

هسترترومپتر

اکت (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) با درد
اندا، گیری، اثربخشی و سازو کارهای پذیرش و تعهد درد درمان

مترجمان:

زهرا افکاری شهرستانی

مریم رحیمی

زهرا زین الدینی

لیلا عباسی

مصاعیریر



انتشارات
تمدن علم

سرشناسه	: رومپتر، هستریان، ۱۹۸۷ - م. Trompeter, Hester Rianne
عنوان و نام پدیدآور	: اکت (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) با درد: اندازه گیری اثربخشی بازکارهای پذیرش و تعهد در درمان / هستر ترومپتر؛ مترجم زهرا افکاری شهرستانی.
مشخصات نشر	: تهران: تمدن علمی، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۲۶۶ ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۶۳۱-۰۰۸-۶
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
عنوان اصلی	: Act with pain : measurement, efficacy and mechanisms of acceptance & commitment therapy, 2014.
موضوع	: درد مزمن -- جنبه های روانشناسی
موضوع	: Chronic pain-- Psychological aspects
موضوع	: درد مزمن -- درمان جایگزین
موضوع	: Chronic pain -- Alternative treatment
موضوع	: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
موضوع	: Acceptance and commitment therapy
شناسه افزوده	: افکاری، زهرا، ۱۳۷۱ - مترجم
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۷ ۱۷ الف-۹/۱۲۷ RB1۲۷
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۰۴۲۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۳۹۱۵۲۹

هستر ترومپتر

**اکت (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) با درد
اندازه‌گیری، اثربخشی و سازوکارهای پذیرش و تعهد در درمان**

مترجمان: زهرا افکاری شهرستانی

زهرا افکاری شهرستانی

مریم رحیمی

زهرا زین الدینی

لیلا عباسی

رصاعیزپور

چاپ ۱۳۹۰ شمسی: ۴۴۰ نسخه

لیتوگرافی چاپ - چاپ: رامین

صفحه آرایی: احمد علی پور

قطع: وزیر

شابک: ۶ - ۰۸ - ۳۱۰ - ۲۲ - ۹۶۴۱۲۳۵۸

حق چاپ محفوظ است.



انتشارات
تمدن علم

تهران - خیابان انقلاب - خیابان ۱۲ فروردین -
خیابان شهدای ژاندارمری - بن بست گرانفر - پلاک ۴
تلفن: ۶۶۴۱۲۳۵۸ - ۰۲۱



Www.elmpub.com



info@elmpub.com



nashreelm

فهرست مطالب

۱۷.....	فصل ۱.....
۱۹.....	مقدمه کلی.....
۲۱.....	فیزیولوژی اعصاب درد.....
۲۳.....	نقش روان‌شناسی در شناخت درد مزمن.....
۲۳.....	عوامل روان‌شناختی در دردهای مزمن.....
۲۵.....	رویکردهای روان‌شناختی درک درد مزمن.....
۲۶.....	درمان درد مزمن.....
۲۸.....	پذیرش و تعهد در درمان دردهای مزمن (آسی تی).....
۲۸.....	نظریه چارچوب ارتباطی.....
۳۱.....	الگوی انعطاف‌پذیری روانی.....
۳۵.....	شاهدی برای آسی تی.....
۳۶.....	این پژوهش.....
۳۶.....	سرآغاز پیشرفت در رویکردهای روان‌شناختی درد مزمن.....
۳۸.....	طرح کلی.....

فصل ۳ مقیاس انعطاف ناپذیری روانی درد (PIPS): کشف ویژگی‌های روان‌سنجی در

الگوی ناهمگن از درد مزمن.....	۴۱
چکیده.....	۴۳
مقدمه.....	۴۴
روش.....	۴۶
شرکت‌کنندگان و روند کار.....	۴۶
معیارها.....	۴۸
تحلیل داده‌ها.....	۴۹
تحلیل محتوا، سازه عامل و پایایی درونی PIPS.....	۴۹
روایی افزایشی و سازه.....	۵۰
نتایج.....	۵۲
تحلیل پرسش‌ها، سازه عامل و پایایی درونی در PIPS.....	۵۲
روایی افزایشی و سازه.....	۵۴
بحث.....	۵۷

فصل ۴ اندازه‌گیری و اقدام متعهدانه با مقیاس زندگی (ELIS): ارزیابی

روان‌سنجی در یک نمونه غیرکلینیکی از بیماران درد مزمن.....	۶۱
چکیده.....	۶۳
مقدمه.....	۶۴
ساخت پرسش‌ها.....	۷۰
مطالعه نخست.....	۷۲
روش.....	۷۲
شرکت‌کنندگان و روند کار.....	۷۲
معیارها.....	۷۲
نتایج.....	۷۵

۷۵	تحلیل پرسش‌ها، سازه عاملی و پایایی درونی
۷۸	آمارهای توصیفی و اعتبار سازه
۸۰	پیامد
۸۱	مطالعه دوم
۸۱	روش
۸۱	شرکت‌کنندگان
۸۲	روند کار
۸۲	معیارها
۸۵	نتایج
۸۵	تحلیل عاملی تأییدی (CFA)
۸۷	آمار توصیفی و پایایی درونی
۸۸	روایی سازه
۸۸	روایی افزایشی
۹۱	نتیجه‌گیری
۹۲	بحث کلی
۹۷	ضمیمه الف - مقیاس زندگی فعال *
فصل ۵ مداخله خودیاری مبتنی بر راهنمای اینترنتی درد مزمن بر اساس درمان پذیرش و تعهد: کارآزمایی بالینی تصادفی	
۹۹	چکیده
۱۰۱	مقدمه
۱۰۲	روش
۱۰۵	شرکت‌کنندگان
۱۰۵	روند کار
۱۰۶	مداخله

۱۱۱	زندگی با درد
۱۱۲	حالت کنترل نوشتن گویا
۱۱۳	حالت کنترل لیست انتظار
۱۱۳	مشاوره
۱۱۴	نتایج اولیه
۱۱۴	نتایج ثانویه
۱۱۵	انجام، تبعیت و رضایت درمان
۱۱۶	تحلیل آماری
۱۱۸	نتایج
۱۱۸	اتمام، تبعیت و رضایت درمان
۱۱۹	پیامدها
۱۲۵	بهبود بالینی
۱۲۷	بحث

فصل ۶ آیا عملکرد روان شناختی مثبت باید درد مزمن را خودمدیریتی کند؟

	تعدیل کننده ها و پیش بینی کننده های تغییر در طول دار آرمای بالینی تصادفی مبتنی بر
۱۳۳	درمان پذیرش و تعهد به صورت اینترنتی
۱۳۵	چکیده
۱۳۷	مقدمه
۱۴۱	روش
۱۴۱	شرکت کنندگان و روند کار
۱۴۲	معیارها
۱۴۳	پیامد
۱۴۳	تعدیل کننده ها / پیش بینی کننده ها
۱۴۴	تحلیل آماری

نتایج.....	۱۴۷
تعدیل‌کننده‌های تغییر در تداخل MPI.....	۱۴۹
بحث.....	۱۵۵

فصل ۷ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و فاجعه‌سازی به عنوان مکانیسم‌های مرتبط با

تغییر در طر..... مداخله مبتنی بر پذیرش آنلاین در درد مزمن.....	۱۵۹
چکید.....	۱۶۱
مقدمه.....	۱۶۲
روش.....	۱۶۵
شرکت‌کنندگان و روند کار.....	۱۶۵
مداخله.....	۱۶۷
معیارها.....	۱۶۸
خلاصه نتایج کارآزمایی‌های بالینی قبلی.....	۱۶۹
تحلیل آماری.....	۱۶۹
تجزیه و تحلیل بین‌المللی.....	۱۷۰
طراحی پنل متقاطع عقب افتاده.....	۱۷۰
نتایج.....	۱۷۲
تأثیرات غیرمستقیم و خاص مقیاس فاجعه‌سازی درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.....	۱۷۲
تغییرات در مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درد و مقیاس فاجعه‌سازی درد در طی.....	۱۷۷
مداخله درمان پذیرش و تعهد.....	۱۷۷
بحث.....	۱۸۰

فصل ۸	۱۸۵
چکیده	۱۸۷
مقدمه	۱۸۸
روش پژوهش	۱۹۲
شرکت کنندگان	۱۹۲
فرایند پژوهش	۱۹۲
سنجش	۱۹۳
متغیرهای فرایند	۱۹۴
متغیرهای نتیجه درمان	۱۹۵
تحلیل	۱۹۶
داده‌های از دست رفته	۱۹۶
مقایسه متغیرها و خودهمبستگی	۱۹۷
رابطه میان فرایند و برآمد	۱۹۷
بررسی تأثیرات مداخله	۱۹۸
نتایج	۲۰۰
شرکت کننده ۱ (pp1)	۲۰۰
شرکت کننده ۲ (pp2)	۲۰۲
شرکت کننده ۳ (pp3)	۲۰۴
بحث	۲۰۶
پیوست: تنوع در طی زمان در اجتناب از درد، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها را تغییر برآمدی که بالاترین همبستگی را دارد، جداگانه برای هریک از سه شرکت کننده	۲۱۰
فصل ۹	۲۱۵
چکیده	۲۱۷
مقدمه	۲۱۸

۲۱۸	درمان چندرشته‌ای درد مزمن.....
۲۱۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....
۲۲۰	ایجاد یک طرح اجرا.....
۲۲۱	آموزش و تعلیم.....
۲۲۳	شایستگی و تبعیت.....
۲۲۳	تعیین‌کننده‌های اجرای موفق.....
۲۲۴	روش.....
۲۲۴	شرکت‌کنندگان و فرایند.....
۲۲۶	سنجش‌ها.....
۲۲۶	متخصصین.....
۲۲۷	بیماران.....
۲۲۷	مدیران.....
۲۲۹	نتایج.....
۲۲۹	مواجهه متخصصین با اکت.....
۲۲۹	برداشت از شایستگی‌های خود و تبعیت از اکت.....
۲۳۳	تعیین‌کننده‌های موفقیت.....
۲۳۷	بحث و نتیجه‌گیری.....
۲۳۷	بحث.....
۲۴۰	نتیجه‌گیری.....
۲۴۰	دلالت‌های پژوهش.....
۲۴۱	فصل ۱۰.....
۲۴۳	مقدمه.....
۲۴۳	نتایج کلی.....
۲۴۴	سنجش.....

ابزارهای سنجش موجود در زمینه سبک پاسخگویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.	۲۴۵
مشکلات سنجش در طرح های تک نفره.....	۲۴۸
اثر بخشی	۲۴۹
روی الگوی روانشناسی انعطاف پذیر حساب کنید	۲۵۱
تصحیح کردن مداخلات درد مبتنی بروب	۲۵۲
بررسی پتانسیل های روانشناسی مثبت گرا	۲۵۴
مکانیسم ها	۲۵۶
بررسی ها بر فرآیندهای تغییر با استفاده از تئوری مبتنی بر مداخله	۲۵۷
ارزیابی فرایندها روی افراد	۲۵۸
موضوعاتی برای تحقیقات آینده	۲۶۰
نظارت شخصی شده بر درمان با استفاده از mHealth	۲۶۰
نقاط قوت و محدودیت ها	۲۶۱
نتیجه گیری	۲۶۲

مقدمه کلی

آنیسا ۴۶ سال دارد و با همسر و دختر ۱۴ ساله اش زندگی می‌کند. مدت‌های طولانی است که دردی او را عذاب می‌دهد و از آن شکایت دارد. درد از دست‌ها پیشرو مع می‌شود. سپس زنگ آن عوض و گرم می‌شود و لحظه‌ای بعد عروق می‌کند و ریا به می‌شود. درد پای راست بعد از این درد آغاز می‌شود. علائم نشان می‌دهد که او دچار سندرم درد پیچیده منطقه‌ای (CPRS) شده است. در زنان مسن، دوره این نشانه‌ها اختلال «آشفته‌گی پس از سانحه» نامیده می‌شود. مدت‌هاست که سید که این بیماری تشخیص داده شد و این مسئله تأثیراتی منفی در روی گذاشت. پس از تشخیص، تحت درمان‌های مختلفی از جمله فیزیوتراپی، کاردرمانی، تحریک الکتریکی و بازداری‌های عصبی و مصرف دارو قرار گرفت. اما دردها منظم، شدید و تحمل‌ناپذیر بودند. آنیسا به سختی می‌توانست راه رفتن و وسایل از صندلی چرخ‌دار استفاده کرد.

آنیسا احساس آشفته‌گی و پریشانی می‌کرد و به خود بی‌اعتماد شده بود. به خصوص زمانی که دخترش کوچک‌تر بود، سعی می‌کرد دردها را نادیده بگیرد و وانمود می‌کرد که مشکل خاصی ندارد. با گذشت زمان خسته‌تر و توانایی‌اش برای انجام امور کمتر و کمتر شد. او برای پیدا کردن کار تلاش بسیار کرد، اما پذیرفته نشد و همین مسئله باعث شد تمایل کمتری برای خارج شدن از خانه و دیدار دیگران داشته باشد. در چنین شرایطی سعی می‌کرد درد را کنترل کند و عارضه را نادیده بگیرد. هرگاه دردش بیشتر می‌شد،

خودش را از خانواده‌اش دور می‌کرد، زیرا نمی‌خواست آنها درد او را به دوش بکشند. با این روند به آرامی خسته و افسرده‌تر شد. آنجا تصمیم گرفت برای درمان و کمک‌های حرفه‌ای عازم یک مرکز توانبخشی شود.

مورد آنجا (نسخه ویرایش شده). ویهوف، ام. ام.، شرورز، کی. ام. جی.، هالسبرگن، ام. و. بولمایر، ای. تی. (۲۰۱۰). زندگی همراه با درد. هنرپذیرش (زناگی با درد) منتشر شده: آمستردام.

مصابین به من با آنجا در مراحل اولیه مقطع دکتری بود. در آن زمان، درباره درد مزمن و تأثیرات ناتوان‌کننده آن، کیفیت زندگی افراد مبتلا به این دردها دانش چندانی نداشتیم. در چنین شرایطی، سرگشتگی، تأثیر بسیاری بر من گذاشت. متأسفانه وضعیت و داستان او منحصر به فرد نیست. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در سراسر جهان به‌طور تقریبی از هر ۵ بزرگسال ۱ نفر با چنین دردهای مزمنی دست و پنجه نرم می‌کند. در واقع، درد مزمن دردی طولانی است که مدت آن بیش از سه ماه معرّف شده است. تعداد این بیماران فقط در کشور هلند به بیش از ۲٫۲ میلیون نفر می‌رسد (کترینگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ بریویک، کالت، و نتافرید، کوهن و گالچر، ۲۰۰۶؛ گورج، وون، کورف، سیمون و گاتر، ۱۹۹۸). این تعداد فقط افراد ساکن هلند را شامل می‌شود که از بیماری‌های مزمن با شیوع بالا مانند دیابت، بیماری قلبی مزمن و سرطان رنج می‌برند (گومروپوس، ۲۰۱۳).

کسانی که به دردهای مزمن مبتلا هستند، گزارش کرده‌اند که در حوزه‌های جسمی، هیجانی و زندگی اجتماعی دچار اختلال عملکردی شده‌اند. به عنوان مثال، شیوع اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی در میان افراد مبتلا به درد مزمن به ترتیب بالای ۲۵ و ۴۰ درصد است (هاگمن، ماهر و کاترین، ۲۰۰۴؛ میلروکانو، ۲۰۰۹). علاوه بر این، تعداد زیادی از این بیماران در انجام کارهای خانه، خوابیدن، حضور در فعالیت‌های اجتماعی، حفظ روابط سالم با اعضای خانواده و دوستان، ورزش و داشتن یک شیوه زندگی عملکرد معیوبی داشته‌اند (بریویک و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسمیت، گیلز و کارمودی، ۲۰۰۰). در چنین وضعیتی، این بیماران در زندگیشان به دلیل مراجعات مکرر به پزشک و استفاده از دیگر خدمات سلامتی، هزینه‌های فراوانی را به‌طور مستقیم و غیر مستقیم متحمل شده‌اند.

(گاسکین و ریچارد، ۲۰۱۲؛ لامبیک و همکاران، ۲۰۱۱). بیش از ۶۰ درصد بیماران که از درد مزمن رنج می‌برند گزارش کرده‌اند که با توان کمی قادرند برای انجام کار از خانه خارج شوند و ۱۹ درصد نیز به دلیل همین ناتوانایی‌های ناشی از دردهای مزمن شغل‌شان را از دست داده‌اند (بریویک و همکاران، ۲۰۰۶). در کشور هلند تنها هزینه‌های ناشی از دردهای مزمن در سال ۲۰۰۷ حدود ۳٫۵ میلیارد یورو بوده است که هزینه‌ای معادل ۶٫۶ درصد تولید ناخالص داخلی تولید ملی است (لامبیک و همکاران، ۲۰۱۱).

اینکه عوارض دردهای مزمن بر فرد و جامعه تأثیر منفی می‌گذارد واضح و روشن است و همین موجب شده که دانشمندان تلاش خود را در جهت درک بهتر علت و ارزیابی این دردها بیشتر کنند. گزینه‌های مختلف درمانی سودمند را افزایش دهند (تورک، ویلسون و کاهانا، ۲۰۱۱). تمرکز این پایان‌نامه بر زیرمجموعه‌ی خاصی برای درمان سودمند درد مزمن است. همچنین، با استفاده از توانمندی‌های چند رشته‌ای و روان‌شناختی نام برده به‌طور بارزتر مشخص می‌شود که «پشتاب‌بری یکی از جدیدترین چارچوب‌های ایجاد شده روان‌شناسی تمرکز دارد که به عنوان «مان مبتنی بر پذیرش و تعهد» یا «اکت» (ACT) شناخته می‌شود که در درمان دردهای مزمن جایزه‌ی مهمی است (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹، ۲۰۱۲). فصل مقدماتی به اهمیت فیزیولوژی اعصاب درد و اهمیت عوامل روانی و درمان دردهای مزمن اشاره می‌کند و پس از آن نیز محتویات نظری و بالینی اساسی در حوزه درد را مورد بررسی قرار می‌دهد. در نهایت، با مرور کلی بر پالاش‌ها و پیشرفت‌های آینده، طرحی کلی از مطالعات در این پایان‌نامه داده می‌شود. این طرح طیف گسترده‌ای از روش‌های درمان با استفاده از فرآیند درمان در چارچوب اکت و استفاده از آزمایش‌های اکت و اجرای توان بخشی چند رشته‌ای در دردهای مزمن را در کشور هلند شامل می‌شود.

فیزیولوژی اعصاب درد

طی قرن‌های ۱۹ و ۲۰ رویکردهای نظری به دنبال دیدگاهی بودند که درد را تنها یک فرآیند صرفاً پزشکی می‌دانستند (فلور و تورک، ۲۰۱۱). تصور می‌شود علائم شدت درد مربوط به زمینه پاتولوژی در بدن است. بر اساس دیدگاهی دوگانه، تصور بر این است که درد جدا از فرآیندهای ذهن عمل می‌کند. از یک سو فرض می‌شود که درمان آسیب‌شناسی عضلانی به‌طور

مستقیم به بهبود درد منجر خواهد شد. از سوی دیگر، از درمان بافت آسیب دیده می توان این گونه استنباط کرد که زمینه درد یک آسیب روانی اساسی است.

از سال ۱۹۶۰ تصویری از مطالعات عصب شناسی فیزیولوژی عصب درد را در اختیار همگان قرار داد (مثل، ملزاک و وال، ۱۹۶۵؛ ملزاک، ملزاک و وال، ۱۹۶۵). اولین الگوی فیزیولوژی عصب شناختی بر محیط مرکز بدن و تغییر جنبه های روان شناختی درد تمرکز داشت. این الگو پیشنهاد کرد که در درون بدن افراد حسی است که از بالا به پایین تنها بخشی از پاسخ خروجی فرد را نسبت به درد شکل می دهد، در حالی که این حس از پایانه های اعصاب پیراموی از طریق نخاع به سوی تالاموس و نواحی قشر مغز جابه جا می شود. اطلاعات نیز از بالا و پایین به صورت فعال قبل از هشجاری وارد می شوند. این اطلاعات نشأت گرفته از نواحی مغزی هستند که مسئولیت ادغام اطلاعات عاطفی و انگیزشی را بر عهده دارند. گرچه همه فرضیات نظری در برابر رشد علمی مقاوم نیستند، اما الگوهای فیزیولوژی عصبی نیز بار دارند که مغز انسان فقط یک دریافت کننده اطلاعات محیطی نیست (جنسون و تورک، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، نظریه ماتریکس عصبی درد (ملزاک، ۲۰۰۱؛ ملزاک، ۲۰۰۵) پیشنهاد می کند که در درم حصول یک اثر عصبی است، به این معنا که نتیجه دوره ای تکراری در ساقه های عصبی است که از یک شبکه عصبی مغزی گسترده نشأت می گیرد. ماتریکس عصبی یک الگوی خروجی دارد که از به هم پیوستن اطلاعات افتراق حسی، ارزیابی شناختی و انگیزشی. احساسی سکا می گیرد. همان طور که «گاتچل» و همکارانش نشان دادند (۲۰۰۷)، درد یک الگوی - خروجی - محور نظریه ماتریکس عصبی این مطلب را تأیید و بیان می کند که درد به جای اینکه پاسخ مستقیم به اطلاعات حسی محیط باشد، حاصل خروجی شبکه عصبی مغزی به شدت گسترده و چند بعدی است.

در زمینه آسیب فیزیولوژیکی مکانیسم های خاصی شناسایی شده اند که در ایجاد کیفیت های درد مزمن درگیرند (فلور و تورک، ۲۰۱۱). مکانیسمی اساسی در درد مزمن نقش ایفا می کند حساسیت است. یعنی بعد از اینکه یک محرک درد آور بارها و بارها افزایش یافت، در پاسخ بدن به درد منجر می شود. اگر درد استمرار داشته باشد، حساس شدن می تواند چنان گستردگی پیدا کند که حتی در نبود محرک واقعی درد یا علت اصلی، درد حاد بروز پیدا می کند. افزایش حساسیت نسبت به درد یک نمونه از زنجیره وقایعی است که هم در سطوح مرکزی و هم محیطی بدن می توانند به دردهای مزمن منجر شوند. سایر وقایعی که می توانند بر ادراک درد تأثیر بگذارند، عبارت اند از پاسخ های سیستم عضلانی و خود مختار و تغییرات

پلاستیکی روی ساختارهای مغز (آپکاریان، هاشمی و بالکی، ۲۰۱۱؛ فلور و تورک، ۲۰۱۱). چنین فرض شده است که عدم تعادل‌های جسمانی و عصبی، پاسخ‌های غیرارادی و مرکزی که در درد طولانی مدت دخیل‌اند، شبیه به عدم تعادل حیاتی و فعال‌سازی‌های سیستمی پیچیده هستند که در استرس مزمن دخیل‌اند (مک‌بث و همکاران، ۲۰۰۵؛ ملزاک، ۲۰۰۵).

نقش روان‌شناسی در شناخت و درمان دردهای مزمن

عوامل روان‌شناختی در دردهای مزمن

برای درک کامل پیچیدگی‌های درد مزمن مهم این است که بین احساس درد و خود درد تفاوت قائل شویم (لوسر، ۱۹۸۲). درحالی‌که احساس درد به فعال‌سازی فیزیولوژیکی انتقال حسی اطلاعات مرتبط از درخت اعصاب گفته می‌شود، اما شناخت درد از نتایج پیامد تعدیل شده پردازش‌های عصبی فیزیولوژیکی بوده و نیازمند آگاهی هشیارانه فرد است. همان‌طور که پیش از این بحث شد، «الگوی درد» عصبی فیزیولوژیکی درد شامل همین دو بعد هستند که نشان می‌دهند عوامل فیزیولوژیکی با احساس درد، مقدم بر ادراک درد است و در هر دو سطح، پایین‌ترو بالاتراز سطح جسمانی بدن تعامل دارند. لوسر (۱۹۸۲) در الگوی سنتی‌اش از درد (شکل ۱)، دو بعد دیگر را هم معرفی کرد که در آن شناخت‌ها و هیجانات، حتی نقش بیشتری را ایفا می‌کنند.



شکل ۱. الگوی درد لوزر (۱۹۸۲). مفاهیم درد، در (پژوهش) جی. استانتون. هیکس و آر. بواز (Eds)، درد مزمن (کمر (صفحات ۱۴۲-۱۰۹). نیویورک: انتشارات راون.

درد ورنج ناشی از درد، شامل واکنش‌های هیجانی به احساس و ادراک درد است، به عنوان مثال، احساس‌های اضطراب، افسردگی یا بی‌نظمی و هرگونه احساس دیگری به این معنا ارتباط داده می‌شوند. یعنی اینکه فرد اینها را به درد نسبت می‌دهد. بعد چهارم در این الگو که شامل رفتار درد است، تمام رفتارهای همراه با درد را دربرمی‌گیرد که برای اطرافیان فرد قابل مشاهده است. مثال‌های رفتار درد شامل الگوهای ارتباط با درد یا پرهیز از فعالیت‌های مرتبط با ترس هستند. توجه داشته باشید که این شکلی است که بیشتر استفاده شده است. گاهی اوقات گمراه‌کننده و گیج‌کننده است، چنانکه در واقعیت نیز می‌بینیم، ابعاد متوالی به‌طور حتم لازم نیست کامل در ابعاد قبلی محصور شود. دیدگاه «زیستی-روانی-اجتماعی» که درد مزمن را در تمام دیدگاه پذیرفته است، تأیید می‌کند ما باید قادر شویم رنجی را که فرد از درد مزمن می‌برد شامل نه‌میم و با موفقیت درمان کنیم (گاتچل و همکاران، ۲۰۰۷؛ تورک، میچل بام و جی ساس، ۲۰۰۳).

فهم ما از شناخت عوامل روان‌شناختی دخیل در درد مزمن از تحقیقات بسیاری نشأت گرفته است. طی دهه‌های گذشته، ویژگی‌های مکانیسمی انگیزشی، روانی، اجتماعی و بافتاری متنوعی شناسایی شده‌اند که در آسیب‌پذیری نسبت به درد مزمن کارکرد دارند یا به عنوان عوامل تاب‌آوری در درد مزمن شناخته می‌شوند (برای مرور رجوع کنید به: گاتچل و دیگران، ۲۰۰۷؛ کیف، رامبل، اسکپیو، ژبوردانو و پین، ۲۰۰۴؛ استارگون و زاتورا، ۲۰۱۰؛ تورک و اوکیفیوج، ۲۰۰۲). از بین این عوامل، صفات و مکمل‌ها شامل هیجاناتی مثل اضطراب، افسردگی و عاطفه مثبت؛ عوامل شناختی مثل فاجعه‌آمیزدین درد، کنترل درد درک شده، خودکارآمدی و پذیرش درد؛ عوامل اجتماعی مثل حمایت اجتماعی، تجربه شده، انتظارات اجتماعی و تجربیات درمان قبلی، پیشینه‌ی یادگیری فرد و عوامل تاب‌آوری مثل خوش‌بینی و امیدواری هستند. در تعریف ارائه شده «انجمن بین‌المللی پذیرش درد» (IASP)، جنبه‌های هیجانی و ذهنی درد نیز گنجانده شده است، آن هم به عنوان «حس و تجربه‌ای ناخوشایند و هیجانی که با صدمه‌ی بالقوه یا واقعی بافتی از بدن همراه است یا از دیدگاه چنین آسیبی توصیف می‌شود.» (آی ای اس پی، ۱۹۸۶). جنبه‌ی دیگر مرتبط با این تعریف اذعان دارد که به‌طور حتم آسیب یک عضو مبنای درد نیست. در این خصوص می‌توان افرادی را مثال زد که از دردی رنج می‌برند که نشانه‌های بدنی آن از لحاظ پزشکی قابل توضیح نیستند (بورتون، ۲۰۰۳).