

جنبه های روان شناختی درد و چگونگی ادراک آن در کودکان

چکیده:

درد یک تجربه و احساس همگانی است. گویاترین تعریف، درد را چنین توصیف می کند: احساس آسیب فردی و خصوصی. این تعریف درد را از دیدگاه ذهنی فرد توصیف می کند 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 نشانه ای از وجود یک محرک آسیب زا در آسیب دیدگی های موضعی است که الگویی از پاسخها را برای حفاظت فرد فعال می سازد.

پزشکان با تجربه، غالباً دریافته اند که درد پیامدی از اختلال عاطفی است که در اقلیت ثابتی از بیماران مشاهده می شود. فراوان اتفاق افتاده است که پزشک به بیماران دردمند

خود گفته است دردی وجود ندارد زیرا شواهدی دال بر اختلال عضوی به چشم نمی خورد. اکثر پزشکان با پیامدهای اجتنابی و ناخوشایند این قبیل خطاها آشنا هستند. در این صورت بهتر است با تجربه بیمار که خود آن "درد" می نامد، موافقت نموده و در همه موارد در پی مکانیسم جسمانی سبب ساز نباشیم. ثابت شده است که عوامل روانشناختی نیز می تواند سبب درد باشد، که در این صورت آن را روانزاد^۱ می نامند. این اصطلاح به معنی آن است که در این موارد علل درد، تماماً یا غالباً ریشه روانی دارد و از سری دیگر درد عضوی^۲ به آن گونه درد می گویند که عوامل سبب ساز آن جسمی باشد.

در این تحقیق رویکردهای نظری، دیدگاههای روانشناختی، دیدگاههای روان تحلیلی 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 یافته های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

طبقه بندی درد

طبقه بندی درد با توجه به دو عامل صورت می گیرد: طول مدت در دو 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 وا می دارد. لذا این نوع درد را غالباً سندرم درد می نامند.

انگیو - کرو - پینسکی^۳ درد را چنین طبقه بندی کرده اند:

1-Psychogeni

2-Organic

3- Agnew - crue - pinsky

دکتر جزایری

دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخش

۱- **درد حاد**: چند روز طول می کشد و می تواند خفیف یا شدید باشد.

نشانه ای از یک مشکل جسمی زیرساختی 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 مراجعه 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 توجیه فیزیولوژیک درد با یک جز عاطفی توأم است و تجربه و احساس درد تابعی از محرکها و گیرنده های عصبی به همراه سایر تجربه های گذشته ای فرد، زمینه فرهنگی او و مفهوم بیماری است.

همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد، درد روانزاد توجیه جسمانی کافی ندارد و توجیحات روانشناختی به تبیین علل درد کمک می کند. برخی از اختلالات روانی خاص را نیز می توان به وسیله ی نشانگان یا سندرم درد توجیه کرد. درد هیستریک ممکن است از طریق یک رخداد خاص که بار عاطفی شدیدی داشته و یا تعارضات عاطفی ناخودآگاه 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 نسبت به بدن خود دارند و احساس بیماری یا اختلال در کارکرد بدن می‌کنند و درد می‌کشند.

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 مانچاوزن¹ در مورد افرادی اطلاق می‌شود که دائماً به مراکز پزشکی مراجعه می‌کنند و نشانه‌های قانع‌کننده کاذب به همراه با اسناد جعلی مبنی بر وجود بیماری را ارائه می‌دهند. رایج‌ترین دردهایی که وابسته به فشارهای روانی‌اند 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 نشده‌اند. هاردی، وولف و گودول² اصطلاح تجربه‌ی درد را مطرح کرده‌اند تا از هرگونه ابهام در اندازه‌گیری، تعریف و تحقیق بر روی درد، اجتناب شود. تجربه درد شامل تأثیرات یکپارچه محرک دردآور است:

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

دیدگاه زیست‌شناختی

در حال حاضر یکی از نظریه‌های جامع و پذیرفته شده، نظریه‌ی کنترل دروازه‌ای³ است. بر اساس این نظریه، یک مکانیسم دروازه‌ای 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 گیرنده‌های حسی به نخاع و نهایتاً به مغز منتقل می‌شوند اما ممکن است در نخاع، ساقه مغز و کورتکس مخ، تنظیم شده یا تغییر شکل یابند. فیبرهای عصبی تکانه‌ها را به نخاع منتقل می‌کنند. در بخش خلفی تکانه‌ها با دروازه‌ای مواجه می‌شوند که می‌تواند باز، نیم باز و یا بسته باشد. تصور می‌شود این دروازه در واقع همان ماده ژلاتینی، دارای سلولهای تخصص یافته‌ای باشد که در طول نخاع قرار دارند و می‌توانند نحوه انتقال تکانه‌های عصبی را تنظیم کنند.

فرایندهای مغزی فرستاده شد، از سوی مغز نیز می‌توانند بر روی مکانیسم دروازه‌ای تأثیر بگذارد.

ملزاک و وال⁴ 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.

1- munchausen syndrome
2- Hardey - wolff - goodell
3- gate control
4- Melzak - wall

۲) انگیزشی - 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 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 انگیزشهای پاسخ، پیامدهای ممکن و در نتیجه کنش متقابل احساس درد و پاسخ به آن را معین می سازد. بدین نحو فرآیندهای مغزی روی فرآیندهای فیزیولوژیک مکانیسم دروازه ای تأثیر خواهند گذاشت.

دیدگاه روانشناختی

والدمن^۱ 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 درد می نگرد 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. اشترن باخ و تورسکی^۲ در مطالعه ی 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 دال بر اینکه در گروهی از بیماران هیپو کندریکال که غالباً تشخیص هیستری گرفته اند، درد یک علامت بارز^۳ است.

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

1- Waldman

2- Stenbach - Turskey

3- Guze & perley 1963

همزمان با آن روش درمان مناسب را بنا نهاد، در این صورت می‌توان امید داشت که درد همراه با بیماری ناپدید شود.

مقبول‌ترین دسته‌بندی بیماران روانی مبتلا به درد، توسط والترز (۱۹۷۱) انجام پذیرفته است. وی بر اساس مطالعه ۴۳۰ بیمار مبتلا به درد صعب‌العلاج، شایع‌ترین 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 (نتیجه‌ی تنش)

- درد ناحیه‌ای روانزاد

این تقسیم‌بندی تصویر واقع‌بینانه‌ای ارائه می‌دهد که در آن تلفیقی از فنون ارزیابی روانپزشکی و پزشکی ضروری است و درمان روان پزشکی می‌تواند مفید باشد.

دیدگاه روان تحلیلی

متون اولیه نظریه روانکاوی، درد را در قالب اصل لذت-درد^۱ توجیه می‌کنند.

آنا فروید در توصیف مشاهدات خود از نوزادان در طول اولین سال زندگی، معتقد است که هرگونه تنش، نیاز و یا ناکامی احتمالاً می‌تواند 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^۲ با جمع‌بندی فرضیه‌های اساسی، نظریه روان تحلیلی خود را صورت داد:

ابتدا نظام «خود»^۳ به عنوان یک «شیء»^۴ به بدن مرتبط می‌شود سپس درد به عنوان یک علامت خطر نسبت به «خود» حس می‌شود. برای فرد بالغ، علامت خطر می‌تواند تهدیدی علیه شیء مورد علاقه باشد، برای مثال فرد دیگری که در زندگی او جایگاه ویژه‌ای دارد. همچنین، بر طبق نظریه‌ی 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 بخش‌هایی از بدن آگاه می‌کند.

زاز اشاره نمود که کاربرد اصطلاحات عضوی و روانزاد برای درد، صرفاً جایگاه درد را در بدن مشخص می‌سازد و نوع تجربه را متمایز نمی‌کند. میان این اصطلاحات و کاربرد روانکاوی اصطلاحاتی نظیر ترس موضوعی^۵ و اضطراب نوروئیک^۵ 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

1- pleasure – pain principle

2- szasz

3- ego

4- objective fear

5- Nevtratic anxiety

قاچاق مواد مخدر)، منبع درد عضوی را نیز می‌توان مورد ارزشیابی قرار داد (نظیر شکستگی استخوان پا)، در این حالت درد صرفاً یک نشانه است.

منشأ اضطراب نورو تیک توسط دیگران بوجود نمی‌آید چرا که به لحاظ موضوعی خطرناک نیست (برای مثال ترس از گربه) اما بیانگر حالتی خاص در فرد است. گرچه درد روانزاد را نمی‌توان به وسیله آزمونهای عینی ارزیابی کرد و نظیر بسیاری از سردردها، به هر حال فرد آن را در قالب درد احساس می‌کند. در این حالت درد تبدیل به نوعی وسیله برقراری ارتباط و تقاضای کمک می‌شود.

ثابت شده است که اضطراب پیش‌بینی شده نقش بسزایی در توجیه مکانیسم‌های روان‌شناختی مربوطه درد دارد. در شرایط مساوی افرادی که دارای صفات شخصیتی خاصی هستند، مثلاً تا حدی تقاضا کننده یا شکایت کننده‌اند، احتمالاً به دردهای مزمن مبتلا می‌شوند. همچنین گفته شده است که پائین بودن سطح تحصیلات، شغل روزانه و یکنواخت و کمبود حمایت‌های محیطی می‌تواند افزایش دردهای مزمن را به دنبال داشته باشد.

تصور می‌شود که برخی از افراد مبتلا به درد مزمن، از این علامت به عنوان یک مکانیسم هیجانی بر علیه تعارض هسته‌ای یا فرآیندهای سایکوتیک سود می‌جویند. 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 روان‌شناختی و واقعی شود، نظیر فقدان تحرک، فقدان کار، فقدان استقلال یا تغییرات چشمگیر ظاهری و ... که نهایتاً منجر به افسردگی می‌شوند. افسردگی و درد، همراه با احساس تنبیه شدن (احتمالاً بصورت غیر منصفانه)، سبب تداوم و تشدید مسئله می‌شود. 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 نوبه‌ی خود، همراه با شکایت درد است تحقیقات اخیر نیز وجود رابطه‌ی متقابل میان افسردگی و دردهای مزمن را تأیید می‌کند.

دیدگاه روانی-اجتماعی

افرادی که علائم درد و یا بیماری را نشان می‌دهند، از طریق تجربیات و مشاهدات گذشته خود دریافته‌اند که سه پیامد مهم برای درد وجود دارد:

توجه، اجتناب از موقعیت استرس‌زا و گاهی نیز استفاده‌های 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 می‌دهد. غالباً بیان مستقیم این تأثیرات ظریف اما قدرتمند، از سوی مراجع مشکل است، چرا که این گونه روشهای اظهار درد، بر رفتارهای اولیه و پیش‌زمانی مبتنی هستند.

به عنوان مثال، مشاهده شده است که زنان در مقایسه با مردان، از آستانه تحمل پائین تری نسبت به درد برخوردار هستند، گرچه نمی توان تفاوت های 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 ی وی و یافتن رفتاری که از سوی آنها تقویت می شود و چگونگی ارائه این تقویت، صورت می پذیرد.

رویکرد نظری مبتنی بر نظریه ی یادگیری اجتماعی، معتقد است که رفتار از طریق تقویت پاسخ از سوی دیگران آموخته میشود. نقشهای خانوادگی و اجتماعی، به هنگام مواجه شدن فرد با یک موقعیت بالینی جدی، به طور چشمگیری تغییر می یابند. غالباً این تغییرات جنبه ی محافظت کننده داشته و به فرد فرصت بهبود و التیام می دهد.

آشنایی با متغیرهایی که در زمینه ی تقویت و ابقای نقش بیمار¹ 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 استراید² نشان دادند که نگرش آزمودنی ها بر میزان پاسخ به درد تأثیر می گذارد. زمانی که واژه - ی 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. کلارک³ 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. بیلتر و دینر اشتاین⁴ 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

1- sick role

2- hall – stride

3- clark

4- blitz& Dinnerstein

درد، تعبیر ذهنی درد نیز کاهش می‌یابد. جونز، بنتل و پتری¹ در یک آزمایش اطلاعاتی در اختیار دسته‌ای از آزمودنی‌ها 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 پیش‌بینی همراه با عدم اطمینان از زمان یا میزان محرک درد آور به اضطراب می‌انجامد و از سوی دیگر اطلاعاتی که عدم اطمینان را کاهش بدهد موجب کاهش اضطراب نیز می‌شود.

هیل، کورنستکی، فلانری و ویکلر² موفق به کاهش اضطراب آزمودنی‌های خود شدند، بدین نحو که به آنها اجازه دادند روی خاتمه‌محرک درد آور کنترل داشته باشند. لیانتو، مورونی و زنهاوزرن نیز به نتایج مشابهی دست یافتند، دال بر این که وقتی آزمودنی‌ها از کنترل محرک درد آور محروم می‌شوند، آستانه درد به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. بندلر، ماداراس و بم³ این گونه بیان داشتند که امکان گریز از یک محرک درد آور بر تعبیر و تفسیر آزمودنی از میزان دردناکی یک شوک الکتریکی تأثیر می‌گذارد.

بیچر⁴ 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 می‌کردند.

یافته‌های 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 نگرشهای خاص ناخودآگاه در بیماران مبتلا به درد روانزاد وجود دارد. احساس خصومت، تنفر و گناه از آن جمله‌اند. ناف در سال ۱۹۳۵ برای نخستین بار اعلام کرد که این صفات در آزمودنی‌های مبتلا به میگرن که سردرد آنها منشأ مشخص روانی داشت، وجود دارد. یافته‌های وولف نیز این امر را اثبات کرد. نگرشهای مشابهی نیز نسبت به بیماران مبتلا به آسم، اگرما، قاعدگی دردناک، کولیت‌های سرطانی و سایر بیماریهای روان تنی 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 روانزاد بیشتر از سایر بیماران مشاهده می‌شود؟ تردیدی نیست که دلیل این امر گاهی اوقات وجود آنتاگونسم (ضدیت متقابل) میان بیمار و پزشک است. مقاله صریح و بی‌پرده بندر⁵ (در سال ۱۹۶۴) شاهی بر این مدعاست. اسپیر در پی یافتن خصومت درونی یا بیرونی،

1- Jones – Bentel – Petry
2- Hill- kornetsky – wikler

3- Bendler – Maradas - knoph
4- Beecher
5- bender

هیچ گونه تفاوت معنی داری میان بیماران روانی دردمند و فاقد درد مشاهده نکرد. مرسکی^۱ (۱۹۶۹) نیز با بررسی بیماران مبتلا به درد، به شواهدی دال بر وجود تفاوت میان آنها و بیمارانی 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 روان تنی، رابطه‌ی مستقیم‌تری با درد دارد.

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

مشاهده شده است که مراجعین یا بیمارانی که دچار دردهای صعب‌العلاج هستند، غالباً از موقعیت اجتماعی پائین‌تری نسبت به سایر بیماران برخوردار بوده و هرچه احساس رضایتمندی در آنها کمتر است، تمایل به مراجعه به پزشک در آنها افزایش یابد 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 بیمارانی گزارش شده است که دردهای شکمی همراه با اختلال نوروتیک داشته‌اند. جراحان مجربی نظیر هیتون (۱۹۴۸) و برخی از متخصصین بیماریهای زنان از جمله آتلی (۱۹۶۹) بر اهمیت وجود عوامل روان شناختی در درد حاد شکمی تأکید زیادی داشته‌اند. هیتون فهرستی از آن عوامل را به شرح زیر، ارائه نموده است:

۱) نورو اضطرابی با نشانه‌های تبدیلی یا سایر عوامل روانزاد.

۲) رخدادهای فیزیولوژیک نظیر تخمک گذاری دردناک.

۳) بیماریهای عضوی واقعی که نیازمند عمل جراحی است.

به منظور تلیخیص مطالب این بخش، شاید بتوان بیمار روانی شاخص این گروه را زن متأهلی از طبقه کارگر یا متوسط یا پائین‌تر 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 غم انگیز 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 تشخیص گذاری 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.

1- Mersky

چگونگی ادراک درد در کودکان

کودکان همپای زمان تغییر و تحول می‌یابند. در حال حاضر آنها به دلیل برخورداری 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 ما کودک مدار¹ 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، فرض‌هایی در مورد بیان درد و پاسخ صحیح نسبت به آن، بنا می‌نهد، 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 را می‌توان مرتبط با اضطراب دانست و از سوی دیگر اگر شخص خود را مستوجب تنبیه بداند و یا در 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 عمیق‌تر، 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

1- child – centered

می‌آید. چنین دانشی ما را به صبر و شکیبایی بیشتر، در مقابل کودکانی که یک تجربه تروماتیک دارند، رهنمون می‌سازد.

علیرغم آن که 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 شده‌اید؟

(۲) دلیل بستری شدن شما چه بوده است؟

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

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

- زمانی که درد دارم،

- احساس ترس می‌کنم.

- احساس شجاعت می‌کنم.

- عصبی می‌شوم.

- دوست دارم که گریه کنم ولی اینکار را نمی‌کنم.

- دوست دارم گریه کنم ولی این کار را نمی‌کنم.

(۵) به نظر شما درد یعنی چه؟

یافته‌های پژوهشی:

۳۹ نفر از ۷۴ کودک، سابقه بستری شدن در بیمارستان داشتند. قضاوت حرف از روی پاسخها نشان می‌دهد که این امر تأثیر چندانی در پاسخ کودکان به سؤال چهارم ندارد. در مجموع ۸ کودک گفته‌اند که هنگام مواجه شدن با درد، دوست داشته‌اند گریه کنند و این کار را کرده‌اند.

اکثر پسران در پاسخ به سؤال چهارم، واژه‌های شجاع، عصبی و یا ترسیده را علامت زده‌اند، 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 می‌دهد که گریه نکند، چرا که گریه کار بچه‌هاست و یا پسرهای بزرگ گریه نمی‌کنند.

انتظارات جامعه

کیگان و ماسن¹ معتقدند از پسرها در اواسط دوره کودکی انتظار می‌رود، 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 می‌شود 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 داشته‌اند که می‌خواسته‌اند 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 بوده‌اند و فقط چهار نفر احساس شجاع بودن داشتند. تضادهای موجود میان واژه‌های 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 درد را افزایش می‌دهد

یکی از جنبه‌های درد، که کودکان ۱۰ و ۱۱ ساله آن را تجربه می‌کنند ترس از مرگ است. بستری شدن در بیمارستان احتمالاً این حالت را افزایش داده و درد کودک را بیشتر می‌کند. با توجه به این اصل که کودکان در یک رده سنی خاص، از صدمات جسمی واهمه دارند، واکنش آنها بیشتر بر اساس ترس شکل می‌گیرد تا دردی که تجربه می‌شود.

شاخص‌ترین پاسخ به این سؤال که: بنظر شما درد یعنی چه؟ این بود که: دکتر، فکر می‌کنم دارم می‌میرم. 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 زمینه‌ی 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 نموده‌اند:

- چیزی که نمی‌شود کنترلش کرد.
- چیزی که گویا هیچگاه تمام نمی‌شود.
- چیزی که آسیب می‌رساند و نمی‌توان آن را متوقف کرد.

1- kagan & Mussen

چه منشأ اضطرابی بهتر از چیزی که نمی‌توان آن را کنترل کرد؟ واقعیت این است که کودکان در مبارزه برای دستیابی به استقلال، قادر به کنترل درد نیستند و عملاً به ما میگویند که این کار از عهده آنها خارج است، لذا دخالت یک بزرگسال ضروری می‌نماید. 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.

سائق‌ها و انرژی

کودکان ۱۰-۱۲ ساله، سرشار از انرژی و علاقمند به ورزش یا فعالیتهای گروهی هستند. پسر بچه‌ی ۱۱ ساله‌ای گفت: بدترین چیز درد این است که وقتی می‌آید نمی‌توان 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 خواسته‌ها و نیازهای خود تلقی می‌کنند (مانند یک ترومای جسمی یا روانی). آگاهی از مراحل رشد و رسش 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 می‌تواند 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 پیش‌بینی موقعیتهایی که از نظر کودک دردناک هستند، بپردازیم. در نهایت می‌بایست در زمینه پیشگیری یا کاهش آن اقدام نمائیم.

منابع :

- 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. Pharmacal, 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 aurses and other health professionals, Boston, 1977, Little, brown & co.
- 5) Waldman, R.D. pain as fiction: A perspective on psyc otherapy 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 vole of bodily illness in the mentallife of children. In freud, A.The psychoalytic 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, Assesment 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 abno mal psychology. Brit. J.Hed. psychol., 1954,27,48-60.
- 14) Clark, J.W. factors affecting human response to painstimulation. Unpublished masters thesis, Mc gill 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 antioipation of pain: I. Effects of morphine. Arch. Nrch. Neural, & psychiat., 1952,67,612-619.
- 18) Lepanto, R.Moroney, W.& Zenhausern, R.The contribution of anxiety to the labaratory 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. Newyork oxford univ. press, 1959.
- 21) H.Merskey, M.A. ,D.M. ,D.P.M, psychological aspects of pain, general and theoritical 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. 3 rd ed. New york , Harper and Row, publishers, 1969, P.504.
- 24) I bid. P.524.
- 25) Mussen and others op. eit. 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.