še bolj, potreba po razbremenitvi pred pritiski - tistimi od znotraj in onimi od zunaj – sta kot kaže pozitivna notranja ojačevalca bolečine oziroma bolečinskih reakcij prizadetih oseb.

V medosebnem komuniciranju, kot kažejo podatki, omogoča bolečina prizadetim osebam samozaščitno, regresivno pozicijo in vedenje. Zato ne preseneča njihova zvišana senzibiliziranost na reakcije osebnega zdravnika. Ta lahko s svojimi odločitvami navsezadnje (z recepti, napotnicami, predpisanimi bolniškimi dnevi) regresivnim potrebam posameznika ustreže ali pa obratno, posameznika v njegovih težnjah po položaju bolnika, po prednostih in koristih, ki jih ta položaj posamezniku prinaša v njegovih stikih z drugimi ljudmi, ustavi (razbremeni odgovornosti, osvo-

bodi visokih pričakovanj in pritiskov, pritegne zaželeno pozornost in vzpostavi bolj topel, predvsem pa popustljiv odnos drugih do prizadetega).

Zlasti del naše raziskave, v katerem smo preverjali verjetnosti notranjega in zunanjega pogojevanja bolečine in posledičnih vedenjskih sprememb, bi si gotovo zaslužil boljše raziskavo. Še posebno zato, ker preko odkrivanja »notranjih in zunanjih« vzdrževalcev bolečinskega vedenja, v bistvu odkrivamo manj znane, a za izvedbo organizirane psihološke pomoči, pomembne psihološke mehanizme razvoja bolečinske bolezni. Zlasti bi se kazalo posvetiti problematiki, ki jo je s svojim teoretskim konceptom internalnega (uspeh je rezultat lastnih vlaganj, itd.) in eksternalnega lokusa kontrole (uspeh je rezultat naključja, usode, sreče, odvisen od drugih, vplivnih oseb, itd.) ter ustrezajočih procesov instrumentalnega pogojevanja odprl Rotter, ki je tudi avtor Internalno-eksternalne lestvice kontrole, nastale leta 1966 (Colman, 2002). Zlasti v primeru preverjanja stanja pri mladih, bi se kazalo v podrobnostih opreti na Bandurjevo teorijo socialnega učenja, da se otrok in mladostnik namreč najpogosteje uči prav preko vzgledov v okolju (vpliv bolečinskega vedenja staršev, njihova prepričanja, stališča).

V celoti slika pritrjuje pozivom po interdisciplinarnem terapevtskem pristopu, kjer naj bo psihodinamika kronično ponavljajoče se bolečine čim prej prepoznana in kjer psihoterapevtska obravnava, prav zaradi začaranega kroga, v katerega je prizadeti običajno nemočno ujet, naj ne bi bila zadnja v seriji vseh drugih izkazanih oblik pomoči. V takšnem primeru je namreč nastala škoda na obeh straneh, pri bolniku in tistem, ki naj bi pomagal, večja.

Literatura:

- Appelbaum, K. A., Radnitz, C. L., Blanchard, E. B. in Prins, A. (1988). The Pain Behavior Questionnaire (PBQ): A global report of pain behavior in chronic headache. *Headache*, 28 (1), 53-58.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: Social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bele-Potočnik, Ž., Hruševar, B. in Tušak, M. (1981). *Freiburški osebnostni vprašalnik – priložnik [Freiburger Persönlichkeits Inventar]*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.
- Bucik, V. (2000). Načela priredbe psiholoških testov iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij: primer vprašalnika VTP [Principles of cross-cultural adaptation of an Inventory: The case of the Pavlov Temperament Survey]. *Psihološka obzorja*, 9 (3), 67-78.
- Cohn, N. (1983). Psychologische Faktoren und Prozesse bei der Entstehung und dem Verlauf von psychogenem Schmerz. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Medizinische Psychologie*, 33, 13-19.
- Colman, A. M. (2002) *Dictionary of Psychology*. Oxford New York: Oxford University Press.

- Fernandes, E. in Turk, D. C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61, 165-175.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Lehmann, J. F., de Lateur, B. J., Sand, P. L. in Trieschmann, R. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archive for Physiology, Medicine and Rehabilitation*, 54, 399-408.
- Fordyce, W. E., Lansky, D., Calsyn, D. E., Shelton, J. L., Stolov, W. C. in Rock, D. L. (1984). Pain measurement and pain behavior. *Pain*, 18, 53-69.
- Groen, J. J. (1984). Das Syndrom des sogenannten unbehandelbaren Schmerzes. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Medizinische Psychologie*, 34, 27-32.
- Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija* (str. 159-208). Jastrebarsko: HR, Naklada Slap.
- Holroyd, K. A., Malinoski, P., Davis, M. K. in Lipchik, G. L. (1999). The three dimensions of headache impact: Pain, disability and affective distress. *Pain*, 83(3), 571-578.
- International Headache Society (2004). International classification of headache disorders. ICHD-2nd ed. *Cephalalgia*, 24, 9-160.
- Keefe, F. J. in Dunsmore, J. (1992). Pain behavior: Concepts and controversies. *American Pain Society Journal*, 1, 92-100.
- Keefe, F. J., Dunsmore, J. in Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- Lamovec, T. (1980). *Eksperimentalni priročnik iz psihologije motivacije, emocij, osebnosti in učenja [Experiments in psychology of motivation, emotions, personality and learning: Manual]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Lamovec, T. (1990). *Spoprijemanje s stresom. [Coping with Stress]*. Gradivo za seminar. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.
- Loeser, J. D., Butler, S. H., Chapman, C. R. in Turk, K. C. (2001). *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott.
- Melzack, R. in Wall, P. D. (2003). *Handbook of pain management* (1st ed.). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Quint, H. in Janssen, P.L. (1987). *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Rakovec-Felser, Z. (1997). *Bolečina kot kompleksen, biopsihosocialni pojav*. Doktorska dizertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Strelau, J., Angleitner, A., Bantelmann, J. in Ruch, W. (1990). The Strelau Temperament Inventory-Revisited (STI-R): Theoretical considerations and scale development. *European Journal of Personality*, 4, 209-235.
- Stucky, C. L., Gold, M. S. in Zhang, X. (2000). Mechanism of pain. *3th annual Chinese-American Frontiers of Science Symposium, CA*.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. (str. 219-294 in 379-411). New York: Mc Graw – Hill.
- Turk, D. C., Flor, H. in Rudy, T. E. (1987). Pain in families. I. Etiology, maintenance and psychosocial impact. *Pain*, 30, 3-28.
- Wimmer-Puchinger, B. (2000). *WHO-Projektmodel*. Wien: Frauengesundheitszentrum Wien.

- Witkin, H. in Goodenough, D. R.(1977). Field dependence and interpersonal behavior. *Psychological Bulletin*, 84, 661-89.
- Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of personality* (2nd ed.). (str. 1-44). Cambridge: Cambridge University Press.