

Doc. dr. Elvira Čekić
Univerzitet u Sarajevu / University of Sarajevo
Fakultet za kriminalistiku, kriminologiju i sigurnosne studije /
Faculty of Criminalistics, Criminology and Security Studies
ecekic@fkn.unsa.ba

UDK 159.97

Pregledni naučni rad

DEFINICIJA I PROCJENA DUŠEVNE BOLI: PREGLED ISTRAŽIVANJA

DEFINITION AND THE ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL PAIN: RESEARCH REVIEW

Sažetak

Duševna bol je veoma prisutan društveni problem i kao takav može imati izraženo negativan efekat na sve aspekte funkcioniranja osobe, a posebno negativne posljedice ostavlja na hroničnu bol i mogućnost razvoja komorbidnih psihičkih poremećaja. Pojavu psihičkih simptoma kliničari su nerijetko skloni označiti „normalnom“, odnosno prihvatljivom reakcijom na tjelesne tegobe. Emocionalna bol ili patnja ne manifestira se samo na psihološkom nivou, već je obično na određeni način prisutna i u samom tijelu. Kod fizičke boli postoji očigledna povezanost između svjesnosti o fizičkoj lokaciji boli u tijelu i psihološkog iskustva boli, što nije slučaj kada je u pitanju emotivna bol. Cilj ovog rada je sistematizacija i klasifikacija naučnih saznanja i spoznaje o duševnoj boli. Rad je zasnovan na rezultatima savremenih istraživanja iz psihologije i drugih srodnih nauka i naučnih disciplina o društvenom i naučnom problemu. Procjena duševne boli od velikog je značaja zbog posljedica koje sa sobom povlači – prvenstveno narušen fizički i psihički integritet ličnosti, jer um i razum i emocije su u osnovi uslovljeni normalnom egzistencijom tijela, organizma. Procjena duševne boli može imati značajne rezultate u aplikativnim naučnim istraživanjima i savremenoj društvenoj praksi.

Ključne riječi: *duševna bol, tjelesna bol, patnja, psihički poremećaji, depresija, samoubistvo, ožalošćenost, procjena duševne boli.*

Summary

Psychological pain is a social issue which is highly present in societies, and can accordingly have a significant negative effect on all aspects of a person's existence with particularly harmful consequences on chronic pain, thus increasing the possibility of developing comorbid psychiatric disorders. Clinicians often tend to label the appearance of psychological symptoms as a "normal" or usual response to physical ailments. Psychological pain or suffering is not only manifested on a psychological

level, nonetheless, it is usually in a certain way immanent in the body itself. As regards the physical pain, there is an evident connection between awareness of the physical spot of pain in the body and the psychological experience of pain, which is not the case when it comes to emotional pain. The aim of this paper is to systematize and classify scientific findings and knowledge about psychological pain. The paper is based on the results of contemporary research in the field of psychology and other related sciences and scientific disciplines related to social and scientific issues. Psychological assessment of pain is of great importance due to the consequences it entails –including primarily the impaired physical and psychological integrity of a person, since the mind, reason, and emotions are mainly conditioned by the normal existence of the body. Psychological assessment of pain can have significant results in applied scientific research and modern social practice.

Key words: *psychological pain, physical pain, suffering, mental disorders, depression, suicide, grief, psychological assessment of pain.*

Uvod

Bol je sastavni dio svakodnevnog života i za većinu ljudi je svakodnevna pojava, doživljaj negativnog iskustva, pri čemu posebnu važnost imaju emocije. To je fizičko i emocionalno iskustvo, te veliki zdravstveni problem koji narušava kvalitet života. Osobine, svojstva i karakteristike ličnosti individualno su specifične, pa shodno tome i doživljavanje boli je razno i različite su njegove manifestacije. Bol je, također, „univerzalno iskustvo, koje je glavni uzrok patnje i onespособljenosti“ ljudi u savremenom svijetu (Alispahić 2016, Ivanušić i Harangozo 2014, Rijavec i Grubic 2012).

Bol je, prema psihološkim istraživanjima Borisa Petza i drugih autora, „složeni doživljaj koji uključuje perceptivno-kognitivnu, čuvstvenomotivacijsku i ponašajnu komponentu, a nastaje djelovanjem intenzivnog podražaja ili/i oštećenjem tkiva u organizmu“ (Petz i sur. 2005). „Doživljeni intenzitet boli“, prema njima, „rezultanta je složene interakcije neurofizioloških, psihičkih i sociokulturnih faktora.“ Na doživljaj boli mogu uticati različiti psihički faktori. „Bol obično rezultira različitim oblicima ponašanja, čiji je cilj prekidanje djelovanja nociceptivnog podražaja, odnosno uklanjanje osjeta boli“ (ibid.). Prema navedenim istraživanjima, „postoje različiti principi klasifikacije boli, pri čemu se „najčešće razlikuju akutna i kronična bol“,¹ a zatim površinska, dubinska, oštra i mukla bol, kao i psihogena (ibid.).

¹ „Akutna bol je relativno kratkotrajna. Prate je različite promjene u vegetativnom živčanom sustavu, kao što su ubrzani puls, povišeni krvni tlak, povećani tonus skeletnih mišića itd.

Bol je, prema Internacionalnoj asocijaciji za istraživanje boli (International Association for the Study of Pain – IASP, 2016), „neugodno osjetno i emocionalno iskustvo povezano sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva... Bol je uvijek psihološko stanje, najčešće uzrokovano neposrednim fizičkim uzrokom“ (IASP 2016, Tossani 2012, Braš 2009, Ivanušić i Harangozo 2014, Alispahić 2016). Navedena definicija uzima u obzir tjelesnu i psihološku komponentu boli, po kojoj je bol u osnovi emocionalni ali istovremeno i čulni i emocionalni doživljaj. Ova definicija, sa stanovišta psihologije, naglašava važnost emocionalnog faktora za doživljaj boli.

IASP je, polazeći od određenih kritika, kao što je, primjera radi, posebno „opis boli kao iskustva koje je ili povezano s oštećenjem tkiva ili može biti opisano i iskazano u terminima takvog oštećenja“, nastojala da proširi navedenu definiciju boli, sa ciljem da uključi glavna obilježja boli, objašnjavajući povezanost psiholoških faktora i boli, ukazujući na važnost fizičkog i emocionalnog iskustva, te priznajući važnost psiholoških komponenti bolnog doživljaja (IASP 2016, Craig i Hadjistavropoulos 2004, Anaud i Craig 1996, Eccleston 2011, Turk i Okifuji 1992, McGrath 1994, Norton, Asmundson, Norton i Craig 1999, Alispahić 2016). U tom cilju IASP je predložila novu definiciju boli sa popratnim karakteristikama. Bol je, prema toj definiciji, „averzivno osjetno i emocionalno iskustvo koje je obično uzrokovano sličnim, trenutnim ili potencijalnim tkivnim oštećenjem ili opisom takvog oštećenja“ (IASP 2019). Među „popratnim karakteristikama boli su, pored ostalih, sljedeće: „Bol je uvijek subjektivno iskustvo na koje različito utiču biološki, psihološki i socijalni faktori“, „bol i nocicepcija su različite pojave: doživljaj boli ne može se svesti na aktivnost senzornih podražaja“, „kroz svoje životno iskustvo pojedinci se upoznaju sa konceptom boli i njegovom primjenom“, „iako obično ima adaptivnu ulogu, bol može imati štetan uticaj na funkciju i socijalno i psihološko blagostanje pojedinca“ i sl. (IASP 2019).

Definicija duševne boli

Opšteprihvaćena definicija psihološke boli, koja je „jednako stvarna kao i ostale vrste boli koje su povezane sa dijelovima tijela“, ne postoji, jer joj „nije pružena adekvatna pažnja“, te „njene specifične karakteristike, konceptualizacija i operativna definicija nisu u potpunosti usaglašene“ (Tossani 2012, Meerwijk i Weiss 2011).

Osnovna je funkcija akutne boli zaštita živog bića od ozljede. Kronična bol traje dulje vrijeme i najčešće je znak nekog degenerativnog procesa u organizmu“ (Petz i sur. 2005).

Osnovni problem je u odsustvu valjane definicije pojma i termina *duševna bol*, što otežava identifikaciju realiteta društvene stvarnosti. Štaviše, evidentan je nedostatak nedovoljno konkretnih operacionalnih pojmova i termina, a što otežava utvrđivanje indikatora i njihovog značaja u naučnim i stručnim istraživanjima duševne boli.

U literaturi se koriste termini kao što su: duševna bol, psihička bol, psihološka bol, psiha, praznina, emocionalna bol, patnja, tuga, unutrašnja uznemirenost i psihološki kvalitet života, koji se odnose na isti pojam.

Joffe i Sandler (1967) su definirali psihološku bol „kao emocionalno stanje povezano sa neskladom između idealne i stvarne lične percepcije pojedinca“ (Joffe i Sandler 1967, Meerwijk i Weiss 2011, Tossani 2012). Osnovno obilježje psihološke boli je, prema njima, stanje koje obuhvata neprijatna osjećanja. Stoga su smatrali da bi bol trebala biti „široko definirana i u svojoj terminologiji treba da obuhvata i fizičku i psihološku bol ili tjelesnu bol i psihičku bol.“ Oni su „spoznali karakteristiku svake boli kao neprijatan osjećaj povezan sa rasponom apstraktnih misli.“ Joffe i Sandler, pored toga, ukazuju i na bol u smislu patnje (Joffe i Sandler 1967, Meerwijk i Weiss 2011).

Bakan (1968) tvrdi „da pojedinac osjeća psihološku bol u trenutku kada se on ili ona rastane od bitne osobe“, pri čemu, „bol **karakterizira kao spoznaju o poteškoćama nastalim u sklonosti pojedinca u očuvanju individualnog i društvenog jedinstva**“ (Bakan 1968, Tossani 2012).

Engel (1969) definira bol „kao psihološko iskustvo koje obuhvata povrijeđenost i patnju“, pri čemu „ne podrazumijeva stvarnu fizičku povredu...“ (Engel 1969, Tossani 2012). On u svojoj formulaciji ličnosti koja je sklonija boli ističe kako, u određenim slučajevima, somatska bol jasno štiti pacijenta od intenzivne depresije, pa čak i samoubistva, kao i od nastanka psihološkog profila pojedinca koji ima potrebu da pati (Engel 1959).

Baumeister (1990) zastupa tezu „da je duševna bol averzivno emocionalno stanje pobuđeno visokorazvijenom sviješću o vlastitoj neprimjerenosti. Kada negativni ishodi dospiju daleko ispod razine standarda idealne spoznaje sebe i vlastite aspiracije, pripisujući rezultate sebi, pojedinac doživljava duševnu bol“ (Baumeister 1990).

Emocionalna bol je, prema Bolgeru (1999), „stanje u kome se pojedinac“ 'osjeća slomljeno', što je povezano sa osjećajem ranjivosti, gubitkom sebe, isključenošću i razvijenom kritičkom sviješću o vlastitim negativnim karakteristikama“ (Bolger 1999, Meerwijk i Weiss 2011, Tossani 2012).

Shneidman (1999) definira duševnu bol „kao akutno stanje intenzivne psihološke boli povezane sa osjećajem krivice, patnje, straha, panike, tjeskobe, usamljenosti i bespomoćnosti“ (Shneidman 1999). Psihološka bol je, prema njemu, „introspektivno iskustvo negativnih emocija“, koju karakterizira osjećaj uznemirenosti, a koja „obuhvata unutrašnji nemir, potištenost ili duševnu poremećenost“. Psihološku bol on naziva i patnjom, tugom, psihološkom boli u psihi, umu. Shneidman sugerira „da je veoma intenzivna psihološka bol u neposrednoj vezi sa suicidom“ i s tim u vezi ukazuje na to „da je bol nepodnošljiva“ (Shneidman 1999, Meerwijk i Weiss 2011).

Istražujući model patnje, Morse, Rehnsfeldt i Eriksson nisu definirali psihološku bol kao takvu. Međutim, njihova istraživanja su od značaja za izradu jedinstvene definicije psihološke boli. Morse je pružila opis patnje, koja se odnosi na afektivno stanje uznemirenosti, tuge, agonije, boli, ožalošćenosti i muke (Morse 2011, Meerwijk i Weiss 2011). Rehnsfeldt i Eriksson definišu patnju kao mogućnost pojedinca da se održi kao cjelina (Eriksson i Rehnsfeldt 2004, Meerwijk i Weiss 2011).

Orbach i sur. (2003) definiraju duševnu bol kao „široki spektar subjektivnih iskustava koja se doživljavaju kao negativne promjene koje su nastale unutar pojedinca koje prate jaka negativna osjećanja.“ Ta definicija je, prema Meerwijk i Weissu, „vjerojatno najbolje odgovarajuća definicija“ duševne boli, jer „opisuje opće stanje negativnih promjena i negativnih osjećanja“ (Meerwijk i Weiss 2011).

Navedene definicije pružaju osnov za razumijevanje psihološke boli. Zajednička karakteristika navedenih definicija, prema Meerwijk i Weissu, jeste doživljaj neprijatnih osjećaja, kao što su negativne emocije ili patnja, odnosno osjećaj lične (psihološke) dezintegracije. Međutim, „upotreba različitih naziva ili opštih definicija, kojima se upućuje na isto ili slično iskustvo, ukazuje na to da pojam još nije razvijen“ (Morse, Mitcham, Hupcey i Tason 1996, Meerwijk i Weiss 2011). Definicije su prilično apstraktne, što, prema Meerwijk i Weissu, „smanjuje njihovu vrijednost u korištenju kao sredstvo za utvrđivanje pojma koji opisuju.“ Ni Joffe i Sandler ni Shneidman nisu utvrdili dezintegraciju kao komponentu psihološke boli. Stoga su Meerwijk i Weiss, polazeći od činjenice da mnogi ljudi (pojedinci) pate od psihološke boli, pokušali da analizom pojma i sintezom postojeće literature pruže jasnu i jedinstvenu definiciju psihološke boli.

Meerwijk i Weiss definiraju psihološku bol „kao trajni, neizdrživi i neugodni osjećaj, koji proizlazi iz negativne spoznaje vlastitih nesposobnosti ili nedostataka“, što uključuje „kognitivnu procjenu da pojedinac ima razvijenu svijest o vlastitim nedostacima ili da mu nedostaje određeni stepen potpunosti.“ Ta „negativna samoprocjena obično je izazvana gubitkom

nekoga ili nečega ili neuspjehom u ostvarivanju nečega što je blisko povezano sa osnovnim psihološkim potrebama“ (Meerwijk i Weiss 2011). Patnja, emocionalna bol, psiha i psihološka bol, prema njima, u suštini se odnose na isti osjećaj. S tim u vezi oni tvrde da, „imajući u vidu da pridjev 'psihološki' omogućava širu prihvatljivost i razumijevanje među pacijentima i različitim profesionalnim disciplinama“, pojam *psihološka bol* više odgovara od duševne ili psihičke boli.

Meerwijk i Weiss upoređuju psihološku bol sa fizičkom boli i beznađem, pojmovima čija su svojstva, prema njima, često povezana sa psihološkom boli. Oni su izradili ključne indikatore psihološke boli, koji uključuju (njihovu) sintezu karakteristika boli („neugodan osjećaj koji se često doživljava kao lično raspadanje; negativna procjena o ličnoj nesposobnosti ili manjkavosti; trajno stanje uma kojem je potrebno vrijeme kako bi se riješilo i stanje koje je nemoguće proživljavati bez nastanka ozbiljnih posljedica“), preduslove („gubitak nekoga/nečega povezanog sa važnom psihološkom potrebom“ i „neuspjeh u ostvarivanju nečega što je povezano sa važnom psihološkom potrebom“) i ishodi (posljedice) koji opisuju psihološku bol („pozitivne: adaptacija i lični razvoj i poboljšan smisao života“, i negativne: „patologija (duševna, a moguće i fizička) i samoubistvo“ (Meerwijk i Weiss 2011).

U neposrednoj vezi sa duševnom boli je i pitanje neurobiologije duševne boli. To je istraživačko područje kojim se bavi veoma ograničen broj istraživača. Neurobiologija duševne boli može jasno utvrditi moždani sistem koji tumači značaj negativnih emocionalnih spoznaja, sa posebnim osvrtom na ulogu amigdale i bazalnih ganglija (Carroll 1991).

Brojna su istraživanja o područjima u mozgu koja su uključena u doživljavanje emocija i fizičke boli. Međutim, u istraživanjima mozga malo pažnje je posvećeno psihološkoj boli. Rezultati istraživanja o moždanim funkcijama koje su povezane sa psihološkom boli (Meerwijk, Ford i Weiss 2013) pokazuju da ožalošćenost može predstavljati precizniji primjer psihološke boli nego tužna sjećanja, sa naznakama izražene osjetljivosti tokom psihološke boli. Predložena neuronska mreža za psihološku bol u izvjesnoj mjeri preklapa se sa područjima u mozgu koja sudjeluju u fizičkoj boli, međutim, rezultati upućuju na znatno manju ulogu insule, kaudata i putamena tokom psihološke boli.

Psihološka bol poznata je i po svojoj povezanosti sa depresijom, te kao prethodnik suicidalnog ponašanja. Shodno tome, utvrđivanje područja u mozgu koja su uključena u psihološku bol može služiti kao smjernica u razvoju intervencija za smanjenje smrtnosti i potištenosti (Meerwijk, Ford i Weiss 2013).

Ne poričući značaj i vrijednost navedenih definicija, možemo konstatovati da su one necjelovite, dakle, parcijalne i kao takve nedovoljno funkcionalne u operacionalizaciji pojma *duševna bol*. Međutim, to nije prepreka identifikaciji realiteta posredstvom određenih indikatora – subjektivno-objektivnih, kvalitativno-kvantitativnih, elementarnih i složenih, a što zahtijeva njihovo istraživanje i utvrđivanje značenja i njihovog značaja. Pritom opšti indikator je otežano socijalno funkcioniranje i/ili socijalno funkcioniranje spoljno vidljivo pod izvjesnim pritiskom.

Procjena duševne boli

Za mjerenje duševne boli ili povezanih oblika boli razvijeno je nekoliko instrumenata.

Shneidmanova psihološka skala za procjenu boli ispituje vezu između pojačane ili nepodnošljive psihološke boli i samoubilačkih djela. Bila je pod uticajem sadržaja i strukture tematskog testa apercepcije, koja obuhvata pisanu esejsku komponentu i zahtijeva od kvalifikovanog tehničara da izvrši testiranje i interpretira rezultate (Shneidman 1993, Leenaars i sur. 2004, Tossani 2012).

Višestruka vizuelna analogna skala sastoji se od 23 stavke vizuelne analogne skale zasnovane na Carroll-Kleinovom modelu manične depresivne bolesti. Svaka stavka je predstavljena kao vizuelna analogna skala od 100 mm, sa odgovarajućim izjavama utemeljenosti koje opisuju manične i depresivne krajnosti svakog simptoma. Od 23 stavke sedam predstavljaju svaku od glavnih dimenzija Carroll-Kleinovog modela (konzumacijska nagrada, centralna bol i psihomotorna regulacija), dok dvije stavke predstavljaju stimulativnu nagradu. Rezultati kliničkih istraživanja pokazali su visoku test-retest pouzdanost višestruke vizuelne analogne skale u depresivnim subjektima i pouzdanu ispravnost testa (Ahearn i Carroll 2001, Tossani 2012).

Skala za procjenu psihološke boli (Holden i sur. 2001) jedan je od najčešće korištenih instrumenata za procjenu intenziteta psihološke boli. Zasnovana je na Shneidmanovoj definiciji psihološke boli koja je povezana sa suicidom i odnosi se na samoizveštavanje koje obuhvata 13 stavki za procjenu psihološke boli; stavke su kodirane prema Likertovoj skali od pet tačaka. Test pokazuje dobru pouzdanost, validnost i dosljednost i uspješno razlikuje pojedince koji su pokušali izvršiti suicid od onih koji nisu (Mills i sur. 2005, Tossani 2012).

Orbach i Mikulincer skala duševne boli sastoji se od 45 stavki i utemeljena je na konceptualizaciji duševne boli kao percepcije negativnih osjećaja. Skala mjeri devet dimenzija duševne boli: ireverzibilnost, gubitak kontrole, narcisoidne povrede, preplavljenost emocijama, zamrzavanje, otuđivanje, zbunjenost, socijalno distanciranje i prazninu. Subjekti procjenjuju svaku stavku od 1 do 5 po Likertovoj skali intenziteta, pri čemu veće vrijednosti odražavaju veću duševnu bol. Orbach i Mikulincer skala duševne boli (2003) pokazala je visoku dosljednost i test-retest pouzdanost, kao i snažnu povezanost sa suicidalnošću (Orbach i Mikulincer 2003, Tossani 2012).

Mee-Bunneyjeva skala za procjenu psihološke boli obuhvata 10 stavki za samoprocjenu, pri čemu stavke jednako koriste termin *psihološka bol* za mjerenje intenziteta boli (od *nikako do nepodnošljivo*) i učestalosti (od *nikada do uvijek*). Svrha ove skale je da pruži brzu i pouzdanu procjenu psihološke boli kod psihijatrijskih i nepsihijatrijskih ispitanika. Ova skala pokazala je konvergentnu pouzdanost, valjanost i dosljednost (Mee-Bunney 2011, Tossani 2012).

Büchi, Sensky, Sharpe i Timberlake (2002) razvili su skalu pod nazivom *Slikovni prikaz bolesti i samoprocjene*, kvantitativnu metodu za procjenu patnje, koja se u validacijskim studijama uklapa u Cassellov koncept patnje (Cassel 1999). Skala se ne oslanja na jezičke vještine i može se koristiti za brzo otkrivanje procjene pacijenata o njihovoj patnji (Büchi i sur. 2002, Tossani 2012).

Razmatrajući koncept mentalne boli, Fava i Tossani (2012) razvili su mjerni instrument pod nazivom *Skala za kliničku procjenu mentalne boli* (Fava, Tossani 2012). Forma pitanja i način ocjenjivanja zasnovan je na Paykelovom kliničkom intervjuu za depresiju (Guidi i sur. 2011), najopsežnijem i najosjetljivijem sredstvu za procjenu afektivnih poremećaja. Skala se odnosi na verbalne ekspresije koje indiciraju karakteristike mentalne boli koje osoba iskusi (deskripcija, intenzitet, temporalni obrasci, asocijativni psihološki i bihevioralni procesi koji pogoršavaju ili olakšavaju bol) (Fava i Tossani 2012).

Navedene skale doprinose kvantifikaciji duševne boli. Međutim, ljekari nastoje da ne postavljaju pitanja svojim pacijentima o njihovoj duševnoj boli ili patnji (Sensky 2010). Najčešće korišteni instrumenti zasnovani na intervjuima zanemaruju kvantitativni aspekt. Klinometrija nudi važne mogućnosti za procjenu kliničkih fenomena, kao što je duševna bol (Sensky 2010, Fava i sur. 2012, Tossani 2012).

Procjena duševne boli može imati značajne rezultate u intervencijskim istraživanjima, posebno u psihofarmakologiji. Depresivni pacijenti, naprimjer, često navode da liječenje antidepresivima doprinosi značajnom ublažavanju intenziteta njihove duševne boli. Nažalost, u psihofarmakološkim istraživanjima djelovanja lijekova utvrđuju se na ograničenom broju simptoma (Fava 2012). Ukoliko se dovoljno kliničke i istraživačke pažnje usmjeri na pitanje duševne boli, ona može doprinijeti značajnom razvoju prvenstveno u oblasti psihijatrije (Fava 2012).

Zaključak

Evidentan je nedostatak relevantnih naučnih istraživanja duševne boli, a društveni razvoj i savremena društvena situacija ukazuju na postojanje duševne boli koja se artikulira i manifestira u raznim oblicima maladaptivnog ponašanja.

Duševna bol se zapaža odnosno opaža u raznim situacijama i raznim manifestacijama ponašanja, istu identificiramo i vrednujemo te prihvatamo kao istraživački problem od značaja za društvo i nauku.

Iako duševna bol uvijek ima individualno značenje, potrebno je usaglasiti njenu operacionalnu definiciju, na šta smo, pored ostalog, i ukazali u ovom radu.

Duševna bol predstavlja ozbiljan i složen društveni i naučni problem koji zahtijeva složena multidisciplinarna naučna istraživanja, čiji rezultati nisu samo u funkciji razvoja nauke i naučnoistraživačkog rada već u funkciji prakse kojom će se ukazati na mogućnost prevencije nastanka duševne boli i umanjivanja i ublažavanja njenih posljedica, čime bismo pomogli pojedincima, posebno „ranjivim“, vulnerabilnim skupinama, pa i određenim ljudskim zajednicama da uspostave izgubljenu mogućnost za socijalno funkcioniranje i obezbijede povoljne uslove za ostvarivanje pozitivnih individualnih i društvenih ciljeva.

Literatura

1. Ahearn, E. P., Carroll, B. J. (1996). Short-term variability of mood ratings in unipolar and bipolar depressed patients. *J. Affect. Disord.*, 36, 107–115.
2. Ahearn, E. P., Cassidy, F., Kelley, L., Weisler, R. H., Carroll, B. J. (2001). Dimensions of self-rated mood in depressed, manic, and normal subjects. *Compr. Psychiatry*, 42, 196–201.
3. Alispahić, S. (2016). *Psihologija boli*, elektronsko izdanje: [http://www.ff-eizdavastvo.ba/Books/Psihologija boli.pdf](http://www.ff-eizdavastvo.ba/Books/Psihologija%20boli.pdf).
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edit., Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, American Psychiatric Press.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5), Washington, American Psychiatric Publishing.
6. Bakan, D. (1968). *Disease, Pain, and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. Chicago, Beacon Press.
7. Barrett, D. A. (1999). Suffering and the process of transformation. *J Pastoral Care*, 53, 461–472.
8. Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97 (1), 90–113.
9. Bech, P. (2012). Mood and anxiety in the medically ill. *Adv Psychosom Med.*, 32, 118–132.
10. Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P., Wingate, L. R., Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide Life Threat Behav.*, 33, 242–248.
11. Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9 (3), 342–362.
12. Büchi, S., Sensky, T., Sharpe, L., Timberlake, N. (1998). Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness. *Psychother Psychosom.*, 67, 222–225.
13. Büchi, S., Sensky, T. (1999). PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40, 314–320.
14. Büchi, S., Buddeberg, C., Klaghofer, R., Russi, E. W., Brandli, O., Schlosser, C., Stoll, T., Villiger, P. M., Sensky, T. (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – A brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom.*, 71, 333–341.
15. Carroll, B. J. (1991). *Psychopathology and neurobiology of manic-depressive disorders*; in Carroll BJ, Barrett JE (eds): *Psychopathology and the Brain*. New York, Raven Press, str. 265–285.
16. Carroll, B. J. (1994). Brain mechanisms in manic depression. *Clin Chem.*, 40, 303–308.
17. Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.*, 306, 639–645.

18. Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med.*, 131, 531–534.
19. Chapman, A. L., Gratz, K. L., Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther.*, 44, 371–394.
20. Eccleston, C. (2011). A normal psychology of chronic pain. *Psychologist*, 24 (6), 422–425.
21. Egnew, T. R. (2009). Suffering, meaning, and healing: challenges of contemporary medicine. *Ann Fam Med.*, 7, 170–175.
22. Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290–292.
23. Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med.*, 26, 899–918.
24. Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? *Psychosom Med.*, 23, 18–22.
25. Engel, G. L. (1969). *Pain; in Mac Bryde CM (ed): Signs and Symptoms. Applied Pathological Physiology and Clinical Interpretation.* Philadelphia, Lippincott, str. 44–61.
26. Fava, G. A., Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers.*, 77, 1903–1934.
27. Fava, G. A. (2012). Clinical judgment in psychiatry: requiem or reveille? *Nord J Psychiatry*, E-pub ahead of print.
28. Fava, G. A., Tomba, E., Sonino, N. (2012). Clinimetrics: the science of clinical measurements. *Int J Clin Pract.*, 66, 11–15.
29. Foa, E. B., Zinbarg, R., Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal model. *Psychol Bull*, 112, 218–238.
30. Frankl, V. E. (1961). *Logotherapy and the challenge of suffering*; in Hoeller K (ed): *Readings in Existential Psychology and Psychiatry.* Seattle, Review of Existential Psychology and Psychiatry, str. 63–67.
31. Frankl, V. E. (1962). Psychiatry and man's quest for meaning. *J Relig Health*, 1, 93–103.
32. Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning.* New York, First Washington Square Press.
33. Gillespie, R. D. (1926). Discussion on manic-depressive psychosis. *BMJ*, 2, 878–879.
34. Gillies, J., Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief and the search for significance: towards a model of meaning reconstruction in bereavement. *J Construct Psychol.*, 19, 31–65.
35. Goodwin, J. M. (2005). Redefining borderline syndromes as posttraumatic and rediscovering emotional containment as a first stage in treatment. *J Interpers Violence*, 20, 20–25.
36. Guidi, J., Fava, G. A., Bech, P., Paykel, E. (2011). The clinical interview for depression. *Psychother Psychosom.*, 80, 10–27.
37. Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 224–232.

38. IASP. International Association for the Study of Pain (2016). *Definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>. Datum pristupa: 2. 6. 2020.
39. International Association for the Study of Pain: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. (1979). Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249.
40. International Association for the Study of Pain (2019). *New definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsList.aspx?metadataid=21>. Datum pristupa: 10. 6. 2020.
41. Joffe, W. G., i Sandler, J. (1967). On the concept of pain, with special reference to depression and psychogenic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (1), 69–75.
42. Joiner, T. E. Jr, Brown, J. S., Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol.*, 56, 287–314.
43. Kato, P. M., Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev.*, 19, 275–296.
44. Kearsley, J. H. (2010). The therapeutic use of self and the relief of suffering. *Cancer Forum*, 34, 98–101.
45. Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31, 447.
46. Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia* (transl Barclay RM). Edinburgh, E&S Livingstone.
47. Leenaars, A. A. (1995). Clinical evaluation of suicide risk. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 49, 61– 68.
48. Leenaars, A. A. (2004). A note on Schneidman’s psychological pain assessment scale. *OMEGA*, 50, 301–307.
49. Leibenluft, E., Gardner, D. L., Cowdry, R. W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *J Pers Disord.*, 1, 317–324.
50. Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M. M., Bohus, M. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
51. Loeser, J. D., Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, 353, 1607–1069.
52. Loeser, J. D. (2000). Pain and suffering. *Clin J Pain*, 16, S2–S6.
53. McGrath, P. A (1994). Psychological aspects of pain perception. *Arch Oral Biol.*, 39, 55–62.
54. Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S.G., Bunney. W. E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *J Psychiatr Res.*, 40, 680–690.
55. Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *J Psychiatr Res.*, 45, 1504–1510.
56. Meerwijk, E. L. (2012). We need to talk bout psychological pain. *Issues Ment Health Nurs.*, 33, 263–265.

57. Meerwijk, E. L., Ford, J. M., Weiss, S. J. (2013). *Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain*, Volume 7, Issue 1, str. 1–14.
58. Mendels, J., Cochrane, C. (1968). The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *Am J Psychiatry*, 124, 1–11.
59. Mills, J. F., Green, K., Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide Life-Threat*, 35, 570–580.
60. Monson, C. M., Price, J. L., Rodriguez, B. F., Ripley, M. P., Warner, R. A. (2004). Emotional deficits in military-related PTSD: an investigation of content and process disturbances. *J Trauma Stress*, 17, 275–279.
61. Morse, J. M., Mitcham, C., Hupcey, J. E., Tason, M. C. (1996). Criteria for concept evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (2), 385–390.
62. Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *ANS. Advances in Nursing Science*, 24 (1), 47–59.
63. Nesse, R. M. (2005). *An evolutionary framework for understanding grief*; in Carr D, Nesse R, Wortman CB (eds): *Late Life Widowhood in the United States*. New York, Springer, str. 195–226.
64. Orbach, I., Palgi, Y., Stein, D., Har-Even, D., Lotem-Peleg, M., Asherov J., Elizur, A. (1996). Tolerance of physical pain in suicidal individuals. *Death Stud.*, 20, 327–340.
65. Orbach, I., Stein, D., Palgi, Y., Asherov, J., HarEven, D., Elizur, A. (1996). Perception of physical pain in accident and suicide attempt patients: selfpreservation vs self-destruction. *J Psychiatr Res.*, 30, 307–320.
66. Orbach, I., Mikulincer, M., Cohen, D., King, R., Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J Consult Clin Psychol.*, 65, 646–652.
67. Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40 (3), 191–201.
68. Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav.*, 33, 219–230.
69. Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide Life Threat Behav.*, 33, 231–241.
70. Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A., Tatarelli, R., Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: A Preliminary Investigation, *Suicide Life Threat Behav.* 38, 116–121.
71. Rehnsfeldt, A., Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (3), 264–272.
72. Rijavec, N., Grubic, V. N. (2012). Depression and pain: often together but still a clinical challenge—a review. *Psychiatr Danub.*, 24, 346–52.

73. Ryff, C. D. (2008). *Challenges and opportunities at the interface of aging, personality and well-being*; in John OP, Robins RW, Pervin LA (eds): *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York, Guilford Press, str. 399–418.
74. Sandler, J. (1967). *Trauma, strain, and development*; in Furst SS (ed): *Psychic Trauma*. New York, Basic Books, str. 154–174.
75. Saunders, C. (1963). The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proc Royal Soc Med.*, 56, 195–197.
76. Saunders, C. (1963). Distress in dying. *BMJ* 2, 746.
77. Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.D., Di Salle, F., Greffrath, W., Ludaescher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Hennig, J., Seifritz, E. (2006). Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 659–667.
78. Sensky, T. (2010). Suffering. *Int J Integr Care*, 10, 66–68.
79. Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *Am J Psychother*, 38, 319–328.
80. Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. New York, Wiley.
81. Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.*, 181, 145–147.
82. Shneidman, E. S. (1998). *The Suicidal Mind*. New York, Oxford University Press.
83. Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat Behav.*, 29, 287–294.
84. Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (4), 287–294.
85. Tomba, E., Bech, P. (2012). Clinimetrics and clinical psychometrics. *Psychother Psychosom.*, 81, 333–343.
86. Valente, S. M. (1994). Messages of psychiatric patients who attempted or committed suicide. *Clin Nurs Res.*, 3, 316–333.
87. Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaeke, M., Soenen, L., Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res.*, 181, 141–144.
88. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 6, 201–207.