

مقایسه ی نشاتگان بالینی بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی (در پرسشنامه ی چند محوری میلون)

دکتر حسن احدی^۱، دکتر فرناد ایمانی^۲، دکتر مهدی رهگذر^۳
و فرحناز مسچی^۴

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی نشاتگان بالینی بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی در پرسشنامه ی چند محوری میلون بود. بدین منظور، ۳۲۱ نفر (۱۹۳ فرد مبتلا به درد مزمن و ۱۲۸ فرد سالم) انتخاب شدند و با پرسشنامه ی ارزیابی پزشکی درد، مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج، نشان داد که بین گروه های مبتلا به انواع درد مزمن و گروه سالم در میزان افسرده خوویی اختلال اضطرابی، نشاتگان شبه جسمی و استرس پس از سانحه، تفاوت معنادار وجود دارد.

واژه های کلیدی: نشاتگان بالینی، درد، درد مزمن

مقدمه

درد مزمن، در واکنش به یک جراحی یا بیماری معین شروع می شود اما در مدت کمتر از ۶ ماه، از بین نمی رود (ساندرسون^۵، ۲۰۰۳). دردهایی مثل کمر درد، سردرد و درد ناشی از التهاب مفاصل و سرطان، از دردهای مزمن به شمار می رود. اصطلاح درد مزمن، وابسته به نوع بیماری، آسیب یا پیش آگهی آن نیست بلکه در توصیف دردی به کار می رود که بیش از مقدار مورد انتظار ادامه یافته و نشانه های اندکی از رفع آن دیده شده است. افراد مبتلا به درد مزمن، ممکن است «سندرم درد مزمن» را تجربه کنند که وضعیتی است همراه با بدکارکردی جسمی، اجتماعی و رفتاری. این افراد

۱. هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

۲. هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳. هیات علمی دانشکده توانبخشی و علوم بهزیستی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴. هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (نویسنده مسول) Email:

تغییرات مشخصی در رفتار خود دارند که شامل افسردگی، اضطراب محدودیت در فعالیت های روزانه، استفاده ی بیش از حد از داروها و استفاده ی مکرر از خدمات پزشکی است.

واکنش های گوناگون هیجانی و روان شناختی به بیماری و درد مزمن، از درجه ی غیرمنتظره و تهدیدآمیز بودن نسبت به زندگی فرد مبتلا به وجود می آید. برخی از واکنش های هیجانی و همایندهای روان شناختی متداول در برابر زندگی همراه با درد مزمن، عبارتند از: افسردگی، خشم تحریک پذیری، اضطراب، کاهش عزت نفس، کاهش حافظه و افکار خودکشی. بخشی از ناامیدی برای اغلب بیماران دچار درد مزمن هنگامی پیش می آید که درد آنها از دیدگاه پزشکی هیچ دلیل مشخصی ندارد (فالو^۱، ۲۰۰۵). درد مزمن همچنین با سایر اشکال آسیب شناسی روانی نظیر اختلال های اضطرابی، اختلال های مصرف مواد و سایر مشکل های روان پزشکی همراه است (درش، پولاتین و گچل^۲، ۲۰۰۷؛ جانووسکی، استودن و اوویکز^۳، ۲۰۰۹). علت این که درد مزمن و آسیب شناسی روانی به طور متناوبی همراهند، هنوز کاملا مشخص نیست اما بیماران مبتلا به درد مزمن، نمره های بالایی در زیر مقیاس های MMPI بدست می آورند؛ برای مثال، تحقیق ها نشان داده است که ۷/۳۳ درصد از افراد مبتلا به درد مزمن، مضطرب یا افسرده بودند در حالی که این میزان در گروهی که درد مزمن نداشتند، ۱/۱۰ درصد بود (گارج، ون کورف^۴ و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین، افراد مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر که نوعی بیماری مزمن دردناک است نمره های بالایی در مقیاس های روان رنجور خوبی دارند (کیندر، گچل و مایر^۵، ۲۰۱۰) و درجات بالاتری از افسردگی اساسی، اختلال وحشت زدگی و گذر هراسی نشان می دهند (واکر، کیتون^۶ و همکاران، ۱۹۹۲ از گچل و ترک^۷، ۱۹۹۶).

شواهد، نشان می دهد افرادی که با درد مزمن زندگی می کنند، دچار افسردگی، اضطراب و خشم می شوند، فرسوده و بی رمق اند، اشتغال ذهنی آنها بیشتر معطوف به دردشان است و با دوستان و خانواده ی خود با تندخویی رفتار می کنند (اشترنباخ^۸، ۱۹۷۴). (افسردگی، احساس ناامیدی نسبت به تجربه ی طولانی مدت و ناموفق درمان درد است). درد با کاهش سطح فعالیت و تغییر در ادراک

1. Falvo

2. Dersh, Polatin, & Gatchel

3. Ganoweski, Steuden, & Owicz

4. gureg & von korff

5. Kinder, Gatchel & Mayer

6. walker & Kiton

7. Turk

8. Sternbach

تسلط یا کنترل شخصی، منجر به افسردگی می شود، افسردگی نیز ادراک درد را افزایش می دهد (هربت و ریم^۱، ۲۰۰۴) و می تواند فرد را تا ترک کار و شغل بکشاند (گچل و ترک، ۱۹۹۶).

ارتباط بین درد مزمن و آشفتگی های خلقی در بیماران مبتلا به درد مزمن، در مطالعه ای توسط لنگ، فارل^۲ و همکاران (۲۰۰۷) بررسی شده و نتایج آن نشان داده است که سطوح بالاتر بیماری، با شدت درد بیشتر و فعالیت کمتر در بیماران همراه بوده است. برنیزی و پاناتو^۳ (۲۰۱۰) نیز همبستگی مثبتی بین عوامل روان شناختی و پذیرش درد مزمن نشان دادند و دریافتند که سهم هر یک از متغیرها در پذیرش درد متفاوت است.

سونین، رد^۴ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که عوامل روانی- اجتماعی، در مدیریت درد این بیماران موثر است و در بیماران مبتلا به اختلال های خوردن، آستانه ی درد افزایش می یابد (پازووا^۵ و همکاران، ۲۰۰۵).

باتوجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر درصدد است تا با بررسی نشانگان بالینی بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن، به وسیله ی آزمون بالینی چند محوری میلون^۶ (MCMI-III) معلوم کند که آیا بین نشانگان بالینی و زیرمقیاس های آن در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه غیرمبتلا، تفاوت وجود دارد؟ و آیا بین نشانگان بالینی در افراد مبتلا به دردهای مزمن مفاصل، سر و گردن، قفسه ی سینه، شکم و کمر تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری مورد بررسی در تحقیق حاضر، شامل افراد مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی شهر تهران بود که از این جامعه، ۱۳۹ نفر به صورت در دسترس انتخاب و با ۱۲۸ نفر فرد سالم به عنوان گروه کنترل به صورت همتا، مقایسه شدند. متغیرهای دموگرافیکی که در مطالعه ی حاضر مورد کنترل قرار گرفت عبارت بود از: گروه سنی، دوره ی سنی اوایل بزرگسالی، (جوانی) و اواسط بزرگسالی (میانسالی)؛ وضعیت اقتصادی؛ پایگاه متوسط اقتصادی؛

1. Herbette & Rime
2. Leong, Farrell & et. al

3. Bernini & Pennato
4. Savinen, Reade & et. al

5. Papezova
6. Millon clinical Multiaxial Inventory

پایه ی تحصیلات: مقطع تحصیلی دیپلم تالیسانس و شاغل و غیر شاغل که نمونه های تحقیق از میان شاغلین برگزیده شدند.

ابزار

آزمون بالینی چند محوری میلون- III (میلون ۱۹۹۴): آزمون چند محوری میلون، مقیاسی خودسنجی است و برای تصمیم گیری بالینی و تشخیص یک اختلال خاص یا حضور ویژگی روان شناختی ویژه ای در آزمودنی مورد استفاده قرار می گیرد. این آزمون که دارای ۱۷۵ گویه ی بلی/خیر است، ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و ۷ نشانگان بالینی را می سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می شود. این آزمون، در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه ی دوم این آزمون در سال ۱۳۷۲ یک بار در شهر تهران، توسط خواجه موگهی ترجمه و هنجاریابی شده و نسخه ی سوم آن در سال ۱۳۸۱ شهر اصفهان، توسط شریفی هنجاریابی شده است. پایایی این آزمون برای مقیاس های اختلال شخصیت، از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ برآورد شده است. در مورد مقیاس های نشانگان بالینی، همبستگی هایی از ۰/۴۴ تا ۰/۹۵ و برای مقیاس افسردگی اساسی، مقیاسی برابر ۰/۸۰ به دست آمده است (کریگ^۱، ۱۹۹۹). خواجه موگهی (۱۳۷۲) میانگین همسانی درونی به روش KR-۲۰ را در تمام مقیاس ها با دامنه ای از ۰/۶۹ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۲ (اختلال مرزی) با متوسط ۰/۸۴ گزارش شده است و در مطالعه ی شریفی (۱۳۸۱) پایایی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس ها در دامنه ی ۰/۸۵ (اختلال وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است.

ب) پرسشنامه ی معاینه ی پزشکی و ارزیابی درد: این پرسشنامه ی متخصص ساخته، شامل سوال هایی در مورد شکایت اصلی بیمار، توصیف بیمار از درد، نحوه ی شروع درد و محل آن طول مدت و دفعات تکرار، زمان شروع و تشدید یا انتشار درد، بیشترین و کمترین زمان درد در طی روز الگوی درد، مکان یابی درد، نمره بندی کلامی درد، بررسی عوامل موثر در افزایش تشدیدکننده (کاهش تسکین دهنده) یا بی اثر بر درد، تاریخ اولین بروز و سابقه ی درد، سوابق

1. Kreig

خانوادگی، اختلال در عملکرد روزمره، سوابق مداخلات و اقدامات درمانی نظیر داروهای مصرفی و میزان تاثیر آنها سابقه ی جراحی و اقدامات درمانی است.

یافته ها

در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار و نتیجه ی بررسی همگنی واریانس ها ارایه شده است.

جدول ۱: بررسی همگنی واریانس ها در نمونه های تحقیق در نشانگان بالینی

زیر مقیاس ها	شاخص آماری لون	درجه ی آزادی ۱	درجه ی آزادی ۲	سطح معناداری
اختلال اضطرابی	۶۸۶/۴	۵	۳۱۵	۰۰۰/۰
شبه جسمی	۸۴۵/۵	۵	۳۱۵	۰۰۰/۰
مانیک	۳۰۰/۱	۵	۳۱۵	۲۶۳/۰
افسرده خویی	۲۶۳/۵	۵	۳۱۵	۰۰۰/۰
وابستگی به الکل	۶۰۱/۰	۵	۳۱۵	۶۹۹/۰
وابستگی به مواد	۱۱۲/۱	۵	۳۱۵	۳۵۴/۰
استرس پس از ضربه	۷۷۱/۴	۵	۳۱۵	۰۰۰/۰

با توجه به شاخص آماری لون در جدول ۱، ملاحظه می شود که شرط همگنی واریانس ها برای زیر مقیاس های اختلال اضطرابی، شبه جسمی، افسرده خویی و استرس پس از ضربه، برقرار نیست و برای تحلیل داده ها باید آزمون غیر پارامتریک کراسکال والیس را به کار برد اما شرط مذکور برای زیر مقیاس های مانیک، وابستگی به الکل و وابستگی به مواد در این آزمون برقرار است. در جدول ۲ نتایج معناداری یافته ها در متغیرهای مورد مطالعه ارایه شده است.

جدول ۲: مقایسه ی نشانگان بالینی در گروه های مورد پژوهش

زیر مقیاس	خی دو	سطح معناداری
اختلال اضطرابی	۴۳/۱۶	۰۰۶/۰
شبه جسمی	۶۴/۳۸	۰۰۰/۰
افسرده خویی	۵۶/۲۰	۰۰۱/۰

۰۰۰/۰	۳۳/۲۴	استرس پس از ضربه
۰/۰۰۲	۳/۷۹	مانیا
۰/۲۹۴	۱/۲۳	وابستگی به الکل
۰/۱۷۹	۱/۵۳	وابستگی به مواد

برای مقایسه ی سندرم های بالینی مانند اختلال اضطرابی، شبه جسمی، افسرده خویی و استرس پس از ضربه در شش گروه مورد مطالعه، به دلیل عدم برقراری فرض همگنی واریانس ها از آزمون غیرپارامتریک کراسکال والیس استفاده شد. همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می شود، مقدار خی دوی محاسبه شده برای اختلال اضطرابی، شبه جسمی، افسرده خویی و استرس پس از ضربه به ترتیب برابر با ۴۳/۱۶، ۶۴/۳۸، ۵۶/۲۰ و ۳۳/۲۴ است که همه ی این مقادارها از نظر آماری در سطح ۰/۱۰ معنادارند. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می توان گفت میان گروه های مورد مطالعه در سندرم های بالینی اضطرابی، شبه جسمی، افسرده خویی و استرس پس از ضربه، تفاوت معنادار وجود دارد. تحلیل واریانس نمره های گروه ها در متغیر مانیا، وابستگی به الکل و وابستگی به مواد نشان می دهد که عملکرد در گروه، در بعد مانیا، به طور معناداری متفاوت است.

یافته ها، نشان می دهد که مقدار F چند متغیره با استفاده از آزمون های پیلایی، لامبدا و پلکز، هاتلینگ و روت روی، در گروه های درد و بی درد به ترتیب برابر با ۱/۶۹۳، ۱/۷۱۹، ۱/۷۴۰ و ۵/۳۱۱ است. این مقادیر، نشان می دهد در نشانگان بالینی بین گروه های درد و بی درد، تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، مقدار F محاسبه شده برای متغیرهای جنسیت، تاهل و اثر تعاملی گروه درد و بی درد وضعیت تاهل و جنسیت در نشانگان بالینی، معنادار نیست.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر، نشان داد که گروه های مورد مطالعه از نظر نشانگان اختلال اضطرابی، شبه جسمی، مانیا، افسرده خویی و استرس پس از سانحه با یکدیگر متفاوت اند. این یافته ها با یافته های پژوهش های انجام شده در این زمینه هماهنگ است. برای نمونه، شواهد حاکی از آن است که تجربه ی درد مزمن، منجر به افسردگی می شود؛ به عبارت دیگر، افرادی که با درد مزمن زندگی می کنند دچار افسردگی، اضطراب و خشم می شوند (ماگنی و همکاران، ۱۹۹۴ از گچل و ترک، ۱۹۹۶).

درد مزمن، با سایر اشکال آسیب شناسی روانی نظیر اختلال های اضطرابی، اختلال های مصرف مواد و سایر مشکل های روان پزشکی (درش و همکاران، ۲۰۰۷؛ جانوسکی و همکاران، ۲۰۰۹) همراه است و علت این که درد مزمن و آسیب شناسی روانی به طور متناوبی همراهند هنوز کاملا شناخته شده نیست. احتمالی که در این مورد وجود دارد این است که افراد مبتلا به درد مزمن، آسیب پذیری های روان شناختی نهفته ای دارند که پیش از این، تشخیص داده نشده و نهایتا منجر به آسیب شناسی روانی شده است. اصولا تخصیص پروفایل های روان شناختی از گروه های متفاوت بیماران مبتلا به درد، به منظور کمک به معالجه و درمان چنین بیمارانی بسط یافته است. چنین پروفایل های ی برای رفع مشکل های ویژه ی افراد مبتلا به دردهای خاص، بسیار سودمند است. بیماران مبتلا به درد مزمن، نمره های بالایی در زیر مقیاس های خود بیمار انگاری، هیستری و افسردگی به دست می آورند. در واقع این عوامل، به ویژگی روان رنجوری باز می گردد. از طرفی، پژوهش ها نشان می دهد که افسردگی در طول زمان، منجر به درد می شود و درد نیز، منجر به افسردگی؛ به عبارتی ارتباط بین افسردگی و درد، احتمالا یک ارتباط دو سویه است (ساندرسون، ۲۰۰۳).

بارنز^۱ و همکاران (۱۹۹۰) دریافتند که بیماران مبتلا به درد مزمن در چند مقیاس و سلامت روان (خود بیمار انگاری، روان رنجورخویی و افسردگی) نمره های بالاتر از حد طبیعی دارند اما پس از درمان، این نمره ها به سطوح طبیعی تنزل یافته که مجددا حاکی از درد مشکل های فوق است نه نتیجه ی آنها. در مطالعه ی چیکنتی و فیروز^۲ و همکاران (۲۰۰۲) حاکی از آن بود که در تحلیل نشانگان بالینی، اختلال اضطرابی منتشر، حدود ۴۰٪ گروه مبتلا در برابر ۱۴٪ گروه غیرمبتلا؛ اختلال بدنی سازی، ۲۶٪ گروه مبتلا در برابر ۰ درصد گروه غیرمبتلا و افسردگی اساسی، ۲۲٪ گروه مبتلا در برابر ۴٪ گروه غیرمبتلا را نشان می داد. شیوع اختلال های روان شناختی در گروه کنترل ۲۴٪، در مقایسه با ۵۵٪ گروه مبتلا به درد مزمن بود.

با توجه به مطالب ذکر شده، می توان گفت که برخی از واکنش های هیجانی و همانند های روان شناختی متداول در برابر زندگی همراه با درد مزمن، عبارتند از: افسردگی، خشم، تحریک پذیری اضطراب، کاهش عزت نفس، کاهش حافظه و افکار خودکشی. بخشی از ناامیدی برای اغلب

1. Barnes

2. Chikenti, Filives & et. al

بیماران دچار درد مزمن، هنگامی پیش می‌آید که درد آنها از دیدگاه پزشکی هیچ دلیل مشخصی ندارد (فالو، ۲۰۰۵).

هنگامی که افراد با مساله ای مواجه شوند که روند زندگی طبیعی آنها را تهدید کند، مضطرب می‌شوند. بیماری و درد مزمن، به دلیل فقدان بالقوه ی کارکرد، فقدان استقلال و امنیت مالی می‌تواند تهدیدآمیز باشد. ترس و اضطراب همراه با درد و بیماری مزمن، می‌تواند افراد را در حالی از وحشت نگه دارد و قدرت عمل را از آنها سلب نماید. در صورتی که به اینگونه بیماران کمک شود تا مجددا حس کنترل خود را نسبت به زندگی و موقعیت فعلی بدست آورند (برای مثال از طریق کسب اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری) گامی مهم در کاهش اضطراب و تسهیل بازتوانی بیماران برداشته خواهد شد.

در مدل مفهومی انتقال از درد حاد به درد مزمن، این طور فرض می‌شود که بیماران با خود ویژگی های شخصیتی- روان شناختی و مستعد کننده ی معینی را به همراه دارند که از یک بیمار به بیمار دیگر، فرق می‌کند و در واقع به رابطه ی بین فشار روانی و بدتر شدن مشکل های بهداشت روانی در منابع علمی مستند، اشاره شده است (بارت، روز و کلرمن،). مدل فوق، فرض را بر این می‌نهد که به موازات استمرار مشکل های رفتاری- روان شناختی، بیمار به مرحله ی سوم که می‌توان آن را به عنوان قبول «نقش بیمار» نامید، وارد می‌شود و در طی این دوره، از وظایف و مسوولیت های طبیعی خود و نیز پذیرش اجبارهای اجتماعی، سرباز می‌زند. همچنین، ناتوانی های پزشکی و روان شناختی یا رفتار بیمارگونه ی غیرعادی او در طی این مرحله، تقویت شده و قوام می‌یابد.

References

- Barnes, D., Gatchel, R. J., Mayer, T. G., & Barnett, J. (1990). Changes in MMPI profiles of chronic low back pain patient following successful treatment. *Journal of Spinal Disorder*, 3, 353-355.
- Bernini, O., & Pennato, T., et al. (2010). The Psychometric Properties Of The Chronic Pain Acceptance Questionnaire in Italian Patients With Chronic Pain, *Journal of Health Psychology*, 15(8), 1236-1245.
- Camic, P. M., & Knight, S. G. (1998). *Clinical Handbook of Health Psychology: A practical Guide To Effective Interventions*. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.

- Manchikanti, L., Fellows, B., Pampati, V., Beyer, C., et al. (2002). Comparison of psychological status of chronic pain patient and the general population. *Journal of Physician*, 5, 40-48.
- Dersh, J., Polatin P. B., & Gatche, R. G. (2007). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine Journal*, 64,773-786.
- Dorn, D., Camp, G., et al. (2003). Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *European Journal of Pain*, 42, 66-75.
- Falvo, D. (2005). Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Jones and Batlett publishers.
- Ganowski, K., steuden, S., & Owicz, G. (2009). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *European Pain Journal*.
- Gatchel, R., & Turk, D. (1996). Psychological approaches to pain management. The Guilford Press.
- Herbette, G., & Rime, B. (2004). Verbalization of emotion in chronic pain patients and psychological agustment. *Journal of Health Psychology*, 9 (5), 661-676.
- Janowski, K., Steuden. S., Kury, & Owicz, J. (2009). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Journal of Euro Spine*, 10, 326-44.
- Barnes, D., Gatchel, R. G., Mayer, T. G., & Barnett, J. (1990). Changes in MMPI profiles of chronic low back pain patient following successful treatment. *Journal of Spinal Disorder*, 3, 353-355.
- Khajeh Mogehi, N. (1993). *Primary Preparation of MCMI-II Persian form in Tehran*. (Master's thesis, Tehran psychiatric Ins). (Persian).
- Kinder, C. L., Gatchel, R. G., & Mayer, T. G. (2010). MMPI disability profile is associated with degree of opioid use in chronic work-related musculoskeletal disorders. *Clinical Journal of Pain*, 26(1), 9-15.
- Leong, L., Farrell, M., Helme, R., & Gibson, S. (2007). The relationship between medical comorbidity and self-rated pain, mood disturbance, and function in older people with chronic pain. *Journals of Gerontology*, 62, 550-555.
- Papezova, H., Yamamotova, A., & Uher, R. (2005). Elevated pain threshold in eating disorders: Physiological and psychological factors. *European Journal of Pain*, 39, 437-438.
- Sanderson, C. A. (2003). *Health psychology*. New York: Willy.
- Sarafino, E. P. (2001). *Health psychology*, translated by: E. Mirzai and et al. Tehran: Roshd Press.

- Sharifi, A. (2002). *MCMI-III normalization in Isfahan*. (Master's thesis, Isfahan University). (Persian).
- Sternbach, R. A. (1974). *Pain patient: Traits and treatment*. New York: Academic Press.
- Suvinen, T., Reade, P., et al. (2005). Review of etiological concepts of ten Para mandibular pain disorders: Towards a bio psychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *European Journal of Pain*, 9, 613-633.