

جنبه‌های روان‌شناختی درد و چگونگی ادراک آن در کودکان

چکیده:

درد یک تجربه و احساس همگانی است. گویاترین تعریف، درد را چنین توصیف می‌کند: احساس آسیب فردی و خصوصی. این تعریف درد را از دیدگاه ذهنی فرد توصیف می‌کند و به طور ضمنی به این امر اشاره دارد که فرد دردمند کاملاً بر احساس خود واقف است. تعاریف دیگر تکیه بر سودمندی درد دارند. به عنوان مثال درد نشانه‌ای از وجود یک محرک آسیب‌زا در آسیب دیدگی‌های موضعی است که الگویی از پاسخها را برای حفاظت فرد فعال می‌سازد. پزشکان با تجربه، غالباً دریافته‌اند که درد پیامدی از اختلال عاطفی است که در اقلیت ثابتی از بیماران مشاهده می‌شود. فراوان اتفاق افتاده است که پزشک به بیماران دردمند خود گفته است دردی وجود ندارد زیرا شواهدی دال بر اختلال عضوی به چشم نمی‌خورد. اکثر پزشکان با پیامدهای اجتنابی و ناخوشایند این قبیل خطاها آشنا هستند. در این صورت بهتر است با تجربه بیمار که خود آن را "درد" می‌نامند، موافقت نموده و در همه موارد در پی مکانیسم جسمانی سبب ساز نباشیم. ثابت شده است که عوامل روانشناختی نیز می‌تواند سبب درد باشد، که در این صورت آن را روان‌زاد می‌نامند. این اصطلاح به معنی آن است که در این موارد علل درد، تماماً یا غالباً ریشه روانی دارد و از سری دیگر درد عضوی به آن گونه درد می‌گویند که عوامل سبب ساز آن جسمی باشد.

در این تحقیق رویکردهای نظری، دیدگاههای روانشناختی، دیدگاههای روان‌تحلیلی و دیدگاههای روانی-اجتماعی و نیز بیان ویژگیهای شخصیتی همراه با توصیف درد و ارتباط آنها مورد بررسی قرار داده شده است. همچنین چگونگی ادراک درد در کودکان و در جنسیت دختر و پسر با استفاده از یافته‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

*دکتر علیرضا جزایری

دانشیار دانشگاه

علوم بهزیستی و توانبخشی

*Email: aligazz@yahoo.com

نسبت به بدن خود دارند و احساس بیماری یا اختلال در کارکرد بدن می کنند و درد می کشند.

گرچه توهم درد بسیار نادر است، اما احتمال دارد افراد سایکوتیک که غالباً دچار هذیانهای جسمی نظیر تغییر اندازه بدن میشوند آن را تجربه کنند. سندرم مانچاوزن^۳ در مورد افرادی اطلاق میشود که دائماً به مراکز پزشکی مراجعه می کنند و نشانه های قانع کننده کاذب به همراه با اسناد جعلی مبنی بر وجود بیماری را ارائه می دهند. رایج ترین دردهایی که وابسته به فشارهای روانی اند و غالباً مردم از آنها شکایت دارند عبارتند از: سردرد، دردهای عضلانی و کمردرد.

رویکردهای نظری

علیرغم آن که همه میتوانند احساس درد را توصیف کنند دانشمندان تاکنون قادر به ارائه تعریف موفقی از درد نشده اند. هاردی، وولف و گودول^۴ اصطلاح تجربه درد را مطرح کرده اند تا از هرگونه ابهام در اندازه گیری، تعریف و تحقیق بر روی درد، اجتناب شود. تجربه درد شامل تأثیرات یکپارچه محرک درد آور است:

- ۱) واکنش نسبت به تهدید درد، ۲) واکنش نسبت به محرک درد آور در ناحیه تحریک شده، ۳) احساس درد همراه با حس گرما، سرما و فشار ۴) واکنش نسبت به احساس درد.

دیدگاه زیست شناختی

در حال حاضر یکی از نظریه های جامع و پذیرفته شده، نظریه کنترل دروازه ای^۵ است. بر اساس این نظریه، یک مکانیسم دروازه های در نخاع و سایر ساختارهای C.N.S درد را تنظیم میکند. لذا فعالیت سایر اعصاب این بخش، نظیر خاطرات و عواطف، میتواند بر ادراک درد تأثیر بگذارد. احساسات از طریق گیرنده های حسی به نخاع و نهایتاً به مغز منتقل میشوند اما ممکن است در نخاع، ساقه مغز و کورتکس مع، تنظیم شده یا تغییر شکل یابند. فیبرهای عصبی تکانه ها را به نخاع منتقل می کنند. در بخش خلفی تکانه ها با دروازه های مواجه می شوند که می تواند باز، نیم باز و یا بسته باشد. تصور می شود این دروازه در واقع همان ماده ژلاتینی، دارای سلولهای تخصص یافته باشد که در طول نخاع قرار دارند و می توانند نحوه انتقال تکانه های عصبی را تنظیم کنند.

فرایندهای مغزی فرستاده شده، از سوی مغز نیز می توانند بر روی مکانیسم دروازه ای تأثیر بگذارد.

ملزاک و وال^۶ که نخستین بار این نظریه را مطرح کردند، سه گونه فرآیند مغزی را توصیف نمودند:

- ۱) حسی - تشخیصی: که ذخیره اطلاعات مربوط به زمان، فضا، مکان و شدت محرک را بر عهده دارد.
- ۲) انگیزی - عاطفی: که با فراهم آوردن اطلاعات در مورد حضور یک محرک ناخوشایند، عملاً محرک درد آور را کاهش می دهد.
- ۳) فرآیند کنترل مرکزی: وجه شناختی مغز، که تجزیه و تحلیل مفهوم درد

طبقه بندی درد با توجه به دو عامل صورت می گیرد: طول مدت درد و علل متفاوت و آسیب شناختی آن، دردی را که کمتر از ۶ ماه طول بکشد حاد و بیش از آن را مزمن می نامند. یک تقسیم بندی دیگر درد را تحت عناوین محدود، متناوب و یا مداوم توصیف می کند. درد محدود رابطه مستقیمی با وجود علل و شرایط جسمی در فرآیند بهبودی داشته و پس از آن التیام می یابد. حال آن که درد متناوب و مداوم ممکن است در اثر شرایط آسیب زا پدید آید. درد مداوم نسبت به درمان مقاوم است و فرد را به جستجوی درمانهای مختلف و یافتن راه گریز وامی دارد. لذا این نوع درد را غالباً سندرم درد می نامند. انگلو - کرو - پینسکی^۱ درد را چنین طبقه بندی کرده اند:

۱- **درد حاد:** چند روز طول می کشد و می تواند خفیف یا شدید باشد. نشانه ای از یک مشکل جسمی زیر ساختی است که همزمان با رفع شرایط آسیب زا بهبود می یابد. به عنوان مثال می توان از درد پس از عمل جراحی یاد کرد.

۲- **درد شبه حاد:** طول مدت آن اندکی بیش از درد حاد است. می تواند خفیف یا شدید بوده و بر اثر شرایط آسیب زای شناخته شده ایجاد شود. دوره آن طولانی است، مانند موارد شکستگی استخوان

۳- **درد مزمن بدخیم:** دردی است که در اثر بیماریهای غیر قابل کنترل نئوپلاستیک ایجاد می شود سرطانهای متاستاتیک می تواند سبب درد شدید در اندام مختلف شود. نوع درد بسته به فرآیند بیماری و این که چه اندامی درگیر درد باشد، متفاوت است.

۴- **درد مزمن خوش خیم:** دردی است با طول مدت بیش از ۶ ماه، که عمل شناخته شده و علل دیگری به جز بیماریهای نئوپلاستیک دارد و بیمار راحت تر می تواند با آن سازگار شود. به عنوان مثال بیماری که دچار رماتیسم مفصلی است، چنین دردی را تجربه و احساس می کند.

۵- **درد مزمن بدخیم و صعب العلاج:** همانند دردهای مزمن بدخیم است با این تفاوت که فرد مبتلا به آن، قادر به استفاده از مکانیسم های سازگاری با این بیماری نیست و در این صورت درد یک تشخیص اولیه است.

بسیاری از مراجع کنندگان به مراکز درمانی، برای یافتن عامل جسمانی سبب ساز درد خود، تلاش های همه جانبه ای را انجام داده اند و تحت نظر متخصصین زیادی بوده اند. در این بیماران توجه فیزیولوژیک در دبا یک جز عاطفی توأم است و تجربه و احساس درد تابعی از محرکها و گیرنده های عصبی به همراه سایر تجربه های گذشته فرد، زمینه فرهنگی او و مفهوم بیماری است.

همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد، درد روان زاد^۲ توجه جسمانی کافی ندارد و توجهات روانشناختی به تبیین علل درد کمک میکند. برخی از اختلالات روانی خاص را نیز میتوان به وسیله نشانگان یا سندرم درد توجه کرد. درد هیستریک ممکن است از طریق یک رخداد خاص که بار عاطفی شدیدی داشته و یا تعارضات عاطفی ناخود آگاه ارتباط دارد، بارز شده و باعث اختلال تبدیلی شود که مشابه علائم فیزیولوژیک هیستری، نظیر کوری هیستریک، است. اصطلاح مشابه، درد است، یعنی افرادی که توجه افراطی و مداوم

1-Agnew - crue - pinsky
2-Psychogeni

3- munchausen syndrome
4- Hardey - wolf - goodell

5- gate control
6- Melzak - wall

را همراه با تجربه های گذشته و پیامدهای آن بر عهده دارد.

این فرایندهای مغزی، در مجموع مشخصه تجربه درد است و از طریق تغییر انگیزش های پاسخ، پیامدهای ممکن و در نتیجه کنش متقابل احساس درد و پاسخ به آن را معین می سازد. بدین نحو فرایندهای مغزی روی فرایندهای فیزیولوژیک مکانیسم دروازه ای تأثیر خواهند گذاشت.

دیدگاه روانشناختی

والدمن تأثیر انحصاری جنبه های روانشناختی درد را مورد تأکید قرار داده است. درد روانزاد، نیازی به پیروی از مدل پزشکی درد که با اختلالات آناتومیک و فیزیولوژیک همراه است ندارد. روان درمانگر از این دیدگاه به مسئله دردی نگرده که درد روانزاد بیش از آن که یک ضرورت زیستی باشد، نوعی احساس هدفمند است. لذا به جای آن که در پی علل درد باشد، بیشتر به پیامدهای آن توجه دارد. اشتراک باخ و تورسکی آدر مطالعه خود، آزمودنی های روان رنجور و طبیعی را که از نظر جنس، سن و زمینه های اخلاقی همسان بودند، با یکدیگر مقایسه کردند. آستانه ادراک درد در هر دو گروه یکسان بود، اما آزمودنی های روان رنجور، هنگام اندازه گیری آستانه واکنش، حساسیت بیشتری نسبت به درد نشان دادند.

این عقیده جای تأمل دارد که ممکن است درد نتیجه هیچ گونه فرآیند فیزیولوژیک نباشد و توسط یک سلسله رخدادهای منطقی روانشناختی ایجاد گردد. شواهد مستندی وجود دارد که بر اینکه در گروهی از بیماران هیپوکندریکال که غالباً تشخیص هیستری گرفته اند، درد یک علامت بارز^۳ است.

گاهی اوقات درد معلول بیماری روانی است، گفته شده است که اسکیزوفرنی میتواند با هذیان درد همراه باشد، گرچه وقوع آن نادر است. در بسیاری از اختلالات روانی دیگر، نظیر افسردگی نورائیک، حالات اضطرابی و هیستری، درد یک نشانه بالینی رایج است، در حالی که پیوستگی در خور توجهی با نروز اضطرابی، حالات گم گشتگی عضوی، غیر عادی بودن و شخصیت سایکوپاتیک نداشته و یک علامت خود انگیزه در انحرافات جنسی نیست.

در بسیاری موارد، درد مورد نظر گذرا بوده و به دلگرمی بخشیدن توأم با مسکن یا بدون آن، پاسخ می دهد. پس از اطمینان یافتن از وجود مشکل روانی، بایستی مسیر توجه را از نشانه درد منحرف ساخت و همزمان با آن روش درمان مناسب را بنا نهاد، در این صورت می توان امید داشت که درد همراه با بیماری ناپدید شود.

مقبول ترین دسته بندی بیماران روانی مبتلا به درد، توسط والترز (۱۹۷۱) انجام پذیرفته است. وی بر اساس مطالعه ۴۳۰ بیمار مبتلا به درد صعب العلاج، شایع ترین مناطق حساس به درد را در سر و گردن یافت. والترز سپس سه راه مختلف را تشخیص داد که از آن طریق عوامل روانی سبب درد میگردند:

● اغراق روانزاد درد جسمانی

● درد عضلانی روانزاد (نتیجه تنش)

● درد ناحیه ای روانزاد

این تقسیم بندی تصویر واقع بینانه ای ارائه می دهد که در آن تلفیقی از فنون ارزیابی روانپزشکی و پزشکی ضروری است و درمان روان پزشکی می تواند مفید باشد.

دیدگاه روان تحلیلی

متون اولیه نظریه روانکاوی، درد را در قالب اصل لذت- درد توجیه می کنند.

آنا فروید در توصیف مشاهدات خود از نوزادان در طول اولین سال زندگی، معتقد است که هرگونه تنش، نیاز و یا ناکامی احتمالاً می تواند به شکل درد تجربه و احساس شود، زیرا نوزاد هنوز به آن درجه از بلوغ نرسیده که بتواند رخدادهای بدنی را از وقایع عاطفی تمیز دهد.

زاز^۵ با جمع بندی فرضیه های اساسی، نظریه روان تحلیلی خود را صورت داد:

ابتدا نظام «خود»^۶ به عنوان یک «شیء»^۷ به بدن مرتبط می شود سپس درد به عنوان یک علامت خطر نسبت به «خود» حس می شود. برای فرد بالغ، علامت خطر می تواند تهدیدی علیه شیء مورد علاقه باشد، برای مثال فرد دیگری که در زندگی او جایگاه ویژه ای دارد. همچنین، بر طبق نظریه زاز، درد نوعی حالت عاطفی است که با توجه به پیوند میان «خود» و بدن، «خود» را از فقدان یا صدمه وارده به بخش یا بخش هایی از بدن آگاه میکند.

زاز اشاره نمود که کاربرد اصطلاحات عضوی و روانزاد برای درد، صرفاً جایگاه درد را در بدن مشخص می سازد و نوع تجربه را متمایز نمی کند. میان این اصطلاحات و کاربرد روانکاوی اصطلاحاتی نظیر ترس موضوعی^۸ و اضطراب نوروتیک^۹ نوعی تجانس و توازی وجود دارد. درست به همان شکل که منبع ترس موضوعی میتواند توسط افراد دیگر ایجاد شود (نظیر توقیف شدن توسط پلیس به خاطر قاچاق مواد مخدر)، منبع درد عضوی را نیز می توان مورد ارزشیابی قرار داد (نظیر شکستگی استخوان پا). در این حالت درد صرفاً یک نشانه است.

منشأ اضطراب نوروتیک توسط دیگران بوجود نمی آید چرا که به لحاظ موضوعی خطرناک نیست (برای مثال ترس از گرهبه) اما بیانگر حالتی خاص در فرد است. گرچه درد روانزاد را نمی توان به وسیله آزمونهای عینی ارزیابی کرد و نظیر بسیاری از سرردها، به هر حال فرد آن را در قالب درد احساس می کند. در این حالت درد تبدیل به نوعی وسیله برقراری ارتباط و تقاضای کمک می شود.

ثابت شده است که اضطراب پیش بینی شده نقش به سزایی در توجیه مکانیسم های روان شناختی مربوطه درد دارد. در شرایط مساوی افرادی که دارای صفات شخصیتی خاصی هستند، مثلاً تا حدی تقاضا کننده یا شکایت کننده اند، احتمالاً به دردهای مزمن مبتلا می شوند. همچنین گفته شده است که پائین بودن سطح تحصیلات، شغل روزانه و یکنواخت و کمبود حمایت های محیطی می تواند افزایش دردهای مزمن را به دنبال داشته باشد. تصویری شود که برخی از افراد مبتلا به درد مزمن، از این علامت به عنوان

1- Waldman
2- sternbach- Turskey
3- Guze & perley 1963

4- pleasure-pain principle
5- szasz
6- ego

7- object
8- objective fear
9- Nevtratic anxiety

یک مکانیسم هیجانی بر علیه تعارض هسته ای یا فرآیندهای سایکوتیک سود می جویند. در غیاب علائم درد، ممکن است این افراد دچار سایکوزهای حاد شوند.

فرد مبتلا به درد مزمن، به دلیل وجود بیماری یا آسیبهای جسمانی، ممکن است دچار فقدانهای حاد روان شناختی و واقعی شود، نظیر فقدان تحرک، فقدان کار، فقدان استقلال یا تغییرات چشمگیر ظاهری و... که نهایتاً منجر به افسردگی می شوند. افسردگی و درد، همراه با احساس تنبیه شدن (احتمالاً بصورت غیر منصفانه)، سبب تداوم و تشدید مسئله می شود. بنا به گفته اشترن باخ درد مزمن و افسردگی تقریباً قابل تبدیل به هم هستند، چرا که درد مزمن غالباً منجر به افسردگی واکنشی شده و افسردگی واکنشی، به نوبه خود، همراه با شکایت درد است تحقیقات اخیر نیز وجود رابطه متقابل میان افسردگی و دردهای مزمن را تأیید می کند.

دیدگاه روانی-اجتماعی

افرادی که علائم درد و یا بیماری را نشان می دهند، از طریق تجربیات و مشاهدات گذشته خود دریافته اند که سه پیامد مهم برای درد وجود دارد: توجه، اجتناب از موقعیت استرس زا و گاهی نیز استفاده های مادی. تجربه فعلی مراجع و شکایت او از درد شدیداً تحت تأثیر تجربیات اولیه او از درد است و با خاطرات وی پیوند خورده است. عوامل فرهنگی، بویژه راههای ابراز درد و واکنش نسبت به آن در فرهنگ خانواده، رفتار کنونی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. غالباً بیان مستقیم این تأثیرات ظریف اما قدرتمند، از سوی مراجع مشکل است، چرا که این گونه روشهای اظهار درد، بر رفتارهای اولیه و پیش زمانی مبتنی هستند.

به عنوان مثال، مشاهده شده است که زنان در مقایسه با مردان، از آستانه تحمل پائینتری نسبت به درد برخوردار هستند، گرچه نمی توان تفاوتی فردی را نادیده انگاشت. تصور می رود که این امر فرهنگی است، چرا که مردان مجاز به گریه در حضور جمع و واکنش نسبت به درد نیستند.

رفتارهای خاص نشان دهنده درد می تواند آموخته و یا ناآموخته بوده و تحت تأثیر عوامل محیطی قرار گیرند. مشاهده شده است که شدت درد گزارش شده از سوی مراجع، به طور منظم تحت تأثیر تقویت کننده های اجتماعی قرار می گیرد.

درمان، کوششی است در جهت کاهش ناتوانی فرد در مقابل احساس درد، که با توجه به رفتارهای فرد و سایر افراد خانواده وی و یافتن رفتاری که از سوی آنها تقویت می شود و چگونگی ارائه این تقویت، صورت می پذیرد. رویکرد نظری مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی، معتقد است که رفتار از طریق تقویت پاسخ از سوی دیگران آموخته می شود. نقشهای خانوادگی و اجتماعی، به هنگام مواجه شدن فرد با یک موقعیت بالینی جدی، به طور چشمگیری تغییر می یابند. غالباً این تغییرات جنبه محافظت کننده داشته و به فرد فرصت بهبود و التیام می دهد.

آشنایی با متغیرهایی که در زمینه تقویت و ابقای نقش بیمار مؤثر و ضروری است و با استفاده آنها و بهره گیری از فنون تغییر و اصلاح رفتار

می توان به بهبود وضعیت کمک کرد. مجموعه ای از عوامل با حدود مشخص و تداوم پاسخ ها برای دسترسی به یک نتیجه مثبت ضروری است.

دیدگاه شناختی

بدیهی است که تجربیات گذشته فرد، بر تجربه کنونی او از درد تأثیر می گذارد پیش بینی درد و اضطراب ناشی از آن، عناصر اصلی واکنش نسبت به درد هستند، خواه از جنبه آسیب شناختی باشد یا آزمایشی.

هال و استراید نشان دادند که نگرش آزمودنی ها بر میزان پاسخ به درد تأثیر می گذارد. زمانی که واژه درد در خلال دستورالعمل آزمایش به کار برده می شد، پیش بینی این دسته از آزمودنی ها، در مقایسه با آزمودنی هایی که همان محرک را با مجموعه دستورالعمل دیگری دریافت داشته بودند، با حساسیت بیشتر و آستانه پائین تری صورت می گرفت. کلارک^۳ نیز در آزمایش خود بر روی آزمودنی هایی که در معرض محرک درد آور الکتریکی و مکانیکی قرار می گرفتند، به نتایج مشابهی دست یافت. بیلتز و دینر اشتاین^۴ نیز به قابلیت تخفیف دهندگی (تسکین دهندگی) درد در انواع مختلف دستورالعمل ها که تعبیر و تفسیر مجددی از تجربیات مبهم و دو پهلو ارائه می داد، دست یافتند. همزمان با کاهش اضطراب درد، تعبیر ذهنی درد نیز کاهش می یابد. جونز، بنتل و پتری^۵ در یک آزمایش اطلاعاتی در اختیار دسته ای از آزمودنی ها قرار دادند که باعث عدم اطمینان آنها در مورد زمان یا میزان محرک درد آوری که قرار بود با آن مواجه شوند، گردید. نتایج نشان داد که درد قابل پیش بینی همراه با عدم اطمینان از زمان یا میزان محرک درد آور به اضطراب می انجامد و از سوی دیگر اطلاعاتی که عدم اطمینان را کاهش بدهد موجب کاهش اضطراب نیز می شود.

هیل، کورنستکی، فلانری و ویکلر^۶ موفق به کاهش اضطراب آزمودنی های خود شدند، بدین نحو که به آنها اجازه دادند روی خاتمه محرک درد آور کنترل داشته باشند. لیانتو، مورونی و زنهاوزرن نیز به نتایج مشابهی دست یافتند، دال بر این که وقتی آزمودنی ها از کنترل محرک درد آور محروم می شوند، آستانه درد به طور چشمگیری کاهش می یابد. بندلر، ماداراس و بیم^۷ این گونه بیان داشتند که امکان گریز از یک محرک درد آور بر تعبیر و تفسیر آزمودنی از میزان دردناکی یک شوک الکتریکی تأثیر می گذارد. بیچر^۸ مشاهده کرد که اکثر سربازان مجروح امریکایی وجود درد را انکار نموده و یا میزان آن را کمتر از حدی که نیاز به آرام بخش داشته باشد، گزارش می کردند. یافته های پژوهشی مشابهی، حاکی از آن است که میزان درد تجربه شده، به میزان آسیب وارد آمده بستگی نداشته و همچنین رهایی از درد به میزان داروی مسکن وابسته نیست.

ویژگیهای شخصیتی و درد

تحقیقات نشان داده است که برخی نگرش های خاص ناخودآگاه در بیماران مبتلا به درد روان زاد وجود دارد. احساس خصومت، تنفر و گناه از آن جمله اند. ناف در سال ۱۹۳۵ برای نخستین بار اعلام کرد که این صفات در آزمودنی های مبتلا به میگرن که سر درد آنها منشأ مشخص روانی داشت،

1- sick role
2- hall - stride

3- clark
4- blitz & Dinnerstein

5- Jones - Bentel - Petry
6- Hill- kornetsky - wikler

7- Bendler - Maradas - knoph
8- Beecher

وجود دارد. یافته‌های وولف نیز این امر را اثبات کرد. نگرش‌های مشابهی نیز نسبت به بیماران مبتلا به آسم، آگزما، قاعدگی دردناک، کولیت‌های سرطانی و سایر بیماری‌های روان‌تنی و در پاره‌ای موارد اختلالات کاملاً روانی، نسبت داده می‌شود. لذا، بهتر است در پی یافتن پاسخی برای این پرسش برآیم که چرا این حالات خاص در بیماران مبتلا به درد روان‌درد بیشتر از سایر بیماران مشاهده می‌شود؟ تردیدی نیست که دلیل این امر گاهی اوقات وجود آنتاگونیسم (ضدیت متقابل) میان بیمار و پزشک است. مقاله صریح و بی‌پرده بندر^۱ در سال ۱۹۶۴ شاهدهی بر این مدعا است. اسپیر در پی یافتن خصومت درونی یا بیرونی، هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری میان بیماران روانی دردمند و فاقد درد مشاهده نکرد. مرسکی^۲ (۱۹۶۹)، نیز با بررسی بیماران مبتلا به درد، به شواهدی دال بر وجود تفاوت میان آنها و بیماران که فاقد درد بودند، دست نیافت، بلکه فقط اظهارات شفاهی درد در بیماران دردمند بیشتر رواج داشت. شواهد اندکی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد تنفر و به میزان کمتری، خصومت و گناه، نسبت به سایر شکایات روان‌پزشکی و روان‌تنی، رابطه مستقیم‌تری با درد دارد.

ویژگی‌های دیگری نیز از قبیل طبقه اجتماعی پایین، جایگاه پائین خانوادگی، سرد مزاجی، قاعدگی دردناک و سایر شکایات جسمانی روان‌درد نیز به درد نسبت داده شده‌اند.

مشاهده شده است که مراجعین یا بیماران که دچار دردهای صعب‌العلاج هستند، غالباً از موقعیت اجتماعی پائین تری نسبت به سایر بیماران برخوردار بوده و هرچه احساس رضایت مندی در آنها کمتر است، تمایل به مراجعه به پزشک در آنها افزایش می‌یابد و به جای استفاده از واژه‌های روانشناختی، افسردگی و تعارضات عاطفی خویش را با زبان بدن ابراز می‌کنند.

تاریخچه عمل جراحی آپاندیس (آپاندیس اکتومی)، حاکی از آن است که این عمل بیشتر در بیماران گزارش شده است که دردهای شکمی همراه با اختلال نوروتیک داشته‌اند. جراحان مجربی نظیر هینتون (۱۹۴۸) و برخی از متخصصین بیماری‌های زنان از جمله آتلی (۱۹۶۹)، بر اهمیت وجود عوامل روان‌شناختی در درد حاد شکمی تأکید زیادی داشته‌اند. هینتون فهرستی از آن عوامل را به شرح زیر، ارائه نموده است:

- ۱) نورو اضطرابی با نشانه‌های تبدیلی یا سایر عوامل روان‌درد.
 - ۲) رخداد‌های فیزیولوژیک نظیر تخمک‌گذاری دردناک.
 - ۳) بیماری‌های عضوی واقعی که نیازمند عمل جراحی است.
- به منظور تلخیص مطالب این بخش، شاید بتوان بیمار روانی شاخص این گروه را زن متأهلی از طبقه کارگر یا متوسط یا پایین تر جامعه دانست، که احتمالاً از زیبایی و جذابیت نسبی برخوردار بوده، هیچگاه تمایلی به نزدیکی نشان نمی‌دهد و اکنون پژمرده و شاکی همراه با تاریخچه کاملی از آزمایشات پزشکی منفی و تکراری به پزشک مراجعه کرده است. در ۵۰ درصد موارد نشانه‌های تبدیلی مشاهده می‌شود، علاوه بر هر دو یک داستان غم‌انگیز تخیلی از زندگی سختی که پشت سر نهاده، همراه با نوعی افسردگی که در مقابل داروهای ضد افسردگی مقاوم است.

اما چنانچه فردی از شما، مصرانه بر این تصویر نوشتاری، جهت تشخیص‌گذاری بر روی بیماران خود تکیه کند، باید خطر آن را نیز بپذیرد،

چرا که حالات ذکر شده، بیانگر نمای آماری جامعه در میان الگوهای بالینی است و نمونه‌های واقعی غالباً از این مورد، منشعب می‌شوند.

چگونگی ادراک درد در کودکان

کودکان همپای زمان تغییر و تحول می‌یابند. در حال حاضر آنها به دلیل برخوردار از امکانات و وسایل ارتباط جمعی، آگاهی بیشتری نسبت به امور داشته و از طریق برنامه‌های تلویزیون و عناوین روزنامه‌ها، فناپذیری آدمی را درک نموده‌اند. جامعه ماکودک مدار^۳ است. بدون در نظر گرفتن این حقیقت که کودکان از نظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی با یکدیگر تفاوت‌هایی داشته و از کیش، رنگ و نژادهای متفاوتی هستند، میتوان وجوه مشترکی میان کودکان هم سن و سال پیدا کرد.

هر کودکی درد یا ناراحتی را تجربه می‌کند و پاسخ وی بستگی مستقیم به عواملی نظیر خود کودک، موقعیت و اطرافیان نزدیک به او دارد. ادراک علت درد، اعم از جسمانی یا عاطفی، و نیز این مسئله که ادراک ما چگونه پاسخ را متقابلاً تحت تأثیر قرار می‌دهد، بسیار اهمیت دارد. همچنان که در تعیین پاسخها، عواملی نظیر چگونگی تعبیر و تفسیر دیگران از پیام کودک و انتظارات کودک و ارزش‌ها و نگرش‌های فرهنگی وی مهم هستند. در سال‌های اولیه زندگی، فرد از طریق یک سلسله تجربیات، فرضیهایی در مورد بیان درد و پاسخ صحیح نسبت به آن، بنامی نهد، الگوهای رفتاری خاصی در این روند پدید می‌آیند که در سال‌های آتی زندگی تکرار می‌شوند.

تجربه درد در کودکان معمولاً با احساس ترس یا اضطراب توأم است ترس از فقدان یا آسیب دیدن بخشی از بدن و اضطراب در مورد پاسخ دادن نسبت به درد در مقابل افراد برجسته و مهم در نظر کودک.

اگر پاسخ یک کودک خردسال نسبت به درد حاد، مثلاً در قالب نگاه کردن به دیگران در جستجوی راهی برای رهایی از درد به پاسخ مطلوب وی در مدت زمان کوتاهی نینجامد، باعث افزایش اضطراب او میشود. همانند تجربهای که کودک به هنگام رویارویی با یک تجربه تهدید آمیز یا واقعی از عشق یا فقدان یک شخص برجسته احساس می‌کند.

فرآیند دیگری که اضطراب را با درد همراه می‌سازد، وارد آمدن جراحت یا آسیب از سوی افراد مهم است، (نظیر تنبیه شدن). در این صورت درد مستقیماً با احساس از دست دادن عشق توأم می‌شود. لذا درد جسمانی رامی توان مرتبط با اضطراب دانست و از سوی دیگر اگر شخص خود را مستوجب تنبیه بداند و یاد انتظار تنبیه باشد، اضطراب و ترس وی تشدید می‌شود.

از طریق شناخت واکنش‌های کودکان به درد، مقاطع سنی مختلف، می‌توان حمایت‌های ضروری را به موقع و با درک عمیق تر، در اختیار آنان گذاشت. بدین طریق میتوان قادر به فهم ترس‌ها، خیالبافی‌ها و احساس گناه و عصبانیتی بود که در کودکان به هنگام بروز یک تغییر غیر منتظره (در اینجا درد) پدید می‌آید. چنین دانشی ما را به صبر و شکیبایی بیشتر، در مقابل کودکانی که یک تجربه تروماتیک دارند، رهنمون می‌سازد.

علی‌رغم آنکه الگوی پیشرفت منظمی از بعد فیزیولوژیک و روانی، در فرآیند رشد وجود دارد، زمان طی نمودن هر یک از این مراحل بستگی به موقعیت‌های محیطی و عوامل ژنتیک دارد.

در یک بررسی بر روی ۷۴ دختر و پسر ۱۰ و ۱۱ ساله، از آنها خواسته شد که به پرسشهای زیر پاسخ گویند:

(۱) آیا تاکنون در بیمارستان بستری شده اید؟

(۲) دلیل بستری شدن شما چه بوده است؟

(۳) سه مورد اتفاق درد آور را در زندگی خود بنویسید؟

(۴) زیر دو مورد از موارد زیر خط بکشید؟

● زمانی که درد دارم.

● احساس ترس می کنم.

● احساس شجاعت می کنم.

● عصبی می شوم.

● دوست دارم که گریه کنم ولی اینکار را نمی کنم.

● دوست دارم گریه کنم و این کار را می کنم.

(۵) به نظر شما دردی یعنی چه؟

خاص، از صدمات جسمی و اهمه دارند، واکنش آنها بیشتر بر اساس ترس شکل می گیرد تا دردی که تجربه می شود.

شاخص ترین پاسخ به این سؤال که: بنظر شما درد یعنی چه؟ این بود که: دکتر، فکر میکنم دارم می میرم. با آگاهی نسبت به این مسئله که واکنش کودکان نسبت به درد و ترس آنها از صدمات جسمانی اغراق آمیز است، نیازی به درمان غیر ضروری نیست هر چند نباید درد آنها را نادیده انگاشت. باید دانست که این رفتار، در این مقطع سنی، بسیار عادی است و سعی کرد تا با قرار دادن کودک در گروه همسالان خود، به او کمک نمود. چرا که در این صورت میتواند شکایات خود را با افراد گروه هم سال خود در میان گذاشته و از تجربیات آنها استفاده کند.

بدیهی است مدارای توأم با شکیبایی سبب دلگرمی آنان میشود، چرا که درد و ترس کودک، هر دو واقعی است. کیگان و ماسن معتقدند که تمام کودکان در اواسط دوره کودکی، درگیر اضطراب، ناکامی و تعارضند. یکی از مشکلات موجود در زمینه فهم اضطراب خاص این سنین، عدم توانایی کودک در ابراز منشاء اصلی ترس اوست. این مهم بخوبی در پاسخ کودکان به سؤال ۵ مشهود است، که درد را این گونه توصیف نموده اند:

● چیزی که نمی شود آن را کنترل کرد.

● چیزی که گویا هیچ گاه تمام نمی شود.

● چیزی که آسیب می رساند و نمی توان آن را متوقف کرد.

چه منشأ اضطرابی بهتر از چیزی که نمی توان آن را کنترل کرد؟ واقعیت این است که کودکان در مبارزه برای دستیابی به استقلال، قادر به کنترل درد نیستند و عملاً به مامی گویند که این کار از عهده آنها خارج است، لذا دخالت یک بزرگسال ضروری می نماید. بهترین راه کمک به آنها این است که کمک کنیم تا درد خود را خود کنترل کنند. مسلماً با کاهش درد، احساس استقلال در آنها افزایش خواهد یافت.

سائق ها و انرژی

کودکان ۱۰-۱۲ ساله، سرشار از انرژی و علاقمند به ورزش یا فعالیتهای گروهی هستند. پسر بچه ۱۱ ساله ای گفت: بدترین چیز درد این است که وقتی می آید نمی توان به فوتبال یا هر ورزش دیگری پرداخت. توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است، زیرا غالباً کودکان درد را یک مانع و مزاحم در راه دسترسی به خواستها و نیازهای خود تلقی می کنند (مانند یک ترومای جسمی یا روانی).

آگاهی از مراحل رشد، طبیعی نکته ظریفی است که ما را در فهم بهتر درد یاری میدهد.

از دید کودکان، درد تنها یک پای شکسته یا یک آمپول نیست، بلکه می تواند روی رشد و تحول آنها تأثیر گذارد، باعث شود مورد سرزنش واقع شوند، از درس عقب بمانند و کسی به دیدن آنها نیاید. چنانچه سعی ما بر این است که درد کودکانمان را کاهش دهیم، ابتدا باید نحوه ادراک وی از درد را شناخته و سپس به پیش بینی موقعیتهایی که از نظر کودک دردناک هستند، پردازیم. در نهایت می بایست در زمینه پیشگیری یا کاهش آن اقدام نمائیم.

۳۹ نفر از ۷۴ کودک، سابقه بستری شدن در بیمارستان داشتند. قضاوت حرف از روی پاسخ هانشان می دهد که این امر تأثیر چندانی در پاسخ کودکان به سؤال چهارم ندارد.

در مجموع ۸ کودک گفته اند که هنگام مواجه شدن با درد، دوست داشته اند گریه کنند و این کار را کرده اند.

اکثر پسران در پاسخ به سؤال چهارم، واژه های شجاع، عصبی و یا ترسیده را علامت زده اند، ترکیب جالبی است! اولین پاسخ (یعنی شجاع) بیانگر آن نقشی است که والدین و جامعه از آنان انتظار دارند و دو حالت دیگر نوعی مصالحه شخصی است که با خود انجام می دهد که گریه نکند، چرا که گریه کار بچه هاست و یا پسرهای بزرگ گریه نمی کنند.

انتظارات جامعه

کیگان و ماسن معتقدند از پسر ها در اواسط دوره کودکی انتظار می رود، قوی، قاطع و شجاع باشند. (۱۴ نفر از ۱۹ پسر ۱۱ ساله، و ۷ نفر از پسران ۱۰ ساله پاسخ دادند: شجاع). به مرور زمان از آنها خواسته می شود که ترس خود را فرو نشانده و عواطف خود را به هنگام مواجه شدن با استرس کنترل کند. (فقط دو مورد از ۳۸ پسر بچه اظهار داشته اند که می خواسته اند گریه کنند). با این اوصاف، اعتقاد بر این است که دختران مجازند ترس، احساس آسیب و ناراحتیهای عاطفی خود را ابراز کنند. ۳۶ دختر آزمودنی، اظهار داشتند که ترسیده یا عصبی بوده اند و فقط چهار نفر احساس شجاع بودن داشتند.

تضادهای موجود میان واژه های انتخابی این کودکان، مانند شجاع و ترسیده، شجاع و گریان، ترسیده و عصبی و نظایر آن، دال بر وجود تعارض شناختی در این کودکان به هنگام تجربه درد است.

ترس

یکی از جنبه های درد، که کودکان ۱۰ و ۱۱ ساله آن را تجربه می کنند ترس از مرگ است. بستری شدن در بیمارستان احتمالاً این حالت را افزایش داده و درد کودک را بیشتر می کند. با توجه به این اصل که کودکان در یک رده سنی

- 1) Angew, D., Crue, B. and pinsky, J.: A taxonomy for diagnosis and information storage for patients with chronic pain, Bulletin of the Los Angeles Neurological societies 44: 48, 1979.
- 2) Beecher, H.K. the measurement of pain. Pharmacol. Rev., 1957, 9, 59-209.
- 3) Hardey, J.D., Wolff, H.G., & Goodell, H. Pain- controlled and uncontrolled. Science, 1955, 117, 164- 165.
- 4) Melzak, R., and Wall, P.D.: psychophysiology of pain. In Jacox, A., editor: pain: a source book for nurses and other health professionals, Boston, 1977, Little, brown & co.
- 5) Waldman, R.D. pain as fiction: A perspective on psychotherapy and responsibility. Amer. J. psychother., 1968, 22(3), 481- 490.
- 6) Murray, J.B. Hypnosis: A review of research. Cath. Psychol. Rec., 1964, 2(1), 9-32.
- 7) H. Merskey, M.A., D.M., D.P.M. psychological aspects of pain.
- 8) Freud, A.: The role of bodily illness in the mental life of children. In Freud, A. The psychoanalytic study of the child. New York, 1952, International universities press, Inc.
- 9) Szasz, T.: pain and pleasure: study of bodily feelings, ed. 2, New York, 1975, Basic, Inc. publishers.
- 10) Sharon Holmberg, PAIN, Behavioral Concepts, Chapter 18.
- 11) Sternbach, R.A.: pain patients: trait and treatment, New York, 1974, Academic press, inc.
- 12) S.R. Dudley and K. Holm, Assessment of the pain experienced in relation to selected nurse characteristics, pain 18.179, 1984.
- 13) Hall, K.R.L. & stride, E. the varying response to pain in psychiatric disorders: A study in abnormal psychology. Brit. J. Hed. psychol., 1954, 27, 48-60.
- 14) Clark, J.W. factors affecting human response to pain stimulation. Unpublished masters thesis, McGill university, Montreal, Canada, 1955.
- 15) Blitz, B., & Dinnerstein, A.J. Effects of different types of instructions on pain parameters. J. Abn. Psychol. 1968, 73(3.pt.1) 276-280.
- 16) Jones, A. Bentler, P.M. & Petry, G. The reaction of uncertainty concerning future pain. J. Abn. psychol., 1966, 71, 87-94.
- 17) Hill, et al, studies on anxiety associated with anticipation of pain: I. Effects of morphine. Arch. Nrch. Neural, & psychiat., 1952, 67, 612-619.
- 18) Lepanto, R. Moroney, W. & Zenhausen, R. The contribution of anxiety to the laboratory investigation of pain. Psycho. Sci., 1965, 3, 475.
- 19) Bandler, R.J., JR., Madaras, G.K., & Bem, D.J. Self- observation as source of pain perception. J. personal. & soc. Psychol. 1968, 9(3), 205-20.
- 20) Beecher, H.K. Measurement of subjective Responses. New York Oxford Univ. press, 1959.
- 21) H. Merskey, M.A., D.M., D.P.M, psychological aspects of pain, general and theoretical concepts of pain reaction.
- 22) Nancy V. Schultz, How children perceive pain, social and psychological correlates of pain experience,
- 23) Manssen, P.H., and others. Child development and personality. 3rd ed. New York, Harper and Row, publishers, 1969, P.504.
- 24) I bid. P.524.
- 25) Mussen and others op. cit. P.515.
- 26) I bid., P. 516.
- 27) Blake, Florence G. child, His parents, and the nurse. Philadelphia, J.B. Lippincott co., 1954, P 361.

Psychogenic aspect of pain & conceptualization of psychogenic pain in children

Abstract

Pain is the sensory and emotional experience of discomfort which is usually associated with actual or threatened physical damage or irritation .

Virtually all people experience pain at all ages .

Children also experience pain from the moment of birth through childhood years.

Understanding pain in children is very important , because of treatment implication and its influence in child physical and psychological development .

Experienced researchers have found that pain is a consequence of emotional disorder which is observed in some patients . in many cases we have seen that a patient says to his/her clinician that she has no pain because there is no evidence of somatic disease .

Discomfort involved in psychogenic pain seems to resort primarily from psychological process .

Many of physicians are familiar with unpleasant and avoidant consequences of these distortions .

In these cases , it is better for us to agree with patients , experience of pain and not to probe somatic risk factors and their mechanism all the time .

The researches have recognized that psychological factors can cause pain which is named psychogenic pain .

It means that the cause of pain has psychological roots , versus organic pain which is related to discomfort is caused by tissue damage .

In this study , theoretical , psychological , psychoanalytical and psychosocial approaches and personality characteristics description related to pain and the relations among these approaches in this area have been studied .

Also, the perception of pain among children with different gender have been probed

Jazayeri Ar.(Ph.D.)

Associate prof of University of
Welfare & Rehabilitation Sciences