

BOLEČINA KOT KOMPLEKSEN, BIOPSIHOSOCIALNI FENOMEN

Zlatka Rakovec Felser

Ključne besede: prag za bolečino, toleranca za bolečino, bolečinski vedenjski vzorec, bolečina kot zaščitni in mobilizacijski dejavnik, bolečina kot oblika notranje razbremenitve, bolečina kot komunikacijsko sredstvo

Keywords: pain threshold; pain tolerance, pain behavior pattern, pain as a protective and mobilization factor, pain as a form of inner relief, pain as a means of communication

POVZETEK

Kadar govorimo o bolečini, neredko ob tem pomislimo na telesno poškodbo, ki bi jo naj sprožila. Mnogo redkeje pa imamo ob tem v mislih njene manj znane, a, kot kaže, nič manj pomembne dimenzije. Kajti, če drži trditev, da bolečinska zaznava ne odgovarja jakosti dražljaja, ki jo sproži, kot tudi njeno doživetje in zunanji izraz ne ustrezata jakosti same razprave, nam je jasno da bolečino, razen nevroanatomskih, fizioloških in biokemijskih mehanizmov, še kako določajo psihološki pa tudi socialni in sociokulturni dejavniki. Bolečinsko zaznavo in posameznikovo odzivanje nanjo še kako oblikujejo njegove izkušnje iz preteklosti, njegove trenutne težnje in pričakovanja, a tudi reakcije in vrednote njegovega okolja.

S prispevkom, ki je pred nami, želimo opozoriti prav na to, na kompleksnost fenomena bolečine.

PAIN AS A COMPLEX BIOPSYCHOSOCIAL PROBLEM

ABSTRACT

Speaking of pain, we often think of a physical injury causing it. Much more rarely we think of its less known, but apparently no less important dimensions. If the statement that the perception of pain does not correspond to the intensity of the stimulation provoking it and that the experiencing of pain and its exterior expression do not correspond to the intensity of the perception itself is true, then it becomes clear that pain is determined not only by neuroanatomical, physiological and biochemical mechanisms but also by psychological as well as social and sociocultural factors. The perception of pain and the individual's reaction to it is based on his past experience, his present aspirations and expectations as well as on the reactions and values of his surroundings.

With the present paper we wish to stress the complexity of the phenomena of pain.

Če želimo razumeti pojav bolečine, je prav, da se najprej spomnimo opredelitve, kakršno je 1. 1979 izoblikovalo *Mednarodno združenje za študij bolečine (IASP)*. Združenje bolečino opredeljuje kot senzorično in emocionalno doživetje, povezano s stanji neugodja. V bistvu naj bi šlo za zaznavo in doživetje hkrati, s funkcijo opozorila na že obstoječo ali šele grozečo, domnevno tkivno spremembo.

Nekako tako pojav bolečine opredeljujejo tudi posamezni avtorji s tega področja.

Langen vidi v bolečinski zaznavi tako telesni občutek kot tudi duševno odzivanje na ta občutek.

Bassler pa tudi *Merskey*, *Spear* in *Sternbach* poudarjajo predvsem sporočilni pomen bolečinske zaznave. Menijo, da gre v primeru bolečine za neprijetno senzacijo, ki sproži intimno doživetje telesne ogroženosti. Ta ne le da opozarja na morebitno nevarnost, pač pa hkrati mobilizira posameznikove samozaščitne reakcije. Prav zaradi tega bi naj bil pojav podoben signalom lakote in žeje. Tako kot tovrstna stanja, naj bi tudi bolečinska zaznava posameznika informirala o njegovem notranjem stanju in ga spodbujala k določenim reakcijam. Razen tega naj bi bil pojav na nek način soroden strahu; kot strah naj bi posameznika navajal k reakcijam bega oz. umika, in obratno, k borbi oz. k spopadu.

Takšne primerjave se zdijo sprejemljive, če upoštevamo dejstvo, da je bolečinsko zaznavo v bistvu vselej spremlja občutje neugodja, trpljenja oz. stanje realno bolj ali manj upravičenih bojazni.

Če upoštevamo, da je sleherni posameznik neločljiva psihofizična celota, pomenijo razlage še nekaj drugega. Ker je doživetje bolečine povezano z bolj ali manj intenzivno subjektivno ogroženostjo, lahko sklepamo, da je tudi telesno odzivanje na bolečinska

stanja podobno tistim fiziološkim reakcijam, ki jih sprožijo čustva strahu in anksioznosti. V fiziološkem smislu torej, podobno kot stanje strahu, tudi bolečinsko stanje sproži premik od prevlade parasimpatične nevrovegetativne aktivnosti k zvišani dejavnosti simpatičnega dela nevrovegetativnega sistema.

Povedano z drugimi besedami, tudi fiziološke reakcije kažejo na to, da je bolečina ne le opozorilo, pač pa tudi mobilizacijski mehanizem. Ker je povezana z neugodjem in anksioznostjo, ne le da posameznika sili k določenim vedenjskim vzorcem, ampak bistveno posega tudi v njegovo telesno dogajanje. Stanja relativne umirjenosti zamenjajo stanja zvišane telesne vzdraženosti.

Že iz doslej povedanega - na to je opozarjal že *Sternbach* - je jasno, da je razmejitev med t.i. "pravo", somatogeno ali organsko bolečino, in funkcionalno, psihogeno bolečino, dokaj problematična. Ostre meje v večini primerov namreč ni mogoče potegniti. Če namreč bolečina sproži določena čustvena stanja in z njimi povezane fiziološke reakcije, lahko tudi obratno določena čustvena stanja in spremljajoče vegetativne reakcije izzovejo bolečinsko zaznavo. Morda prav zaradi tega *Merskey* in *Spear* govorita o naslednjih bolečinskih stanjih, ki se med seboj razlikujejo predvsem po izvoru:

- bolečina, ki se pojavi kot posledica ogroženosti telesne integritete;
- bolečina, ki nastane kot substitut in je posledica čustvene in telesne napetosti. Izzovejo jo izvenzavestne bojazni, da se tabuizirani impulzi, zlasti še impulzi agresije, utegnejo prebiti skozi obroč potlačitve;
- bolečina, ki v medosebnem odnosu posamezniku služi kot neke vrste pomožno komunikacijsko sredstvo in se pojavi le pri določeni osebnostni strukturi (*Engel-Pain prone Personality*).

Bolečina torej ni le simptom telesne bolezni, pogosto je povsem samostojen problem, ki ga sprožijo dokaj različni vplivi. Lahko bi jo opredelili kot fiziološki, nevrološki, biokemijski, pa tudi kot psihosocialni pojav. Kot poudarja *Sternbach* (1968), je to vselej kompleksen fenomen, ki ga na abstraktni ravni lahko opredelimo kot:

- osebno doživetje;
- moteči dražljaj, ki signalizira obstoj al šele napoveduje morebitno oz. domnevno nevarnost;
- vzorec vedenjskih reakcij, ki organizem ščiti pred kvarnimi vplivi.

Kakorkoli že, če pregledamo literaturo, ki obravnava tovrstno problematiko, lahko ugotovimo, da zanesljivega oz. kompaktilnega teoretskega modela za razumevanje fenomena bolečine še ni. Kljub opravljenim študijam žal še vedno ni trdnejših izhodišč, da bi pojav lahko sistematično opredelili.

Morda kaže k vsemu doslej povedanemu dodati, da bolečino na zaznavnem, afektivnem in vedenjskem nivoju določajo številni mehanizmi oziroma vplivi. Razloge zanjo lahko odkrijemo v fiziološko biokemijskih, perifernih ter centralnih bolečinskih mehanizmih. Njena jakost in intenzivnost sta pogosto odvisni od vseh treh, med seboj tesno prepletenih sistemov oziroma od naslednjih povzročiteljev:

- dejavnikov, ki bolečinske mehanizme aktivirajo oz. vzdržujejo v aktiviranem stanju;
- somatskih dejavnikov;

- biopsihosocialnih dejavnikov.

Glede trajanja pojava razlikuje *Baar* naslednje vrste bolečinskih stanj:

- akutno bolečino,
- protrahirano bolečino,
- kronificirano bolečino,
- kronično, kronično-recidivantno bolečino,
- bolečinsko bolezen.

O **akutni bolečini**, meni avtor, smemo govoriti tedaj, ko bolečina traja dan do enega tedna. Tovrstna bolečina poleg motoričnih in simpatičnih refleksov povzroči tudi psihične reakcije, kot sta strah in zaskrbljenost, ter prav zato vodi k določenim vedenjskim reakcijam. Ker ima pojav funkcijo svarila - posameznika opozarja na spremenjeno telesno stanje - ga sili k iskanju pomoči. Ker je povezana z doživljanjem neugodja, posameznika vodi k umiku ali k spopadu. Po tej plati je fenomen podoben stanjem strahu in bojazni, in to ne le na psihičnem pač pa tudi na fiziološkem nivoju. Izzove namreč podobne nevrovegetativne premike, kot jih običajno vzbudijo čustvena stanja strahu in tesnobe.

O **protrahirani bolečini**, ki traja teden do mesec dni, govorimo, če zaradi diferencialno-diagnostičnih težav, zaradi odložene kavzalne terapije ipd. bolečina traja dalj, kot bi v primeru, ko do takšnih zapletov ne bi prišlo.

Kronificirana bolečina traja po avtorju navadno približno leta dni. Zlasti ob posegih na gibalnem aparatu lahko bolečina kljub odstranitvi vzroka persistira. Do tega fenomena pride, ko so težave pred posegom trajale dalj časa in je posameznik zato že zavzel določeno zaščitno telesno pozicijo, ki pa je povzročila insuficientnost določenih mišičnih skupin. Sekundarne okvare gibalnega aparata naj bi bile skupaj z ostalimi nesomatskimi dejavniki torej razlog za tovrstni pojav bolečine.

Kronična, kronično-recidivirajoča bolečina traja več kot leto dni, navadno desetletja, in sicer tako, da se z vmesnimi prekinitvami pojavlja tedne ali celo mesece dolgo ter postane v bistvu že sestavni del posameznikovega življenja. Verjetno ni potrebno poudariti, da so tovrstne bolečine največkrat povezane s problemom odvisnosti od različnih analgetikov pa tudi s problemom osebnostnega spreminjanja.

V primerih, ko bolečina traja dalj časa in se zaradi tega prične posameznik tudi osebno spreminjati, govorimo o **bolečinski bolezni**. Posameznik se z bolečino najprej sooči oziroma se je prične zavedati. Občuti različne neprijetnosti, na te sprva čisto telesne občutke pa se naveže še psihično doživljanje takega stanja. Jakost in trajanje bolečin oziroma drugih neprijetnih senzacij si posameznik seveda razlaga na svoj način. Trpljenje, s katerim je bolečina povezana, ustvarja v njem določen bolezenski pritisk. Največkrat si zato ustvari nov sistem vrednot ter temu primerna pričakovanja in zahteve do sebe in drugih, pri čemer sta bolečina in splošno počutje seveda v središču njegove pozornosti. Bolezenski pritisk, ki je odvisen od tega, ali se je bolečina razvila naglo ali postopoma, posameznika sili k akciji. Želja pojasniti si poreklo bolečin in se rešiti mučnih občutenj ga privede do zdravnika. Obisk je seveda povezan s pričakovanji ozdravitve. To pomeni, da se v primeru neučinkovitih terapevtskih ukrepov prebudi v njem nezaupanje, pojavijo se novi strahovi, ali z

drugimi besedami, bolezenski pritisk se le še poveča. Bolnik, še vedno poln upanja, hkrati tudi negotovosti, pričakuje nove preiskave, drugačno terapijo in največkrat tudi drugega zdravnika. Če v tem ni pomirjen, postaja vse bolj resigniran, bolečina zavzame v njegovem življenju osrednje mesto. Največ njegovih misli in početja izvira prav iz nje, kar pomeni, da zaradi njegovih težav prične trpeti kvaliteta in kvantiteta njegovih socialnih kontaktov, učinkovitost na delovnem mestu, krhajo se odnosi z družinskimi člani itd. Če se temu pridružijo še rentna pričakovanja, je začaran krog sklenjen. Bolnikovo stanje, ki ga permanentno ali recidivirajoče določajo bolečine, tako vzdržujejo še psihološki dejavniki, tako da lahko v celoti govorimo o situaciji bolečinske bolezni. Čeprav je bila bolečina sprva vodilni simptom, je med kronifikacijo prišlo do tolikšnega obsega somatopsihičnih ter psihosomatskih sprememb, da lahko tokrat že govorimo o bolečinskem sindromu.

Baar govori o t.i. primarnem bolečinskem sindromu in o t.i. sekundarnem bolečinskem bolezenskem stanju.

Kot **primarno bolečinsko bolezen** označuje tiste primere, kjer ni najti organskega substrata bolečine oziroma je substrat patofiziološko ali patoanatomsko znan, vendar ni dostopen za kavzalne somatsko-medicinske terapevtske ukrepe (migrena, medikamentozno induciran glavobol). Razen preokupacije z bolečino imamo opraviti v tem primeru še z obsežno depresivno simptomatiko oziroma s sliko energetske uvelosti.

Pri približno 40% vseh bolnikov s kronično bolečino lahko govorimo o iatrogenih učinkih diagnostičnega in terapevtskega ukrepanja ter bolečinsko sliko označimo kot **sekundarni bolečinski sindrom**. Sem sodijo kronična bolečinska stanja po travmatskih ali kirurških amputacijah, brazgotinske bolečine, stanja po poškodbah živcev in podobno. Slika spominja na samostojno somatopsihično bolezensko stanje, čeprav bi lahko rekli, da je lahko tudi psihosomatsko povzročena.

Groen sliko bolečinskega sindroma razlaga na naslednje načine:

1. Lahko rečemo, da nekatere osebe, ki trpijo zaradi razvitega bolečinskega sindroma, v bistvu preživljajo **eksistenčno krizo**, ki pa jo občutijo kot telesno bolečino, in sicer tako drugi ljudje na primer nanjo reagirajo z depresijo ali z difuznimi telesnimi disfunkcijami.

2. *Freud* je takšno stanje označeval kot **konverzijo**. Kasnejši avtorji so govorili o **psihobioloških reakcijah**, in sicer v primerih, ko določeni konflikti niso bili razrešeni na zavestnem nivoju in se zato manifestirajo kot simptom, ki ima moč pritegniti pozornost okolja, izsiliti popustljivejši odnos do prizadete osebe ipd. *Groen* je predlagal novo oznako za ta pojav, in sicer govori o **substituciji** oziroma o **preskoku**. Pravi, da centralni živčni sistem določeno čustveno stanje "preobleče" in mu da nek drugačen, substituiran izraz. Seveda pa proces substituiranja oziroma preskoka ni anatomski, pač pa funkcionalni proces, tako da ni povsem jasno, kje v možganih pride do preskoka oziroma kje se frustracija transformira v bolečino.

3. *Kielholz* je opozoril, da se za funkcionalnimi bolečinami lahko skriva depresija, ki jo je prav zato poimenoval **larvirana ali maskirana depresija**. Za občutji utrujenosti,

nemoči in neučinkovitosti se lahko skrivajo bolj ali manj prikrite, dalj časa zatajevane agresivne potrebe. Prizadete osebe sicer izkazujejo izgubo apetita, interesov, pobud, spolnega poželenja, spanja ipd., na drugi strani pa tudi veliko odvisnost od medikamentov, od tuje pomoči, razumevanja, pozornosti itd. Opisano vedenje "biti odvisen od drugih", "biti nezmožen postaviti se na lastne noge", "prositi druge za pomoč" je največkrat sekundarno ojačevano, in to toliko bolj, kolikor manj so si ga pred tem drznile izraziti.

Pogosto se dogodi, da se manifestno depresivno vedenje odrine, čustva žalosti potlači in vse skupaj konvertira v doživljanje bolečine. Groen zato meni, da je v tem primeru bolj primerno govoriti o **konvertirani depresiji** kot pa o maskirani depresiji.

4. Za bolezensko sliko je značilna preokupacija z lastnim telesom oziroma s telesnim dogajanjem sploh. Ker gre za kombinacijo depresije in ekscesivnega, egocentričnega ukvarjanja z domnevno telesno ogroženostjo, pravi, da bi stanje lahko ustrezneje poimenovali kot **melancholia hiperalgetika**.

5. Klinično-farmakološki bolniki z razvito sliko bolečinske bolezni reagirajo na funkcionalni način: pravi analgetiki jim največkrat ne pomagajo. Včasih so bolj učinkovita antidepresivna oz. anksiolitična sredstva, pri nekaterih bolj pomagajo sedativi in uspavala. Lokalne injekcije na mesto bolečine imajo običajno placebo učinek: v začetku je učinek apliciranega sredstva velik, kasneje, s ponavljanjem pa olajšanje slabi.

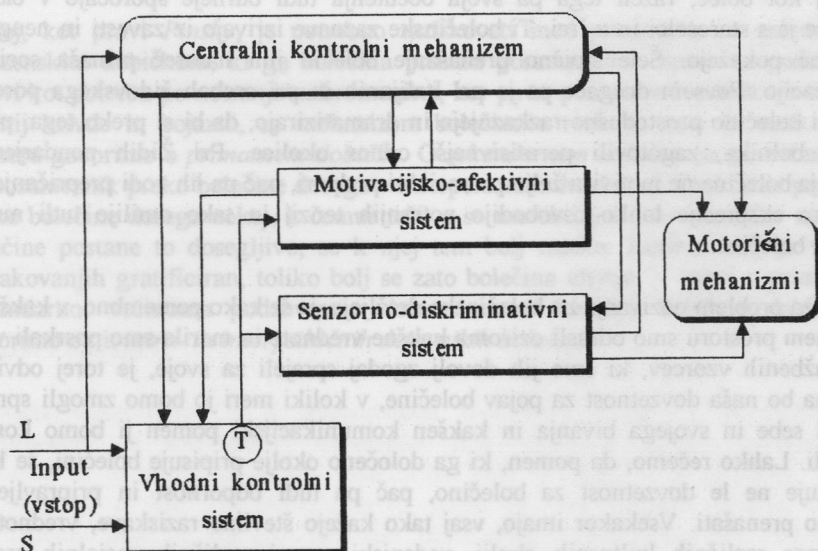
PSIHOFIZIOLOŠKI IN BIOLOŠKI DEJAVNIKI BOLEČINE

Melzack in Wall sta leta 1983 razvila koncept t.i. **vhodne kontrole** (Gate Control Theory), ki sta ga zasnovala na kibernetnem modelu kompleksnih povratnih učinkov. Govorita o spinalnem modulacijskem sistemu, senzorno-diskriminacijskem, motivacijsko-afektivnem in centralno-kontrolnem sistemu. Svojo razlago bolečine sta shematsko ponazorila (glej sliko 1).

a) Avtorja menita, da intenzivnost vhodnih dražljajev, ki od receptorjev potekajo po perifernih vlaknih, kontrolira **spinalni modulacijski sistem**. Kontrola poteka v T-celicah v zadnjih rogovih hrbtenjače. Odločilnega pomena je t.i. *substancia gelatinosa*, ki, poenostavljeno povedano, opravlja vlogo nekakšnih vhodnih vrat. Če so vrata priprta, je posameznik za bolečinski dražljaj slabo sprejemljiv. In obratno, če so široko odprta, je posameznik na dražljaje s periferije posebno dojemljiv. O tem, kolikšna bo odprtost, pa odločajo signali, ki pritekajo po navzdol potekajočih progah, in to iz možganskega debela, iz limbičnega sistema, a tudi iz senzoričnih delov skorje velikih možganov. Šele potem, ko dobi vhodni dražljaj na takšen način svojo težo, je odposlan naprej, in sicer po navzgor potekajočih vlaknih v anterolateralnih progah. Tako bo na primer čustveno vznemirjen posameznik bolečinski dražljaj hitreje in močnejše zaznal kot bolečega, kajti spremljajoča vegetativna aktivnost bo vhodna vrata za bolečino široko odprla. Njegov prag za bolečino se bo tako bistveno znižal.

b) Če *spinalni modulacijski sistem* določa, kakšna bo posameznikova dojemljivost za bolečinski dražljaj, potem **senzorno-diskriminativni sistem** poskrbi, da je vhodni dražljaj prostorsko, časovno, oziroma kvalitativno opredeljen. Ta del posameznikovega telesnega aparata opozarja, od kod oziroma kje se bolečina oglašča, kakšne vrste je, koliko časa traja, ali se ponavlja ali ne ipd.

c) **Motivacijsko-afektivni sistem** je nekakšen centralni sprejemnik. Pravimo, da oblikuje sporočilo o stopnji neugodja, sproži posameznikove obrambne mehanizme, ga sili k reakcijam, katerih cilj je prekinitev ali vsaj ublažitev bolečin, ipd. Sistem zajema posameznikov spomin in vse dotedanje podobne izkušnje, znotraj le-tega dobi bolečina poseben, subjektivno obarvan pomen. Zajema njegovo trenutno počutje, njegovo trenutno motiviranost, da bolečinski dražljaj sprejme kot moteč in da nanj tako tudi reagira (toleranca za bolečino).



Slika 1 Kibernetični model nastanka bolečine
- teorija vhodne kontrole (Malzack, Wall)

d) Končno imamo še t.i. **centralni kontrolni sistem**. Ta bolečinski dražljaj oceni na osnovi predhodnih izkušenj, na osnovi možnih posledic in razpoložljivih ukrepov, pa tudi na osnovi osebnega, tudi simbolnega pomena. Lahko bi rekli, da sistem zaznava analizira in določa psihomotorne, kognitivne in emocionalne reakcije nanjo. Vse to ima povratne učinke, in to tako na *vhodno kontrolni* kot na *senzorno-diskriminativni* ter *motivacijsko-afektivni* sistem. Posameznik, operiran zaradi malignoma, bo na pojav

bolečine v predelu telesa, kjer je bil operiran, gotovo drugače reagiral kot tisti, ki mu zdravje nikoli dotlej ni povzročalo skrbi in negotovosti. Prizadeta oseba bo budneje spremljala dogajanje v svojem telesu in na morebitne spremembe tudi hitreje ter močneje odreagirala.

SOCIOKULTURNI DEJAVNIKI BOLEČINE

Na bolečinsko zaznavo pa tudi na reakcije nanjo vplivajo tudi družbene oz. kulturološke razmere, v katerih prizadeti posameznik živi ali jim pripada. Tako sta *Hollingshead* in *Redlich* ugotovila, da ljudje z nižjim socialnim statusom pogosteje svoje emocionalne stiske "preoblečejo" v telesne tegobe oziroma bolečine. *Zborowski* in *Sternbach* sta ugotovila, da Američani italijanskega porekla hitreje zaznajo določen dražljaj kot boleč, razen tega pa svoja občutenja tudi burneje sporočajo v okolje. Drugače je s staroselci in z Irci. Ti bolečinske zaznave izrivajo iz zavesti in neugodja zlepa ne pokažejo. Šele stoično prenašanje bolečin jim namreč prinaša socialno gratifikacijo. Povsem drugače pa je pri Italijanih in pri osebah židovskega porekla. Italijani bolečino prostodušno razkazujejo in dramatizirajo, da bi si preko tega, preko statusa bolnika, zagotovili permissivnejši odnos okolice. Pri Židih poudarjenega izražanja bolečine ne motivira želja po socialni podpori, pač pa jih vodi prepričanje, da se preko ekspresije lahko osvobodijo notranjih tenzij in tako omilijo tudi mučen občutek bolečine.

Ko gre za problem odzivanja na bolečinske dražljaje, je še kako pomembno, v kakšnem kulturnem prostoru smo odrasli oziroma kakšne vrednote in merila smo posrkali vase. Od družbenih vzorcev, ki smo jih dovolj zgodaj sprejeli za svoje, je torej odvisno, kolikšna bo naša dovzetnost za pojav bolečine, v koliki meri jo bomo zmogli sprejeti kot del sebe in svojega bivanja in kakšen komunikacijski pomen ji bomo končno pripisali. Lahko rečemo, da pomen, ki ga določeno okolje pripisuje bolečini, še kako sooblikuje ne le dovzetnost za bolečino, pač pa tudi odpornost in pripravljenost bolečino prenašati. Vsekakor imajo, vsaj tako kažejo številne raziskave, vrednote in preference različnih kulturnih okolij, vedenjski vzorci različnih socialnih sredin, skupaj s psihičnimi in somatskimi funkcijami svoj vpliv tudi na bolečinsko zaznavo, na odpornost na bolečino pa tudi na njene zunanje izraze.

PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI BOLEČINE

Če upoštevamo triplastnost bolečine, kot jo poudarja *Birnbaum* (1984), in sicer pojav bolečine z vidika fizioloških procesov, z motorično vedenjskega in končno še subjektivno-kognitivnega vidika, ne moremo zaobiti bioloških, socio-kulturnih in psiholoških dejavnikov. Ne le da splošno telesno počutje, spol, starost in drugi biološki faktorji lahko vplivajo na prag za bolečino, njeno toleranco in reakcijo nanjo, pač pa lahko na vse to vplivajo tudi socialni in kulturološki dejavniki. Podobno lahko rečemo za psihološke dejavnike. Pomen teh dejavnikov pri pojavu bolečine krepi zlasti dejstvo, da tkivna okvara ni niti nujen niti zadosten razlog za nastanek bolečine. Bolečina ni odvisna le od anatomskega substrata, saj jakost doživete bolečine še zdaleč ne ustreza

stopnji organske okvarjenosti. Še manj je z jakostjo bolečinskega dražljaja povezano vedenje, ki bolečino spremlja. Prav dejstvo, da se bolečinska zaznava in njen zunanji, vedenjski izraz javljata ne glede na organski substrat, potrjuje vlogo psiholoških dejavnikov, in to ne le v procesu nastajanja, temveč tudi v procesu utrjevanja oziroma kronifikacije bolečine. Seveda pa, kot opozarjata *Merskey* in *Spear*, smemo govoriti o psihogeni bolečini šele tedaj, ko obstajajo emocionalne tegobe, ki so proporcionalne telesnim težavam, in to le v primeru, da jih lahko po določenih kriterijih tudi opredelimo.

Bolečina je vedno subjektivno obarvano doživetje, za vsakogar v bistvu specifična osebna izkušnja. Doživljamo in opisujemo jo na različne načine: kot zbadanje, ščipanje, kot zvijanje, trganje, tiščanje ipd. Pospremljena je z osebnimi občutki in asociacijami, svoj zunanji izraz pa najde na fiziološkem nivoju, v verbalnih in neverbalnih vedenjskih posameznikovih reakcijah.

Vselej, kot pravi *Pinsky*, je potrebno razlikovati med primarnim in sekundarnim bolezenskim dobičkom, ki ga bolečina prinaša posamezniku. Sprva se podzvestno pojavi kot potreba po notranji razbremenitvi, ker pa se posameznik preko nje osvobaja občutij krivde in bojazni, se mehanizem bolečinske reakcije zato še utrdi. V tem primeru govorimo o *primarnem dobičku*. O *sekundarnem dobičku* pa govorimo tedaj, ko posameznik preko bolečine dosega v interpersonalnih odnosih konkretne prednosti. Preko bolečine dosega nekaj, k čemur teži, a se mu običajno izmuzne. Ker mu preko bolečine postane to dosegljivo, se k njej tem bolj zateka. Kolikor bolj je v svojih pričakovanih gratificiran, toliko bolj se zato bolečina utrjuje. V zvezi s primarno in sekundarno, večinoma podzvestno determinirano funkcijo bolečine, lahko torej govorimo o t.i. *intra- in interpsihičnih dejavnikih bolečine*.

Counter-transference is a phenomenon that applies for all psychotherapeutic approaches. It was mostly developed and understood in the psychoanalytical schools of therapy, but applies also for the work in the group of relatives, bereaving suicide of a kin. The authors try to focus on the clinical material from their therapeutic practice, the problems and blind spots from the field that might obstruct the efficient work with these patients if not strictly supervised.

INTRODUCTION

The term countertransference was first mentioned by S. Freud in 1910 (Yalom, 1985). He described it as the patient's influence on the therapist's unconscious processes, which he can recognize and analyse only to the limit of his own inner conflicts and defenses. Counter-transference influences the therapist's understanding or non-understanding of the patient's problems, as the patient represents the object from the therapist's past in which he projects his early experience.

As we can see it now, counter-transference is always influenced by both subjective and objective factors, subjective being the following:

