



AKADÉMIAI KIADÓ

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika

24 (2023) 1, 43–57

DOI:
10.1556/0406.2023.00004

© 2023, Akadémiai Kiadó, Budapest

EREDETI KÖZLEMÉNY



A PRISM-teszt papír-ceruza változatának alkalmazása a krónikus gerinceredetű fájdalom vizsgálatában

STOLL Dániel Péter^{1*} – BOLCZÁR Szabolcs¹ – NÉMETH Luca¹ –
BAGDI Petra¹ – KOVÁCS Katalin Mária² – MATUSZKA Balázs²

¹ Országos Gerincgyógyászati Központ, Pszichológia Ambulancia, Budapest, Magyarország

² Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet, Budapest, Magyarország

Beérkezett: 2021. december 7.; elfogadva: 2022. május 26.

ABSZTRAKT

Elméleti háttér: A gerinceredetű krónikus fájdalom multidimenzionális, komplex élmény, amelynek mérésére önbeszámoló alapú és megfigyeléses standardizált vizsgáló eljárások egyaránt rendelkezésre állnak. A tesztek és tünetbecslő skálák előnye, hogy a fájdalomélmény meghatározói elkülönülten vizsgálhatók a segítségükkel, bár a felvételük időigényes és komplexitásuk miatt a kitöltésük nehézséget jelenthet, ezért ezek az eszközök a klinikumban csak korlátozottan használhatóak. **Cél:** Kutatásunkban azt vizsgáljuk, hogy a PRISM-teszt (Pictorial Representation of Illness and Self Measure, Betegség és Szelf Képi Reprezentációs Vizsgálata) önkitöltéses papír-ceruza tesztként alkalmazva miként képes megragadni a fájdalomélmény különböző dimenzióit, így milyen előnyökkel járhat a használata a klinikai gyakorlatban. **Módszerek:** 104 krónikus gerinceredetű fájdalommal élő beteg vett részt a kutatásban, közülük 38 férfi és 66 nő, átlagéletkoruk 58 (SD = 15,75) év. **Eredmények:** A PRISM-teszt változói közül az Én-kör és a fájdalomkör közötti távolság (SIS), illetve a körök elhelyezkedése mentén létrehozott változók képesek voltak megragadni a fájdalom és a különböző pszichés tényezők közötti összefüggéseket, míg a fájdalmat szimbolizáló kör területe (IPM) erre nem volt alkalmas. A PRISM-teszttel nyerhető kvantitatív adatok alapján a SIS-érték szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot mutat a fájdalomkatasztrofizációval ($r_s = -0,24$; $p = 0,023$), a fájdalommal kapcsolatos tehetetlenséggel ($r_s = -0,27$; $p = 0,010$), a fájdalomhoz fűződő munkával kapcsolatos mozgástól való félelemmel és elkerülő magatartással ($r_s = -0,21$; $p = 0,040$), illetve a depresszió ($r_s = -0,43$; $p < 0,001$) és az állapot- ($r_s = -0,35$; $p = 0,006$), illetve vonásszorongás ($r_s = -0,23$; $p < 0,000$) mértékével. Emellett szignifikáns különbség mutatkozott a fájdalom katasztrofizációja ($Z = -2,432$; $U = 582,5$; $p = 0,015$), a rumináció ($Z = -2,249$; $U = 637,5$; $p = 0,025$), a tehetetlenség ($Z = -2,492$; $U = 577,5$; $p = 0,013$), a munkával ($Z = -2,404$; $U = 678,5$; $p = 0,016$) és fizikai aktivitással ($Z = -1,961$; $U = 772,5$; $p = 0,050$) kapcsolatos, illetve összesített ($Z = -2,399$; $U = 643,5$; $p = 0,016$) félelem-elkerülési hiedelmek, illetve a depresszió ($Z = -3,188$; $U = 640$; $p = 0,001$) és a vonásszorongás ($Z = -2,592$; $U = 656,5$; $p = 0,010$) mértékében azok között, akiknek a fájdalomköre sértette az Én-kör határait és akiknek a fájdalom- és Én-köre kívül esett egymáson. **Következtetések:** A PRISM rajzteszt bizonyíthatóan képes megragadni a fájdalomélmény – kezelés szempontjából – releváns meghatározóit, így klinikailag hasznos vizsgáló eljárásnak tekinthető. Klinikai alkalmazhatóságával kapcsolatban beigazolódt, hogy az eszköz alkalmas azon betegek azonosítására, akik számára hasznos lehet átfogó pszichológiai vizsgálat a szomatikus kezelésüket megelőzően.

KULCSSZAVAK

PRISM, projektív rajzteszt, önkitöltéses változat, gerinceredetű krónikus fájdalom, klinikai alkalmazás

Application of the paper-and-pencil version of the PRISM test in chronic pain patients of spinal origin

ABSTRACT

Background: Spinal disorder related chronic pain is a multidimensional complex experience, for which standardised self-report and observational assessment tools are available. The advantage of the tests and symptom rating scales is that they can be used to specifically assess the determinants of pain ex-

* Levelező szerző:
Stoll Dániel Péter,
Országos Gerincgyógyászati Központ,
Pszichológia Ambulancia, 1126 Buda-
pest, Királyhágó utca 1–3.
E-mail: daniel.stoll@bhc.hu



AKJournals

perience, however, their administration is time consuming and their complexity can make them difficult, and therefore these instruments are subject to limitations in clinical use. *Aim:* In this study, we investigate how the PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) projective drawing test can capture different dimensions of the pain experience and thus benefit clinical practice. *Methods:* 104 patients with chronic spinal pain, 38 male, 66 female, mean age 58 (SD=15.75) years, participated in the study. *Results:* Based on the results, two variables of the PRISM test, the SIS (i.e. the distance between the centre of the self-circle and the centre of the pain circle) and the variables created based on the localisation of the circles proved to be a useful tools to capture the relationships between pain and different psychological factors, while the IPM (i.e the area of the pain circle) was not useful in this case. Based on the quantitative data gathered from the PRISM test, the SIS shows a negative significant relationship with pain catastrophizing ($r_s = -0.24, p = 0.023$), helplessness ($r_s = -0.27, p = 0.010$), work-related fear-avoidance beliefs ($r_s = -0.21, p = 0.040$), as well as depression ($r_s = -0.43, p < 0.000$) and state- ($r_s = -0.35, p = 0.040$) and trait-anxiety ($r_s = -0.23; p < 0.000$). Besides, there was a significant difference between those whose pain-circle crossed their self-circle and those whose pain- and self-circle were separate, in terms of pain catastrophizing ($Z = -2.432, U = 582.5, p = 0.015$), rumination ($Z = -2.249, U = 637.5, p = 0.025$), helplessness ($Z = -2.492, U = 577.5, p = 0.013$), work- ($Z = -2.404, U = 678.5, p = 0.016$) and physical activity-related ($Z = -1.961, U = 772.5, p = 0.050$) and cumulative fear-avoidance beliefs ($Z = -2.399, U = 643.5, p = 0.016$), as well as depression ($Z = -3.188, U = 640, p = 0.001$) and trait-anxiety ($Z = -2.592, U = 656.5, p = 0.010$). *Conclusions:* The PRISM drawing test has been shown to capture relevant determinants of pain experience, from a treatment perspective, and can therefore be considered a clinically useful assessment procedure. In terms of its clinical applicability, the tool has been shown to identify patients who may benefit from comprehensive psychological assessment prior to somatic treatment.

KEYWORDS

PRISM, projective drawing test, self-administered version, chronic back pain, clinical use

1. BEVEZETÉS

A páciensek fájdalomélményének vizsgálata kiemelt jelentőségű a gerincgyógyászatban, mivel számos olyan fájdalommal összefüggő pszichoszociális tényezőt ismerünk, amelyek képesek befolyásolni a gerincbetegség lefolyását (Elfering & Mannion, 2008; Melloh és mtsai, 2009) és az orvosi kezelések sikerességét (Block, Gatchel, Deardoff, & Guyer, 2003; Bruns & Disorbio, 2009; Mannion és mtsai, 2020). Ezek közül említésre méltóak a fájdalom kronicizálódásában és a tartós rokkantság kialakulásában szerepet játszó faktorok, mint például a fájdalommal vagy sérüléssel kapcsolatos félelmek, a katasztrofizáló hiedelmek, a szorongás és a negatív affektivitás (Nicholas és mtsai, 2011). Az invazív orvosi beavatkozások eredményességét befolyásoló tényezők közé pedig például a depresszió, a szorongás, a fájdalomkatasztrofizáció és a neuroticizmus tartozik (Halicka és mtsai, 2022).

Ezen pszichoszociális faktorok klinikai jelentőséget nyernek az egészségügyi ellátás különböző szakaszaiban: (1) így az akut és szubakut betegek szekunder prevenciójában, amelynek célja a panaszok krónikussá válásának megelőzése, (2) a betegek invazív beavatkozás előtti rizikószűrésében, így a megfelelő terápiás indikáció felállításában, (3) valamint a krónikus fájdalombetegség fájdalomrehabilitációjában. A kezelési irány megválasztásában kulcsfontosságú a megfelelő minőségű adatgyűjtés, azaz a fájdalomélmény és a fájdalomviselkedés lehető legtöbb dimenziójának felmérése. Összetettsége miatt azonban a jelenségek feltérképezése nem bízható egyetlen mérőeszközzel, ezért olyan átfogó érté-

kelésre van szükség, amely a biomedikális, pszichoszociális és viselkedési területekre egyaránt kiterjed. A publikált fájdalomskálák és kérdőíves módszerek magas száma önmagában jelzi a feladat kihívásait (Breivik és mtsai, 2008), illetve szükségessé teszi a mérőeszközök kategorizálását.

1.1. A gerincbetegek fájdalomélményének vizsgálati megközelítései

A fájdalom vizsgálatára a strukturálatlan és félig strukturált interjúkon kívül alkalmazhatók standardizált mérőeszközök is, amelyek feloszthatók önjellemzésen, illetve megfigyelésen alapuló módszerekre, valamint csoportosíthatók az alapján is, hogy a fájdalomélmény mely aspektusára összpontosítanak. A standardizált eszközök előnye, hogy könnyen kezelhetők, kevesebb időt igényelnek, a viselkedésformák széles körét értékelik, olyan területekről is gyűjtenek információt, amelyek magánjellegűek (pl. szexuális kapcsolatok) vagy közvetlenül nem megfigyelhetők (pl. gondolatok, érzelmi arousal), és ami a legfontosabb, ellenőrizhető a megbízhatóságuk és az érvényességük (Okifuji & Turk, 2014). A szakirodalmi adatok szerint a tesztekkel az alábbi jellemzőket vizsgálják a leggyakrabban: (1) fájdalom-érzékelés (intenzitás, időiség, affektív és szenzoros minőség), (2) a fájdalom kifejezése (fájdalomviselkedés), (3) a fájdalomhoz köthető érzelmi distressz (félelem, szorongás, depresszió), (4) funkcionalitás (betegségteher, rokkantság, életminőség), valamint (5) a megküzdés különböző formái és a pszichoszociális adaptáció (Turk & Okifuji, 2002).



A legelterjedtebb vizsgálóeljárások a numerikus, verbális és vizuális analóg skálák (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011), amelyek előnye az egyszerűségükben rejlik, azonban önmagukban nem elég informatívak (Katz & Melzack, 1999). Ezzel szemben a multidimenzionális önkítöltéses skálák (pl. a McGill Fájdalom Kérdőív; Bende, 1993) már figyelmet fordítanak a fájdalom olyan komponenseire is, mint annak lokalizációja, minősége, vagy a mindennapokra gyakorolt hatása (pl. alvás, aktivitás, életminőség), de a pszichoszociális tényezők vizsgálatára önmagukban ezek az eszközök sem alkalmasak. Ebből adódóan a klinikai felmérés során gyakran több, a fájdalom eltérő dimenzióit vizsgáló tesztet vagy kérdőívet szükséges a betegekkel kitölteni. Ez a gyakorlat – a számos előnye mellett – azért lehet problematikus, mert a betegek felmérése így hosszadalmas, bonyolult, a tesztekben foglalt tételek megfogalmazása kötött, ezért nehezebben jelennek meg olyan egyéni információk és jelentések, amelyek árnyalnák a kapott eredményeket (Csabai & Molnár, 2009). Ezen túl nyelvi és életkori korlátok is jellemzik ezeket az eszközöket a használhatóság szempontjából.

A projektív technikák és rajztesztek sajátos előnyökkel rendelkeznek a betegek felmérésében. Ezek a módszerek lehetővé teszik az egyéni jellegzetességek, valamint a páciens és betegsége közötti viszony feltárását, megragadva azokat az összefüggéseket, amelyek verbálisan nehezen fogalmazhatók meg vagy éppen kevésbé elérhetőek a tudat számára (Sándor, Látos, & Csabai, 2020). A projektív technikák olyan összetett, árnyalt képet állítanak fel a beteg mentális állapotáról, amelyre egy specifikus komponenseket mérő skála nem képes. A pozitívumok ellenére azonban a projektív tesztekkel nem lehetséges a fájdalom egyes összetevőit külön-külön vizsgálni és kvantifikálni (pl. nem megoldható az affektív és kognitív komponensek szétválasztása), így fontos célkitűzés a projektív tesztek, illetve az említett fájdalomskálák közötti korrelációk feltárása, hogy pontosabban megértsük, hogy ezen vizsgálóeljárások a fájdalomélmény mely aspektusait képesek megragadni.

1.2. Rajztesztek és projektív technikák a fájdalomélmény vizsgálatában

A projektív- és rajztesztek alkalmazása a fájdalombeteg vizsgálatában nem új keletű megközelítés, számos klinikai mintán végzett vizsgálat került lebonyolításra klasszikus projektív tesztekkel, mint amilyen például a *Rorschach-teszt*, a *Tematikus Appercepció Teszt*, vagy a *Pain Apperception Test (Fájdalom Appercepció Teszt)*; Piotrowski, 2017). E vizsgálatok közös feltételezése az volt, hogy a krónikus fájdalommal küzdő páciensek osztoznak bizonyos személyiségjegyeken (Carlsson és mtsai, 1993), amelyek hatással vannak a fájdalmuk megélésére és a betegségből való felépülésükre. A projektív tesztek segítségével mért pszichoszociális faktorok (pl. társas izoláció, depresszió) és személyiségjegyek (pl. passzivitás, mazochizmus) fontos előrejelzői lehetnek a betegek felépülésének, valamint annak, hogy mely páciens fájdalma fog idővel krónikus jellegűvé válni (Hildebrandt, 2014). Jelentős alkalmazhatósági probléma

azonban, hogy az említett projektív tesztek alapvetően nem fájdalomra specifikus mérőeszközök. Léteznek azonban a fájdalomélmény vizsgálatára alkalmas projektív technikák is.

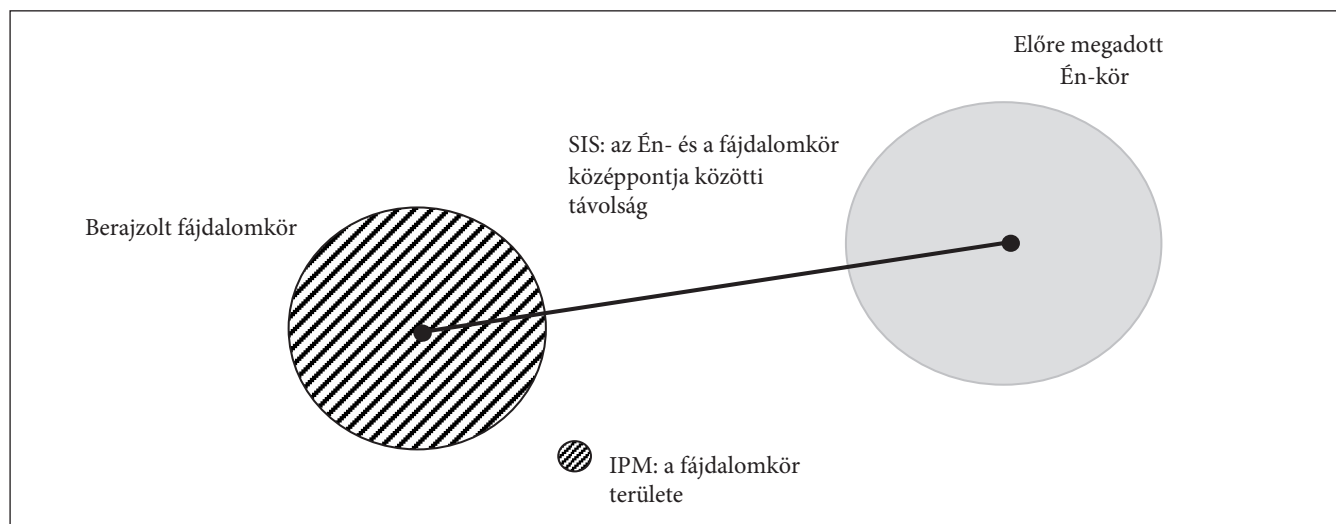
Ransford, Cairns és Mooney (1976) dolgozták ki a „fájdalomrajz” koncepcióját a fájdalommal küzdő betegek pszichológiai állapotának felmérésére. A fájdalomrajzokhoz pontozási rendszert használnak, amely azon a feltételezésen alapul, hogy az organikus hátfájás többé-kevésbé a gerincoszlop, a szorosan kapcsolódó struktúrák, illetve a gerincscatornából kilépő idegyökök mentén oszlik el. A fájdalomrajz segítheti az orvost a legtöbb olyan beteg kiszűrésében, akik valószínűleg kedvezőtlen pszichés jellemzőkkel rendelkeznek, és lehetővé teszi, hogy a szükséges kezelés megkezdése előtt átfogó pszichológiai felmérés történjen. A fájdalomrajzok alkalmazhatóságát a betegek pszichológiai előszűrésében több vizsgálatban is megerősítették (Chan és mtsai, 1993; Pande, Tripathi, & Kanoi, 2005; Prins, van der Wurff, & Groen, 2013). Ezen eljárások hátránya, hogy a kiértékelésükhöz orvosi szakképzettség szükséges, valamint az, hogy kevés információval szolgálnak a beteg biopszichoszociális állapotáról.

1.3. A PRISM-teszt bemutatása

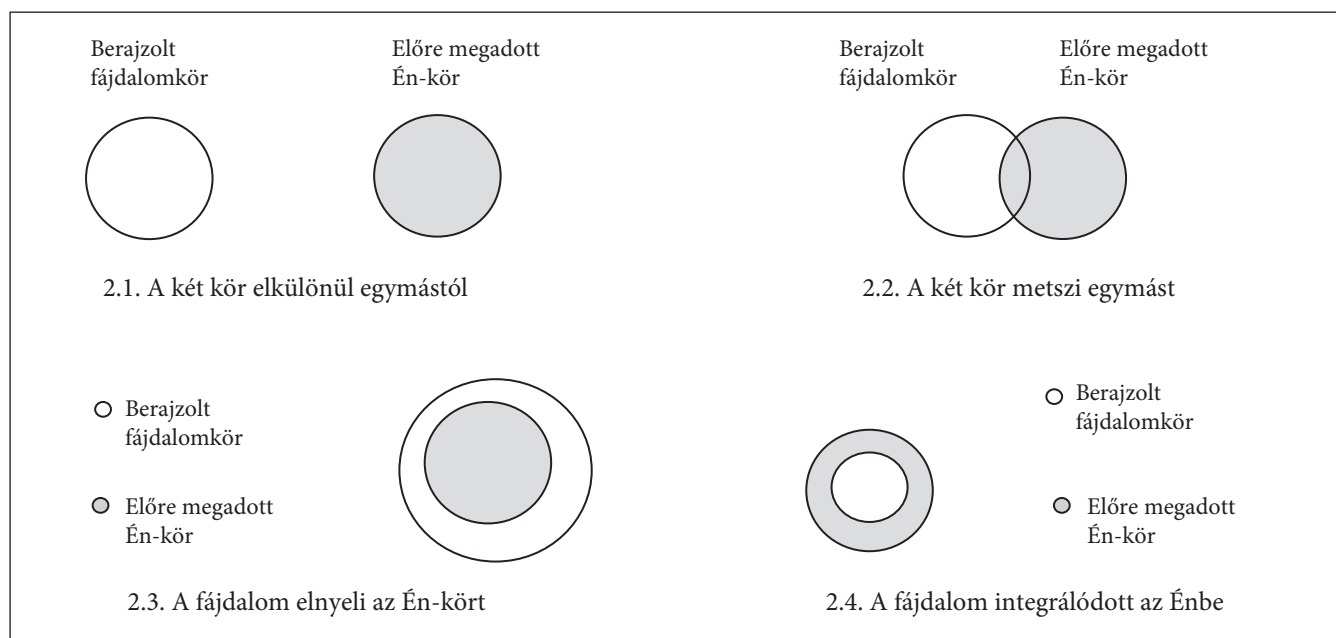
A PRISM-teszt (*Pictorial Representation of Illness and Self Measure, Betegség és Szelf Képi Reprerzentációs Vizsgálata*; Büchi & Sensky, 1999) olyan interaktív, képi megjelenítésen alapuló mérőeszköz, amelyet eredetileg a betegséggel való megküzdés mérésére alakítottak ki, azonban a klinikai mintákon lefolytatott vizsgálatok eredményei megerősítették, hogy reumatikus sokizületi gyulladásban, krónikus obstruktív tüdőbetegségben és szisztémás lupus erythematosusban szenvedő betegeknél a betegség okozta szenvedés mérésére megbízható vizsgáló eljárásnak bizonyult. A betegségteher vizsgálatán túl a teszt lehetővé teszi a betegségreprerzentáció és a betegség énr gyakorolt hatásának vizsgálatát is (Büchi és mtsai, 2002).

Az eredeti mérőeszköznél egy A4-es méretű, fehér mágnesláblát alkalmaztak, amelyen rögzítésre került egy 7 cm átmérőjű sárga kör, a páciens Énjét reprerzentálva. Maga a tábla a beteg életterét jelképezte, amelyben a vizsgálati személynek egy 5 cm átmérőjű, piros, a fájdalmát/betegségét jelképező korongot kellett elhelyeznie, a következő instrukció mellett: „Hová helyezné a betegséget jelképező korongot, ha ki kellene fejeznie azt, hogy mennyire van jelentős hatással a betegsége/fájdalma az életére ebben a percben?” (Büchi és mtsai, 2002, 341. o.). Miután a fájdalomkör berajzolásra kerül, az Én- és a fájdalomkör közötti távolság (1. ábra), a fájdalomkör területe (1. ábra), illetve a két kör egymáshoz viszonyított elhelyezkedése szolgálnak kvantifikálható változóként (2. ábra). A teszt lezárásául utótesztel lehet tovább árnyalni és értelmezni az Én, a betegség és a különböző életterek közötti kapcsolódásokat (Pócza-Véger és mtsai, 2015). Az utóteszt során a vizsgálatvezető megkérdezi a páciens, hogy pontosan mit jelentenek számára az egyes körök, például, hogy a betegség a vizsgálati személy számára akadály, feladat vagy éppen veszteség, illetve, hogy a körök hogyan reprerentálják a betegséggel kapcsolatos érzelmi reakciókat vagy az azzal való megküzdést (Sándor & Csabai, 2018).





1. ábra: A kutatásban alkalmazott PRISM rajzteszt SIS és IPM változói



2. ábra: A körök lehetséges lokalizációi

A PRISM-teszt módosított változataival (PRISM+: Büchi és Sensky, 1999; Niedermann és mtsai, 2012; PRISM-R2: Lehmann és mtsai, 2011) az egyéni élettér további fontos elemei is vizsgálhatók, úgymint a beteg rendelkezésre álló pszichés erőforrásai, a betegség kontextusa, valamint az életminőséggel és a szenvedéssel kapcsolatos változók (Pócza-Véger és mtsai, 2015). Rumpf, Löntz és Uessler (2004) a teszt önkitöltéses változatát is létrehozták, annak érdekében, hogy a PRISM-teszt felvétele során ne legyen szükség speciális eszközökre (úgymint mágnes tábla és korongok). Az eredményeik arra utalnak, hogy a PRISM-teszt megbízhatóan használható önkitöltéses papír-ceruza formátumban is. Hazai fejlesztés eredménye az eljárás komplex rajzteszt verziója (PRISM-D), amely a betegséggel küzdő

személy életterére vonatkozó szubjektív reprezentációk differenciáltabb mérésére is lehetőséget teremt (Sándor és mtsai, 2020).

A PRISM-teszt több klinikai csoport esetében is alkalmazhatónak bizonyult a betegségteher mérésére (Büchi és mtsai, 1998; Klis, Vingerhoets, de Wit, Zandbelt, & Snoek, 2008; Rumpf és mtsai, 2004), azonban, mint minden más pszichológiai tesztnél, itt is fontos szem előtt tartani és mérlegelni az eljárás előnyeit és korlátait. A PRISM előnyei közé sorolható a jó értelmezhetősége és a tesztfelvétel gyorsasága (Büchi és mtsai, 2000). Alapvetően nem igényel magas intellektuális és nyelvi készségeket, játékos és interaktív, így fiatalabb korcsoportoknál is kedvelt módszer (Sensky & Büchi, 2016). Könnyen adminisztrálható, papír-ceruza tesztként is

jól működik, a jövőben pedig elektronikus formára is adaptálható lesz (Kassardjian, Gardner-Nix, Dupak, Barbati, & Lam-McCulloch, 2008). Egyszerűsége ellenére azonban komplex és egyéni információkat nyújt a páciens betegségéhez fűződő viszonyáról (Sándor & Csabai, 2018). Mindemellett, a tesztfelvételt többször is el lehet végezni, ezáltal az eszköz alkalmas utánkövetésre, illetve a kezelés hatásának monitorozására is (Kassardjian és mtsai, 2008). Mindezekkel szemben, hátrányként említhető a teszt szubjektivitása és a kézzelfogható, tartalmi információk hiánya, ami miatt ajánlott a PRISM kiegészítése, akár utótesztel, akár egyéb mérőeszközökkel történő adatgyűjtéssel (Sensky & Büchi, 2016). Mindemellett főként Európa és Észak-Amerika területén került alkalmazásra, így a különböző kultúrákban való alkalmazhatósága még kérdéses.

1.4. A korábbi kutatási eredmények a mérőeszközzel kapcsolatban

Számos empirikus vizsgálatban találtak már összefüggéseket a PRISM által mérhető változók (az Én- és fájdalomkör távolsága, a fájdalomkör területe, a körök elhelyezkedése) és egyes pszichés jelenségek között szomatikus betegségekkel küzdő páciensek körében, de kifejezetten fájdalomtünetekkel kapcsolatos eredmény kevés áll rendelkezésre.

Azon személyek esetén, akik vitiligóval élnek, a rövidebb távolság az Én- és a fájdalomkör között nagyobb szenvedést, súlyosabb betegséget jelzett, míg a hosszabb távolság jobb mentális egészséget (Rumpf és mtsai, 2004). Diabetes esetében azok a páciensek, akik komplikációkat tapasztaltak, átlagosan nagyobb területű körökkel ábrázolták a szenvedésüket, amely a betegségük súlyosságát jelképezte (Klis és mtsai, 2008). Végezetül, egy daganatos betegekből álló mintán a PRISM változói segítségével azonosíthatók voltak azok a páciensek, akik bagatellizálták vagy éppen rendkívül súlyosnak találták a megbetegedésüket (Sándor & Csabai, 2018).

A PRISM-teszt által mért értékek összefüggésben álltak a páciensek depresszió- és szorongásszintjével is. Egy reumatoid arthritis betegséggel küzdő mintán minél kisebb volt a távolság az Ént és a betegséget reprezentáló kör között (SIS), annál magasabb volt a depresszió mértéke (Büchi és mtsai, 1998).

1.5. Jelen vizsgálat célja

A vizsgálatunk célja a PRISM rajzteszt alkalmazhatóságának vizsgálata degeneratív gerincbetegség eredetű fájdalommal küzdő páciensek körében. Emellett célunk feltárni, hogy a PRISM rajzteszt mennyit képes megragadni a klinikailag jelentős pszichoszociális faktorokból, mint amilyen a depresszió, a szorongás, a fájdalom katasztrofizációja, vagy éppen a fájdalommal kapcsolatos félelmi és elkerülési hiedelmek (a fizikai aktivitás csökkentése, a munka kerülése) a gerinceredetű fájdalommal élők mintáján. Végezetül, távlati célkitűzésünk, hogy vizsgálatunkkal hozzájáruljunk az esz-

köz magyar mintán mutatott jellegzetességeivel kapcsolatos ismeretekhez, ezzel hozzájárulva a klinikai gyakorlatban megbízható mérőeszközként való elterjedéséhez.

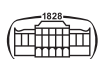
2. MÓDSZEREK

2.1. Résztevők és eljárás

Kutatásunk az Országos Gerincgyógyászati Központban (OGK) zajlott, amelyet az ETT – TUKEB (Egészségügyi Tudományos Tanács – Tudományos és Kutatásetikai Bizottság) ad.0213/15 és ad.29970-3-2015/EKU ügyiratszámokon engedélyezett. Az adatok gyűjtése 2019 márciusában indult és 2020 januárjáig folyamatosan tartott. A mintába bárki bekerülhetett, akit az intézményben degeneratív gerincbetegség miatt kezeltek és részt vett csoportos gyógytornán, valamint betöltötte a 18. életévét. A résztvevők az etikai engedélynek megfelelő tájékoztatásban részesültek, amely tartalmazta a vizsgálat témáját és főbb céljait. A vizsgálatban való részvétel informált hozzájárulással, önkéntes alapon történt. A résztvevők hozzájárultak a megadott adataik tudományos munka keretében történő felhasználásához. Az adatok kezelése bizalmasan zajlott, az anonimitás biztosításával. A teszteket az Országos Gerincgyógyászati Központban a csoportos gyógytornán rendszeresen megjelenő páciensek részére az intézetben dolgozó gyógytornász kollégák adták át, a vizsgálatról szóló részletes tájékoztatást követően. A betegektől az otthonukban kitöltött tesztsomagokat szintén a gyógytornászok gyűjtötték be a rákövetkező foglalkozások alkalmával. E teszteket a pszichológus kollégák hetente összesítették és adminisztrálták.

A vizsgálatba összesen 159 beteget vontunk be, közülük 104 személy adata került bele az adatelemzésbe. Kizárásra kerültek azok a személyek, akik hiányosan töltötték ki a kérdőíveket és/vagy akut, 6 hónapnál rövidebb ideje fennálló panaszokkal érkeztek. A legfiatalabb kitöltő 23 éves, a legidősebb 83 éves volt ($M = 58,4$ év; $SD = 15,75$ év). A 104 vizsgálati személy közül 38 volt férfi (36,5%) és 66 nő (63,5%). A vizsgált populáció közös jellemzője, hogy mind-egyikük degeneratív gerincbetegség miatt részesült járóbetegként gyógytornakezelésben, valamint fájdalomtüneteik legalább fél éve fennálltak, ezért panaszuk krónikusnak tekinthetők a Nemzetközi Fájdalomkutató Szövetség (International Association for the Study of Pain; IASP) klasszifikációja szerint (IASP, 2011).

A minta 14,6%-a egyedülálló, 14,6%-a elvált, 13,6%-a pedig özvegy volt. A válaszadók több mint fele (57,3%) házasságban vagy párkapcsolatban élt. Iskolai végzettség szempontjából a páciensek 39,8%-a rendelkezett egyetemi, 28,2%-a pedig főiskolai végzettséggel. Az érettségizettek aránya 24,3%, a szakmunkásképzőt megjelölő betegeké pedig 7,8% volt. Lakhely szerinti megoszlás tekintetében 75,7% a fővárosban, 2,9% valamelyik megyeszékhelyen, 15,5% városban és 5,9% községben vagy faluban élt. A kitöltők közül 10,6%-nak 6 hónap és 1 év közötti, 18,1%-nak 1–2 év közötti, 20,2%-nak 2–5 év közötti, 22,3%-nak 5–10 év közötti, 17%-nak 10–20 év közötti időintervallumban álltak fenn a panaszai és 12,8%-uk több mint 20 éve élt fájdalommal.



A betegek 92,5%-ának visszatérőek a panaszai és 40,2%-uk már korábban átesett legalább egy gerincműtéten. Ami az egyéb szomatikus állapotokat illeti, 85,2% számolt be legalább 1 krónikus társbetegségről.

2.2. Mérészközök

A tesztcsomag első részét *szociodemográfiai adatokra* vonatkozó kérdések képezték, amelyek a páciens nemére, életkorára, családi állapotára, iskolai végzettségére és jelenlegi lakhelyére irányultak. Emellett kitöltésre kerültek a *betegségre, panaszokra vonatkozó kérdések* is: mióta álltak fenn a panaszok, egyszeri vagy visszatérő problémáról volt-e szó, volt-e a páciensnek korábban gerincműtétje, illetve szenvedett-e egyéb betegségben.

A felhasznált kérdőívcsomag részét képezte a *PRISM-teszt* (Büchi & Sensky, 1999) papír-ceruza változata (Rumpf és mtsai, 2004) is. A jelenlegi vizsgálatban a betegeknek egy A/4-es fehér lapon kellett egy általuk berajzolt körrel a fájdalomukat megjeleníteni, az Ént szimbolizáló, előre megadott, szürke körhöz képest, annak kifejezésére, hogy milyen mértékben befolyásolja az életüket a megélt fájdalmuk. A fehér lap a személyek életterét szimbolizálta. A berajzolt kör méretét, elhelyezkedését, vagy egyéb tulajdonságait illetően a vizsgálati személyek semmilyen megkötésben nem részesültek. Az instrukció a következő volt: „Szeretnénk jobban megérteni, hogy betegsége hogyan hat jelenlegi életére. A következő oldalon egy üres lapon egy kört lát. Tartsa úgy a lapot, hogy a kör az Ön perspektívájából jobbra lent legyen! Képzeld el, hogy ez a lap az életterét jelképezi, a szürke kör pedig Önt szimbolizálja. Arra kérjük, hogy rajzolja le a gerincbetegségét/fájdalmát egy körrel szimbolizálva oda, ahová a leginkább el tudja helyezni Önmagához képest. A kör berajzolásához segítségére lehet, ha átgondolja, mennyire befolyásolja életét a betegség, mennyire érzi nehéznek tüneteit.” Jelen vizsgálatban az utóteszt felvételére nem volt lehetőség, mivel a vizsgálati személyek a saját otthonukban töltötték ki a tesztbateriát, ezért vizsgálatvezető nem volt jelen a kitöltés idején. A teszt ezen változatában három változó került vizsgálatra. A SIS (*Self Illness Separation*) az Én- és a fájdalomkör középpontjai közötti távolságot jelöli, amíg az IPM (*Illness Perception Measure*) a szabad kézzel rajzolt fájdalomkör területét (1. ábra). A SIS a két kör középpontjai közötti távolság. Léven papír-ceruza teszt, egy vonalzó segítségével megkerestük a két kör átmérőit külön-külön (az átmérő a legnagyobb távolság az adott körvonal két legtávolabbi pontja között), amelyek felezőpontja a kör középpontja lett. Ezt követően a két középpont közötti távolság (szintén vonalzóval mérve) a SIS. A kör területe pedig, miután kiszámítható a kör sugara az előzetesen lemért átmérőből, az $r^2\pi$ képlettel került kiszámításra. A harmadik változó a két kör (Én és fájdalom) egymáshoz viszonyított térbeli elhelyezkedése, amely alapján négy csoport volt elkülöníthető. A fájdalom vagy az Én-körön (1) kívül vagy azon (2) belül helyezkedett el, más esetekben a (3) fájdalom elnyelte az Én-kört, utolsó variációként pedig a (4) két kör nem volt teljes átfedésben, csak metszették egymást (2. ábra).

A *Fájdalom Katasztrófizációs Kérdőív* (*Pain Catastrophizing Scale*; PSC; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995; magyar változat: Kökönyei, 2008) szintén alkalmazásra került, amely a fájdalommal kapcsolatos gondolatokat és érzéseket hivatott megragadni. A kérdőív három alskálával rendelkezik, összesen 13 tételből áll. A kitöltőknek ötfokozatú Likert-skálán (végpontok: egyáltalán nem jellemző [0] és teljes mértékben [mindig] jellemző [4]) kellett ruminációval, felerősítéssel és tehetetlenséggel kapcsolatos állításokat pontozni. A rumináció fokozott figyelem a fájdalomra és az azal kapcsolatos gondolatokra, a felerősítés a fájdalmas inger eltúlzását, amíg a tehetetlenség a fájdalommal való megküzdésre vonatkozó reménytelenséget, tehetetlenséget jelenti. A magasabb pontszám erősebb katasztrófizáló tendenciát jelez a vizsgálati személy gondolkodásában. A magyar változat belső konzisztenciája megfelelő (Cronbach- α = 0,87; Kökönyei, 2008). Jelen vizsgálatban a Cronbach- α értéke a teljes kérdőívre vonatkozóan 0,90, a rumináció alskála esetében 0,84, a felnagyítás alskála esetében 0,61, a tehetetlenség alskálánál pedig 0,85.

A *Félelem és Elkerülési Hiedelmek Kérdőív* (*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*; FABQ; Waddell, Newton, Henderson, Somerville, & Main, 1993; magyar változat: Simonics & Stauder, 2017) is a kérdőívcsomag részét képezte. A kérdőív két alskálára bontható, 5 tétel tartozik a fizikai aktivitást mérő alskálához, míg 11 tétel a munka-aktivitást alskálához. A fizikai aktivitást mérő alskála a napi aktív tevékenység mértékét méri, amíg a munka alskála a fájdalom ellenére történő munkavégzéssel kapcsolatos attitűdöt vizsgálja, mivel mindkét változó fontos szerepet játszik a fájdalom kronicizálásában és a rehabilitációban (Simonics & Stauder, 2017). Az állításokra a kitöltőknek egy hétfokozatú Likert-skálán kell választ adniuk (végpontok: egyáltalán nem értek egyet [0] és teljes mértékben egyetértek [6]). A magasabb pontszám több félelemmel és elkerüléssel kapcsolatos gondolatot és viselkedést jelez. A teljes kérdőív belső konzisztenciája magyar mintán jónak volt mondható (Cronbach- α = 0,8; Simonics & Stauder, 2017). Jelen vizsgálatban a Cronbach- α értéke a teljes kérdőívre vonatkozóan 0,89, a fizikai aktivitás alskálánál 0,76, a munka-aktivitást alskála esetében pedig 0,92.

A *Vizuális Analóg Skála* (VAS) a fájdalom mértékének meghatározására szolgáló eljárás, amely jelen kutatás során is alkalmazásra került. Wewers és Lowe (1990) leírása alapján ez az eszköz a nemzetközi gyakorlatban már elfogadottnak tekinthető, könnyen és gyorsan alkalmazható, vizualizáción alapuló módszer. Az instrukció alapján a vizsgálat alanyának egy előre meghatározott, 10 cm hosszúságú vonalon kell jelölnie az aktuálisan érzelt fájdalomnak mértékét (végpontok: nincs fájdalom [0] és az elképzelhető legnagyobb fájdalom [10]).

A *Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Skála* (*State-Trait Anxiety Inventory*; STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; magyar változat: Sipos, Sipos, & Spielberger, 1994) a vizsgálati személyek szorongásának mértékét volt hivatott mérni. A STAI az aktuális, pillanatnyi szorongás mérésére alkalmas önkítöltő lappal



kezdődik (állapotszorongás, STAI-S), amelyhez 20 tétel tartozik, és a vizsgálati személy egy négyfokozatú Likert-skálán jelöli a választ (végpontok: egyáltalán nem [1] és nagyon/teljesen [4]). Ezt követően egy második önértékelő lap segítségével méri a teszt a szorongásra való általános fogékonyságot (vonásszorongás, STAI-T), ehhez a részhez szintén 20 tételt sorolhatunk, a korábbi válaszlehetőségekkel. A skálákon elért magasabb pontszám erősebb szorongást jelez. A kérdőív belső konzisztenciája (Cronbach- α értéke) megfelelő volt: az állapotszorongás skála esetében 0,89, a vonásszorongás esetében pedig 0,85 (Sipos & Sipos, 1978). Jelen vizsgálatban a Cronbach- α értéke az állapotszorongás esetében 0,86, a vonásszorongásnál pedig 0,82 volt.

Végezetül, a rövidített *Beck Depresszió Kérdőív* (*Beck Depression Inventory*; BDI; Beck & Beck, 1972; Kopp, Skrabski, & Czakó, 1990) szolgálta a depresszió tüneteinek mérését. Kilenc tétel tartozik a kérdőívhez, a vizsgálati személyek válaszukat egy négyfokozatú Likert-skálán jelölik (végpontok: egyáltalán nem jellemző [1] és teljesen jellemző [4]). A vizsgált tünetek között szerepel többek között az alvászavar, a fáradékonyság, a testi tünetekkel való fokozott foglalkozás, a társas visszahúzódás, a döntés- és munkaképtelenség, valamint az elégedettség és az öröm hiánya. A skálán elért magasabb pontszám magasabb depressziót jelez. A rövidített depresszió skála megbízhatónak bizonyult magyar mintán (Cronbach- α = 0,83; Rózsa, Szádóczy, & Füredi, 2001). Jelen vizsgálatban Cronbach- α értéke a teljes kérdőívre vonatkozóan 0,78 volt.

2.3. Statisztikai elemzések

Az elemzéseket az SPSS (v20) statisztikai programcsomagjal hajtottuk végre. A kérdőívek belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α -mutatókat számítottunk. A fájdalom időbeli fennállása mentén három csoportra osztottuk a pácienseket, annak érdekében, hogy megfelelő elemszámú csoportokat tudjunk összehasonlítani. E csoportok a következők: a fájdalom fennállási ideje (1) 6 hónap – 2 év ($n = 37$), (2) 2–10 év ($n = 39$) és (3) 10 évnél több ($n = 28$). Ahogy fentebb jeleztük, az akut (azaz kevesebb mint 6 hónapja tartó) problémákkal jelentkező páciensek kizárásra kerültek az elemzésből. Mielőtt a fájdalom időbeli fennállása alapján kialakított csoportokat elemzés alá vetettük volna a PRISM változói mentén, megvizsgáltuk, hogy mutatnak-e ezek a csoportok szignifikáns különbséget a VAS, PCS, FABQ, STAI és BDI pontszámok tekintetében. Ez azért volt fontos, hogy megbizonyosodjunk arról, hogy az esetleges különbségek a PRISM változói tekintetében valóban az időbeli fennállás miatt mutatkoznak meg, nem pedig más változók hatásai miatt. Az egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) alkalmazhatósági feltételeinek sérülése miatt a nemparaméteres Kruskal–Wallis-próbát használtuk. Ezt követően annak érdekében, hogy a három csoport PRISM-változóiban (úgy mint SIS és IPM) mutatott különbségeit vizsgáljuk,

ugyancsak a Kruskal–Wallis-próbát alkalmaztuk, mivel egyik változó sem mutatott normális eloszlást a mintánkon. A Kruskal–Wallis-próbák hatásméret mutatóját az eta-négyzet alkalmazásával számítottuk ki.

A vizsgálatba bevont kérdőívek (PCS, FABQ, STAI, BDI) és a PRISM-teszt változói (SIS, IPM) közötti összefüggéseket Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel vizsgáltuk a változók nem normális eloszlása miatt. Ami a PRISM-teszt harmadik változóját, a körök egymáshoz viszonyított elhelyezkedését illeti, eredetileg négy kategóriát lehetett megkülönböztetni a körök lokalizációja alapján (ld. 2. ábra). A pácienseket a válaszaik alapján két csoportba soroltuk: az egyik csoport esetében a fájdalom köre az Én-körön kívülre esett ($n = 64$), a másik csoport esetében pedig a fájdalomkör metszette az Én-kört, vagy teljesen integrálódott abba ($n = 33$). A mintánkban fennmaradó 7 páciens nem volt ezekbe a kategóriákba sorolható, mivel az ő esetükben a fájdalomkör foglalta magába az Én-kört (ld. 2. ábra – 2.3. elrendezés). Ahhoz, hogy a két csoport közötti különbségeket vizsgáljuk a felhasznált kérdőívek mentén, a nemparaméteres Mann–Whitney-féle U-próbát alkalmaztunk. A Mann–Whitney próba hatásméretének kiszámításához a próbához tartozó hatásméret-mutatót, az R^2 -et alkalmaztuk, amely a Z-érték négyzetének és a minta elemszámának hányadosa.

3. EREDMÉNYEK

3.1. A fájdalom időbeli fennállásának és intenzitásának megjelenése a PRISM-teszten

A fájdalom időbeli fennállása által kialakított három csoport között nem mutatkozott szignifikáns különbség a VAS ($H(2) = 0,787$; $p = 0,675$), a PCS ($H(2) = 0,630$; $p = 0,730$), a FABQ ($H(2) = 0,698$; $p = 0,706$), a BDI ($H(2) = 8,061$; $p = 0,180$) és a STAI vonás- ($H(2) = 0,180$; $p = 0,914$) és állapotszorongás ($H(2) = 0,923$; $p = 0,630$) pontszámok egyikében sem.

A fájdalom időbeli elhúzódása és a PRISM változói közötti kapcsolat vizsgálatának eredményei szerint a fájdalom fennállása alapján kialakított három csoportban, úgymint (1) 6 hónap – 2 év, (2) 2–10 év, (3) 10 évnél több, a SIS változó átlagai között szignifikáns eltérés található ($H(2) = 9,162$, $p = 0,010$) (1. táblázat). Az utóteszt segítségével a csoportok páronkénti összehasonlítására is sor került, ami alapján kiderült, hogy szignifikáns különbség az (1) és a (2), illetve az (1) és a (3) csoport között van (2. táblázat). Azok a páciensek, akiknél a fájdalom már legalább 2 éve fennállt, átlagosan szignifikánsan rövidebb távolságot rajzoltak a fájdalmat és az Én-t szimbolizáló körök közé, mint azok a betegek, akik kevesebb mint 2 éve küzdöttek a panaszukkal. A SIS változóval ellentétben az IPM, azaz a fájdalom körének területe nem mutatott szignifikáns eltéréseket a fájdalom fennállása alapján kialakított három csoport között ($H(2) = 3,78$; $p = 0,151$). A Kruskal–Wallis-teszt és a *post hoc* tesztek eredményeit az 1. táblázat szemlélteti.



1. táblázat: A fájdalom fennállásának az összefüggései a PRISM-teszt SIS és IPM változóival

Változók	A fájdalom fennállásának időtartama			$H(2)$	p	η^2
	6 hónap – 2 év ($n = 37$) ^a	2–10 év ($n = 39$) ^b	> 10 év ($n = 28$) ^c			
	M (SD)					
PRISM – SIS (cm)	11,81 ^{bc} (6,59)	8,18 ^a (6,99)	7,12 ^a (5,31)	9,162	0,010	0,071
PRISM – IPM (cm ²)	14,71 (26,81)	22,77 (57,73)	32,49 (52,59)	3,78	0,151	0,018

Megjegyzés: SIS = az Ént és a fájdalmat szimbolizáló kör távolsága, IPM = a fájdalmat szimbolizáló kör területe. Wallis-próba. A csoportok páronkénti összehasonlításával kapott szignifikáns ($p < 0,05$) különbségeket az átlagok mellett látható indexek jelzik.

Ami a fájdalom észlelt intenzitását illeti, a minta átlaga 2,59 (SD = 2,15; terjedelem: 0–7,5) cm volt a Vizuális Analóg Skálán. Normális eloszlás hiányában Spearman-féle rangkorrelációs elemzést használtunk a VAS skála és a PRISM-változók összefüggésének feltérképezéséhez. Eredményeink szerint sem a SIS ($r_s = -0,100$; $p = 0,313$), sem az IPM ($r_s = 0,123$; $p = 0,213$) változók nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a fájdalom VAS által mért intenzitásával.

A VAS skála és a körök lokalizációjának kapcsolatát Mann–Whitney-féle U -próbával vizsgáltuk, annak érdekében, hogy a lokalizáció alapján kialakított két csoportot – úgymint (1) a fájdalomkör sérti az Én-kör határait, és (2) a fájdalomkör és az Én-kör nem érintkezik –, összehasonlíthassuk a VAS pontszámok mentén. Az eredmények szerint nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között a fájdalom észlelt intenzitását tekintve ($Z = 0,622$; $U = 1020,5$; $p = 0,531$).

3.2. A PRISM-teszt változói (SIS, IPM) és a pszichés tényezők közötti összefüggések

Mivel az elemzésbe bevont változók nem követték a normális eloszlást, Spearman-féle rangkorrelációs elemzést alkalmaztunk a PRISM-teszt két változója (SIS, IPM) és a pszichés faktorokat mérő skálák összefüggéseinek vizsgálatára. Az eredmények szerint a SIS változó szignifikáns, negatív irányú, gyenge összefüggést mutat a Fájdalom Katasztrófizációs Kérdőívvel ($r_s = -0,24$; $p = 0,023$), azon belül is a Tehetetlenség alskálával ($r_s = -0,27$; $p = 0,010$), illetve a Félelem és Elkerülési Hiedelmek Kérdőív Munka alskálájával ($r_s = -0,21$; $p = 0,040$). Emellett szintén szignifikánsan, közepes erővel, negatív

irányban korrelál a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel ($r_s = -0,43$; $p < 0,001$), valamint gyenge és közepes erősségű, fordított irányú összefüggést mutat a STAI Állapot- ($r_s = -0,23$; $p = 0,006$) és Vonásszorongás ($r_s = -0,35$; $p < 0,001$) skáláival. Ezekon kívül sem a SIS, sem az IPM változó nem mutatott szignifikáns összefüggést a többi változóval. Az eredményeket a 2. táblázat szemlélteti.

3.3. A körök lokalizációja és a pszichés tényezők közötti összefüggések

A Mann–Whitney-féle U -próba eredményei alapján szignifikáns eltérés mutatkozott különböző pszichés változóknál azok között a páciensek között, akiknek a fájdalomkör sérti az Én-kör határait (1. csoport), illetve akiknek a fájdalomkörök kívül esik az Én-körükön (2. csoport). Szignifikáns különbséget mutatott a két csoport a Fájdalom Katasztrófizációs Kérdőív összpontszáma ($Z = -2,432$; $U = 582,5$; $p = 0,015$), Rumináció alskálája ($Z = -2,249$; $U = 637,5$; $p = 0,025$) és Tehetetlenség alskálája ($Z = -2,492$; $U = 577,5$; $p = 0,013$), a Félelem és Elkerülési Hiedelmek összpontszáma ($Z = -2,399$; $U = 643,5$; $p = 0,016$) és a Fizikai Aktivitás ($Z = -1,961$; $U = 772,5$; $p = 0,050$) és Munka alskálái ($Z = -2,404$; $U = 678,5$; $p = 0,016$), illetve a rövidített Beck Depresszió Kérdőív ($Z = -3,188$; $U = 640$; $p = 0,001$) és a STAI Vonásszorongás alskálája ($Z = -2,592$; $U = 656,5$; $p = 0,010$) mentén. Azok a páciensek, akik fájdalomköre metszette az Én-kört, vagy azon belül helyezkedett el, szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el az említett kérdőíveken, valamint alskálákon. Az eredményeket a 3. táblázatban részletezzük.



2. táblázat: A kérdőívek leíró adatai és együttjárása a PRISM-teszt változóival

Változók	M (SD) [terjedelem]	Az Én- és a fájdalomkör távolsága (SIS)	A fájdalomkör területe (IPM)
Fájdalom Katasztrofizációs Kérdőív			
Rumináció	6,55 (4,15) [0–16]	–0,19	0,10
Felnagyítás	2,08 (1,88) [0–9]	–0,14	–0,06
Tehetetlenség	4,74 (4,55) [0–22]	–0,27*	0,14
Összpontszám	13,36 (9,24) [0–47]	–0,24*	0,11
Félelem és Elkerülési Hiedelmek Kérdőív			
Fizikai aktivitás	15,67 (7,07) [0–30]	–0,17	0,13
Munka	19,27 (16,75) [0–64]	–0,21*	–0,13
Összpontszám	34,94 (19,73) [0–81]	–0,20	–0,06
Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív			
Vonásszorongás	14,44 (3,76) [8–27]	–0,23*	0,08
Állapotszorongás	12,38 (3,45) [8–22]	–0,35*	0,02
Rövidített Beck Depresszió Kérdőív összpontszám	12,58 (3,07) [9–24]	–0,43*	0,07

Megjegyzés: SIS = az Ént és a fájdalmat szimbolizáló kör távolsága, IPM = a fájdalmat szimbolizáló kör területe. Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók. * $p < 0,05$.

3. táblázat: Az Én- és a fájdalomkörök egymáshoz viszonyított elhelyezkedésének összefüggései a pszichés változókkal

Változó	A körök lokalizációja		Z	U	p	R ²
	1. csoport (n = 33)	2. csoport (n = 64)				
	M (SD)					
Fájdalom Katasztrofizációs Kérdőív						
Rumináció	7,54 (4,22)	5,88 (4,52)	−2,249	637,50	0,025	0,05
Felnagyítás	2,35 (2,04)	1,98 (2,01)	−1,489	703	0,137	0,02
Tehetetlenség	6,15 (5,51)	4 (4,24)	−2,492	577,50	0,013	0,06
Összpontszám	16,04 (10,43)	11,86 (9,44)	−2,432	582,50	0,015	0,06
Félelem és Elkerülési Hiedelmek Kérdőív						
Munka alskála	25,96 (19,25)	17,43 (15,31)	−2,404	678,50	0,016	0,06
Fizikai aktivitás alskála	18,08 (6,241)	14,73 (6,76)	−1,961	772,50	0,050	0,04
Összpontszám	44,04 (22,55)	32,16 (17,54)	−2,399	643,50	0,016	0,06
Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív						
Állapotszorongás	13,73 (4,09)	11,53 (3,34)	−1,912	780	0,056	0,04
Vonásszorongás	15,96 (3,97)	13,96 (3,92)	−2,592	656,50	0,010	0,07
Rövidített Beck Depresszió Kérdőív összpontszám	14,31 (3,58)	11,94 (2,84)	−3,188	640	0,001	0,11

Megjegyzés: 1. csoport = a fájdalomkör sérti az Én-kör határait, 2. csoport = a fájdalomkör kívül esik az Én-körön.



4. MEGBESZÉLÉS

A PRISM-teszt olyan vizualizáción alapuló eszköz, amely a betegség okozta szenvedés terhét, vagyis a betegségnek az egyén életére gyakorolt hatását hivatott mérni. A PRISM validálása korábban megtörtént a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a reumatoid artritisz és a szisztémás lupus erythematosus, valamint a krónikus nem-daganat eredetű fájdalombetegségek esetében is (Kassardjian és mtsai, 2008). Saját vizsgálatunk elsődleges célja annak feltárása volt, hogy a gerincereditű fájdalom felmérésében gyakorta alkalmazott tesztek (VAS, PCS, FABQ, ODI, STAI és BDI) milyen összefüggéseket mutatnak a PRISM-teszt változóival. Célunk volt továbbá a PRISM-teszt klinikai alkalmazhatóságának felmérése a fájdalom és a pszichológiai tényezők közötti összefüggések vizsgálatában.

Elsőként, a fájdalom időbeli elhúzódása és az Én- és fájdalomkör távolsága, azaz a SIS változó között szignifikáns, negatív irányú összefüggéseket tártunk fel. Az eredmények alapján jelentősen rövidebb volt az Én-fájdalom távolság azoknál a pácienseknél, akiknek a panaszai több mint 2 éve álltak fent. Ezzel szemben a fájdalomkör területe, az IPM változó, nem mutatott összefüggést a fájdalom időbeli elhúzódásával. Eszerint a PRISM-teszt SIS változója képes megragadni a betegek állapotának kronicitását, amíg az IPM alkalmatlannak bizonyult ebben a tekintetben.

Ami a fájdalom erősségét illeti, sem az Én-fájdalom távolság, sem a fájdalomkör mérete nem mutatott szignifikáns lineáris kapcsolatot a VAS skálán kapott értékekkel. Ugyanez volt a helyzet a körök lokalizációja és a fájdalom intenzitása közötti kapcsolat esetén. Ez azt jelenti, hogy habár a tünetek időbeli fennállása, azaz a krónikusság mértéke mérhető módon megjelent a PRISM-tesztben, a panaszok erőssége nem. Ez alapján a PRISM-teszt a tünetek intenzitását nem volt képes megragadni jelen betegcsoportban. Ez ellentmond Kassardjian és munkatársai (2008) korábbi kutatási eredményének, ahol a SIS érték szignifikáns korrelációt mutatott a fájdalomintenzitás különböző mutatóival. Utóbbit magyarázhatja, hogy vizsgálatunkban kizárólag az aktuális fájdalomintenzitást vizsgáltuk, ami a folyamatban lévő gyógytorna-kezelések miatt kevésbé áll összefüggésben a betegek által megélt általános és legrosszabb fájdalom-szinttel, így a krónikus fájdalom okozta betegségteherrel. További magyarázat lehet a két teszt között lévő konceptuális eltérés (Büchy & Sensky, 1999), mivel a PRISM-teszt egy komplex fájdalomreprezentációt vizsgál, amíg a VAS egyetlen dimenziót jelenít meg. Emellett az utótesztelés hiánya is módosíthatta az eredményeket (Sándor & Csabai, 2018), hiszen a berajzolt kör mérete nem kizárólagosan a fájdalom intenzitását jeleníti meg. Az IPM változó olyan összetett tényezőket is képes magába foglalni, mint például a fájdalommal való megküzdés. Ahhoz azonban, hogy képesek legyünk pontosan megérteni, mit is jelent egy adott páciensnek az IPM, szóbeli utótesztelésre volna szükség, ami ebben az esetben nem volt kivitelezhető.

Összességében, a fájdalom és az Én távolsága mint változó hasznos információt nyújthat abban a tekintetben, hogy a krónikus fájdalom milyen mértékben befolyásolja

az én-élményt, azt, hogy a páciens mennyire érzi önmaga részének azt. Ezzel ellentétben a fájdalom intenzitásának megragadására jelen esetben nem volt képes a teszt, így ez további vizsgálatokat igényel.

A következőkben elemzésre került, hogy a PRISM-teszt összefüggésben áll-e olyan pszichés tényezőkkel, amelyek meghatározzák a fájdalomélményt. Az IPM változó ez alkalommal sem bizonyult alkalmazhatónak, mivel egyik felhasznált skálával és kérdőívvel sem mutatott szignifikáns lineáris kapcsolatot. Ez alapján a fájdalomkör területe nem használható a kutatásunkban vizsgált pszichés tényezők előrejelzésére a gerincbeteg populációban. Korábban már szó esett arról, hogy ez a változó konceptuálisan összetettebb, és nem csupán a fájdalom erősségét méri, így valószínűleg ezért nem váltja be a hozzáfűzött várakozásokat. Mivel előzetesen a fájdalomélmény aspektusaival (kronicitás, intenzitás) sem mutatott összefüggést ez a változó, ezért további vizsgálatokra lenne szükség annak eldöntéséhez, hogy csak a jelenlegi vizsgálati mintán nem alkalmazható az IPM, vagy pedig általánosságban nem képes megragadni a fájdalom súlyossága és az olyan tényezők közötti összefüggéseket, mint a fájdalomkatasztrofizáció, a depresszió vagy a szorongás. Ami az Én-fájdalom távolságot illeti, a SIS változó gyenge, azonban szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot mutatott a fájdalomkatasztrofizáció összesített mértékével, illetve azon belül külön a tehetetlenséggel. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy minél közelebb helyezkedik el egymáshoz a két kör, annál erősebbek a fájdalom katasztrofizálásával kapcsolatos gondolatok, illetve a tehetetlenség érzése, amely kapcsolatot már korábban más kutatóknak is sikerült kimutatni (Kassardjian és mtsai, 2008). A gyakorlatban ezek a gondolatok leginkább a fokozott fájdalomviselkedésen keresztül ragadhatók meg, hiszen a katasztrofizáció fokozza a fájdalom átélését, gyakoribbá teszi az egészségügyi ellátás igénybevételét, elhúzódóvá teszi a kórházi tartózkodást, valamint a fájdalomcsillapító szerek fokozott alkalmazását is (Sullivan és mtsai, 2001). Ezt figyelembe véve érthető, hogy ezeknél a pácienseknél a fájdalom közelebb kerül az Énhez, mivel a katasztrofizáción keresztül felerősödik a betegség hatása a páciens életvitelére. Hasonlóképpen, a fájdalom-Én távolság negatív irányú korrelációt mutat a munkára vonatkozó félelem és elkerülési hiedelmekkel. Ez azt jelenti, hogy azon személyek, akik esetében jellemzőbbek voltak a félelemmel teli, elkerülési hiedelmek (pl. „Nem hiszem, hogy valaha is képes leszek visszamenni dolgozni.”), közelebbre rajzolták a fájdalmukat szimbolizáló kört az énhez. A fájdalommal kapcsolatos félelmi és elkerülési gondolatok általában a viselkedésben is megnyilvánulnak, például az aktivitás nagymértékű csökkenésében, a passzivitásban és abban, hogy a páciens nem meri úgy élni az életét, mint korábban. Ezen attitűdök következtében a gyógyulás folyamata is elhúzódhat (Vlaeyen & Linton, 2000), hiszen az előtérbe kerülő passzív megküzdési technikák, valamint az elkerülő magatartásmód hozzájárulnak a fájdalom krónikussá válásához, súlyosbodásához (den Boer és mtsai, 2006). Nem meglepő tehát, ha egy ilyen személy a fájdalmához fűződő kapcsolatának vizuális ábrázolása során a fájdalmát közelebb helyezi az Énhez, hiszen így válik



lehetővé annak kifejezése, hogy a probléma meghatározza az életminőségét, és korlátozza őt a hétköznapi teendői elvégzésében. Végezetül, az Én-fájdalom távolság közepes erősségű, negatív irányú kapcsolata a depressziót és szorongást mérő eszközökkel azt mutatja, hogy minél közelebb helyezkedik el a fájdalom az Énhez, annál magasabb a depresszív és szorongásos tünetek aránya. Ez az eredmény egybehangzó több korábbi nemzetközi (Büchi & Sensky, 2002) és hazai kutatás (Pócza-Véger és mtsai, 2015) eredményével is. A klinikai gyakorlatban a mentális problémák feltérképezése elengedhetetlen, mivel jelentős mértékben befolyásolja a betegek életminőségét, fájdalmukhoz fűződő kapcsolatukat és a fájdalom súlyosbodását is. Sándor és Csabai (2018, 2026. o.) úgy vélik, hogy a „kisebb én-betegség távolság a szenvedés fokozott megélésére utal”, amely gondolatot a jelen vizsgálat eredményeivel szintén sikerült igazolni.

A további eredményeink a PRISM-teszten megjelenített két kör egymáshoz való viszonya alapján születtek. Két csoportot hoztunk létre e változó mentén. Az egyik esetében a fájdalom köre teljesen kívül esett az Én-körön, a második csoportban azonban sértette az Én határait, azaz vagy metszette a fájdalomkör az Én-körét, vagy integrálódott abba. Ezt a két kategóriát összehasonlítva szignifikáns különbségeket azonosítottunk, közöttük a fájdalomkatasztrofizáció, azon belül is a rumináció, a félelem elkerülési hiedelmek, a depresszió és a vonásszorongás mértékének tekintetében.

Eredményeink alapján, azok a személyek, akik jobban saját részüknek élik meg a fájdalmukat, fokozottabban jellemezhetőek voltak az említett változókkal, azaz katasztrofizáló gondolatokkal, ruminációval, a munkától és fizikai aktivitástól való félelemmel, illetve depresszív és szorongásos tünetképzéssel. Előbbi eredmények, azaz a félelem és elkerülési hiedelmek, illetve a katasztrofizálás nagyobb mértéke, a mintánkban szereplő gerincbetegek csoportjában azzal magyarázható, hogy a diszfunkcionális hiedelmek és magatartásmódok tartósan képesek beépülni a viselkedésbe, ami pedig hatással van az élet egyéb területeire (Kerekes & Varga, 2007), mivel csökken a beteg önértékelése, fizikai aktivitása, ráadásul az interperszonális konfliktusai is gyakoribbá válhatnak (Nagy, 2008). Ez az önrontó kör pedig a fájdalombetegség-tudat kialakulásához vezethet, mivel a tünet a mindennapok összes területét átjárja és befolyásolja. Ami az affektív tüneteket illeti, az eredményeink alátámasztják a korábbi gondolatot, miszerint a depresszió és a szorongás jelentős mértékben határozza meg a betegek által megélt fájdalmat, ami ezáltal erősebben épülhet be az énjükbe is. Utóbbi azért is nagyon fontos megállapítás, mivel a szorongás, a depresszió és a fájdalom tüneti triásza a negatívabb klinikai kimenetellel is összefüggésbe hozható (Shalaby, Rifaat el-Sharaki, & Salem, 2018).

Összegezve, az eredmények azt támasztják alá, hogy a fájdalmat és az Ént szimbolizáló körök távolsága mellett azok térbeli elhelyezkedése is hasznos információkat tár fel a klinikumban dolgozók számára. Korábbi vizsgálatok alapján a fájdalomkör lokalizációja összefüggést mutatott azzal, hogy a betegek milyen mértékben kapcsolják össze fájdalmukat a saját énképükkel (Kassardjian és mtsai, 2008), mivel azok a betegek, akik a fájdalom körét az Én-körön be-

lülre rajzolták, inkább építették be a betegséget az énjükbe és tekintettek arra úgy, mint önmaguk egy részére (Sándor & Csabai, 2018).

5. ÖSSZEGZÉS

A PRISM-teszt SIS változója, tehát az Ént és a fájdalmat reprezentáló körök középpontja közti távolság, alkalmasnak bizonyult arra, hogy feltárja a fájdalom és az olyan pszichés változók közötti összefüggéseket, mint a fájdalom katasztrofizációja, a fájdalommal kapcsolatos tehetetlenség érzése, a munkához kötődő félelem miatti elkerülési hiedelmek, az állapot- és vonásszorongás, valamint a depresszió tünetei. Ezek az eredmények információt nyújtanak a fájdalom által indukált szenvedés súlyosságáról (Sándor & Csabai, 2018). Ugyanakkor ez a változó nem korrelált erősen (0,70 felett) az alkalmazott kérdőívek egyikével sem, ami arra utal, hogy a PRISM-teszt a szignifikáns összefüggést mutató pszichológiai konstruktumokkal rokon, de nem azonos konstruktumokat mér, amely eredmény Kassardjian és munkatársai (2008) eredményeivel megegyezik.

A két kör lokalizációja, azaz a fájdalmat és az Ént reprezentáló körök egymáshoz viszonyított elhelyezkedése szintén jól alkalmazható mutatónak bizonyult. Korábban is beigazolódott, hogy a lokalizáció segítségével képesek lehetünk megragadni a beteg fájdalmához fűződő kapcsolatának azt a jellegzetességét, hogy a fájdalom mennyire integrálódik az énbe, azaz mennyire tekint rá úgy a személy, mint önmagának egy meghatározó részére (Sándor & Csabai, 2018), vagy képes távolságot megélni attól. Korábbi kutatások eredményei alapján a betegségüket önmagukon belül megélt betegek negatívabb hangulatot és magasabb fokú szorongást tapasztaltak, mint azok, akik a betegségüket önmaguktól elkülönülten (így a szelfkörön kívül ábrázolva) élték meg (Sándor és mtsai, 2020). Hasonló összefüggést igazolt a PRISM-teszt egy korábbi változatával végzett vizsgálat is (Peter és mtsai, 2016), ahol a betegségkörnek az Én-körhöz viszonyított térbeli pozíciója szignifikánsan összefüggött a depresszió szintjével és az életminőséggel tinnitustól szenvedő betegek csoportjában. Saját vizsgálatunkban a fájdalom integrálódottságának mértéke összefüggést mutatott az olyan pszichés faktorokkal is, mint a fájdalom katasztrofizációja, a rumináció, a munkával és a fizikai aktivitással összefüggő félelem és elkerülési hiedelmek, a szorongás és a depresszió tünetei. Az Én és a fájdalom távolsága a mintánkban nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a ruminációval és a fizikai aktivitástól való félelemmel, ezzel szemben a körök lokalizációja igen. Így feltételezhető, hogy habár az alkalmazott két változó hasonló, nem teljes egészében ugyanazt a jelenséget vizsgálja. Korábbi empirikus kutatások konklúziói alapján is elmondható, hogy amíg az Én-fájdalom távolság inkább a szenvedés mértékét szimbolizálja, addig a körök egymáshoz viszonyított helyzete a fájdalom énképbe, identitásba való integrálódottságáról ad információt. Az ismertetett skálákon (PCS, FABQ, BDI, STAI) magasabb pontszámot elérő személyek fájdalma jellemzőbben jobban beépült a vizsgálati szemé-



lyek énjébe és erősebb befolyást gyakorolt a páciensek életének egyéb területeire. Példaként, ez az eredmény látható egy fülzúgástól szenvedő betegekből álló mintán is, amelynek kapcsán Peter és munkatársai (2016) arra a következtetésre jutottak, hogy a PRISM-teszt hasznosnak bizonyul a páciensekkel folytatott rutin jellegű konzultációkban, mivel képes szemléltetni a páciens a szenvedésének és szubjektív betegségterhének mértékét. Ezt a meglátást erősítik meg a jelen vizsgálat eredményei is gerincbetegek körében.

Végezetül, jelen vizsgálatban az IPM értéke, azaz a fájdalom szimbolizálására megrajzolt kör területe, nem bizonyult alkalmazhatónak, mivel nem sikerült ezen keresztül megragadni sem a fájdalom súlyosságát, sem annak pszichés komponenseit (mint amilyen a fájdalom katasztrófizációja vagy a fizikai aktivitással kapcsolatos félelmek), sem pedig a fájdalom pszichés korrelátumait (szorongás, depresszió). Sándor és Csabai (2018) érvelése szerint a berajzolt kör mérete összefüggésben áll a betegek állapotának súlyosságával. Leírásuk alapján a rajzolt körök nagysága arra utal, hogy mennyire uralja el a probléma a személy életterét, így egy jövőbeli vizsgálat során érdemes lenne megvizsgálni, hogy utóteszt alkalmazásával másként alakulnának-e az eredmények a gerincereditű fájdalommal élő személyek mintáján is.

A jelen vizsgálat eredményei arra engednek következní, hogy a gerincereditű fájdalommal küzdő páciensek esetében hasznos lehet a PRISM-teszt alkalmazása a klinikai gyakorlatban, hiszen alátámasztást nyert, hogy ez az eszköz képes megragadni a fájdalom súlyosságának összefüggéseit a fájdalom katasztrófizációjával, a munkával és fizikai aktivitással kapcsolatos félelemmel és elkerüléssel, valamint a szorongással és a depresszióval, amelyekről tudjuk, hogy jelentős mértékben és előnytelenül befolyásolhatják a gerincsebészeti beavatkozások kimenetelét, valamint a gyógyulás folyamatát is. A túlzott beszűkülés, a fájdalom miatt átélt tehetetlenség, az aktivitás csökkenése, a sérüléstől való irracionális félelem miatti önállótlán magatartás mind hátráltathatja a gyógyulás folyamatát (Stoll, Bagdi, & Palásti, 2016). A szorongás és a depresszió ehhez hasonlóan a félelmeken, a fizikai aktivitással kapcsolatos hiedelmeken és a passzív viselkedésen keresztül fejtik ki kedvezőtlen hatásukat a felépülésre, sőt, biológiai szinten is nehezíthetik a gyógyulást (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002; Marras és mtsai, 2000). Emiatt fontos szűrni a műtét előtt álló betegeket, hiszen elképzelhetők olyan esetek, amikor indokolt lehet az előzetesen felmerülő pszichés problémákat kezelni a műtétre való pszichés felkészítés folyamata során.

Mindemellett a klinikai gyakorlatban a PRISM rajzteszt személyes felvétellel történő alkalmazása lehetne igazán hasznos és megbízható eszköz, ugyanis sokkal egyértelműbb következtetések születhetnek volna az utóteszt kiegészítő információi segítségével. Jelenleg csupán kvantitatív változók kerültek elemzésre, az utóteszt segítségével viszont részletesebb, több szempontból értékelhető kvalitatív adatokat is kaphattunk volna, ami segítene az eredmények pontosabb értelmezésében (Sándor & Csabai, 2018). A PRISM-teszt utóteszttel kiegészült változatának segítségével lehetővé válhat a rögtönzött intervenciók beiktatása ott, ahol indokolt

a figyelmet azonnal a betegek mentális problémáira irányítani, és emiatt a tervezett műtétet lehetőség szerint akár későbbre ütemezni.

Összességében, a PRISM rajzteszt mind a szakemberek, mind pedig a gerincbetegséggel élők számára jobban átláthatóvá teszi a betegséghez fűződő kapcsolat egyéni mintázatait, mindezen túl pedig az állapot utánkövetésére, a fokozottan veszélyeztetett esetek kiszűrésére, valamint az azonnali rögtönzött intervenciók nyújtására is lehetőséget biztosít. Érdemes azonban más jellegű mérőeszközökkel (mint például személyiségvizsgáló kérdőívek, Rorschach-teszt, tünetbecslő és coping skálák, életminőséget és betegségterhet vizsgáló kérdőívek), illetve klinikai interjúval kiegészítve alkalmazni, hiszen a változatos információk a pontosabb értelmezést segítik elő, illetve a PRISM-tesztnak is megvannak a maga korlátai.

Végezetül, a vizsgálat során felmerültek bizonyos limitációk, illetve javaslatok azok kiküszöbölésére az esetleges jövőbeli vizsgálatok során. Elsőként, a nagyobb elemszámú minta elérése érdekében, az adatgyűjtés nem kontrollált körülmények között zajlott, hanem a vizsgálati személyek önállóan végezték el a papíralapú PRISM-teszt kitöltését az otthonukban. Emiatt az utótesztelésre sem volt lehetőség, amely miatt értékes kvalitatív adatok vesztek el. Szintén a kontrollálatlan kitöltések miatt, a kérdőívcsomagokban viszonylag magas volt a megválaszolatlan kérdések száma, valamint a tesztcsomagok összegyűjtését végző gyógytornászok beszámolója alapján egyes páciensek számára a PRISM-teszt instrukciói sem voltak teljesen világosak, amely újabb információvesztéshez vezethetett. A jövőben a személyes adatfelvétel lehetővé tenné a vizsgálati személyekben felmerülő kérdések azonnali tisztázását, illetve az utótesztelést, ami érvényesebb adatokat és árnyaltabb járólekos információkat eredményezne (pl. Mit jelent a vizsgálati személy számára a fájdalom? Hogyan nyilatkozik a berajzolt méretről, távolságról?).

A kontrollálatlan körülmények ellenére, habár a minta elemszáma alkalmas a statisztikai vizsgálatok elvégzésére, a csoportbontások következtében egy-egy al minta már nem megfelelő elemszámú (pl. a fájdalom fennállása alapján létrehozott kategóriák), így a jövőben érdemes lenne ezeket újravizsgálni, a megfelelő statisztikai erőt biztosító elemszámú vizsgálati személy bevonásával. Hasonlóképpen, a reprezentativitás feltétele is sérült, hiszen kizárólag egy intézmény betegek alkották a vizsgálati mintát, ami korlátozza az eredményeink általánosíthatóságát.

Egy másik felmerülő probléma, a fájdalom időbeli fennállása mentén létrehozott csoportokkal kapcsolatban, az elméleti megalapozottság hiánya. Ebben az esetben a csoportbontást az elemszám optimalizálása, ezáltal a statisztikai vizsgálatok elvégezhetősége irányította. Mindemellett a szakirodalom hiányosnak bizonyult abban a tekintetben, hogy meg lehessen határozni különböző alcsoportokat a fájdalombetegségeken belül, a tünetek időbeli elhúzódása alapján. Amennyiben a jövőben empirikusan igazolhatóak lesznek a fájdalom fennállása alapján csoportok, megfontolandó ezek alkalmazása a későbbi kutatások során.



Érdemes lenne továbbá a jövőben a PRISM rajzteszt kibővített verzióját is tesztelni a gerincfájdalommal élők mintáján, amely során az alanyok egyéb élettereket, szerepeket, társas kapcsolatokat, protektív faktorokat vagy más betegségeket is megjeleníthetnének, ahogyan az korábbi eljárásokban is történt (Pócsa-Véger és mtsai, 2015; Sándor & Csabai, 2018). A kibővített változattal szintén mélyebb összefüggéseket lehetne feltárni a személyek betegségükhöz fűződő kapcsolatáról és megküzdéséről. Emellett a PRISM-teszt digitalizált verziójának tesztelésére is sor kerülhetne a későbbiekben, ami által könnyebbé válna az eszköz alkalmazása, a betegek számára vonzóbbá téve a tesztfelvételt, illetve a szakemberek munkája is egyszerűsödne, például a kvantitatív adatok kiszámolása esetén. Utóbbi problémát jól szemlélteti, hogy a szabad kézzel rajzolt fájdalomkörök jelen vizsgálat során is sok esetben nem voltak szabályosak, így a területük kiszámítása akadályokba ütközött, amelyre megoldást nyújthatna a jövőben a teszt digitalizálása.

Végezetül, a vizsgálati személyek diagnózisai vagy fájdalom okai nem kerültek differenciálásra, azonban fontos csoportosító változók lehetnének egy későbbi vizsgálat során, megfelelő elemszámú minta mellett. Jelenleg csak általánosságban voltunk képesek jellemezni a degeneratív gerincbetegséggel élő személyeket, nincs információ az egyes kórképek közti különbségekről, ami viszont hasznos adat lehetne az egyénre szabott kezelés, terápia megtervezése és kivitelezése során. Ehhez hasonlóan, a jövőben már megműtött és a műtetre még csak várakozó páciensek között is

érdemes lenne különbséget tenni, esetlegesen egy longitudinális vizsgálat keretein belül összehasonlítani a PRISM-teszt segítségével a beavatkozásokat megelőző és az azokat követő állapotokat.

Köszönetnyilvánítás: Köszönetünket fejezzük ki mindenkinek, aki a vizsgálatban részt vevő pácienseknek, valamint a tesztbatteria felvételében, így a betegek bevonásában segédkező gyógytornász kollégáknak és az OGK Pszichológus ambulancia munkatársainak, akik ötleteikkel és javaslatikkal segítették jelen tanulmány elkészítését.

Szerzői munkamegosztás: Stoll Dániel Péter: szakirodalmi áttekintés, a közlemény struktúrájának kialakítása és a cikk szövegezése. Bolczár Szabolcs: statisztikai adatelemzés, módszertani rész és eredmények szövegezése, az adatfelvétel koordinációja. Németh Luca: irodalomkutató, a törzsszöveg előkészítése, statisztikai adatelemzés. Bagdi Petra: hipotézisek és az eredeti kutatási koncepció kidolgozása, a tesztbatteria összeállítása és az adatfelvétel lebonyolítása. Kovács Katalin Mária: pszichológia mesterszakos szakdolgozat szerzője, amely jelen közlemény alapjául szolgáló elővizsgálat. Matuszka Balázs: a szöveg javítása, kiegészítése és véglegesítése. A kézirat végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Nyilatkozat érdekütközésről: A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

IRODALOM

- Beck, A.T., & Beck, R.W. (1972). Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine*, 52, 81–85.
- Bende, J. (1993). A McGill-féle fájdalom-kérdőív magyar nyelvű adaptálása. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia*, 23(2), 99–103.
- Block, A.R., Gatchel, R.J., Deardorff, W.W., & Guyer, R.D. (2003). *The psychology of spine surgery*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10613-000>
- Breivik, H., Borchgrevink, P.C., Allen, S.M., Rosseland, L.A., Romundstad, L., Hals, E.K., et al. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17–24. <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
- Bruns, D., & Disorbio, J. M. (2009). Assessment of biopsychosocial risk factors for medical treatment: a collaborative approach. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(2), 127–147. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9148-9>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71225-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71225-9)
- Büchi, S., Buddeberg, C., Klaghofer, R., Russi, E.W., Brandli, O., Schlosser, C., et al. (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – A brief method to assess suffering. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 333–341. <https://doi.org/10.1159/000065994>
- 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. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 222–225. <https://doi.org/10.1159/000012284>
- Büchi, S., Villiger, P., Kauer, Y., Klaghofer, R., Sensky, T., & Stoll, T. (2000). PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – a novel visual method to assess the global burden of illness in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 9, 368–373. <https://doi.org/10.1191/096120300678828479>
- Carlsson, A. M., Werner, S., Mattlar, C. E., Edman, G., Puukka, P., & Eriksson, E. (1993). Personality in patients with long-term patellofemoral pain syndrome. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA*, 1(3–4), 178–183. <https://doi.org/10.1007/BF01560201>
- Chan, C.W., Goldman, S., Ilstrup, D.M., Kunselman, A.R., & O'Neill, P. I. (1993). The pain drawing and Waddell's non-organic physical signs in chronic low-back pain. *Spine*, 18(13), 1717–1722. <https://doi.org/10.1097/00007632-199310000-00001>
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó
- den Boer, J.J., Oostendorp, R.A.B., Beems, T., Munneke, M., Oerlemans, M., & Evers, A.W.M. (2006). A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 15(5), 527–536. <https://doi.org/10.1007/s00586-005-0910-x>



- Elfering, A., & Mannion, A.F. (2008). Epidemiology and risk factors of spinal disorders. In Boos, N., Aebi, M. (Eds.), *Spinal disorders* (pp. 153–173). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-69091-7_6
- Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L., & Jensen, M.P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>
- Halicka, M., Duarte, R., Catherall, S., Maden, M., Coetsee, M., Wilby, M., & Brown, C. (2022). Predictors of pain and disability outcomes following spinal surgery for chronic low back and radicular pain: A systematic review. *The Clinical Journal of Pain*, 38(5), 368–380. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001033>
- Hildebrandt J. (2014). Prediction of psychosocial factors by pain drawing in patients with chronic back pain. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 15(7), 1067–1069. <https://doi.org/10.1111/pme.12370>
- IASP Taxonomy Working Group (2011). *Classification of Chronic Pain* (2nd ed.). Revised. E-book. <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
- Kassardjian, C.D., Gardner-Nix, J., Dupak, K., Barbati J., & Lam-McCulloch, J. (2008). Validating PRISM (pictorial representation of illness and self measure) as a measure of suffering in chronic non-cancer pain patients. *The Journal of Pain*, 9, 1135–1143. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.06.016>
- Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America*, 79(2), 231–252. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(05\)70381-9](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(05)70381-9)
- Kerekes, Zs., & Varga, J. (2007). Fájdalom, fájdalommenedzsmet és palliatív ellátás. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (Szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 333–353). Medicina Könyvkiadó.
- Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 873–876. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00309-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00309-4)
- Klis, S., Vingerhoets, A., de Wit, M., Zandbelt, N., & Snoek, F.J. (2008). Pictorial Representation of Illness and Self Measure Revised II (PRISM-R-II) – a novel method to assess perceived burden of illness in diabetes patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, Article 104. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-104>
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2), 4–24.
- Kökonyei, Gy. (2008). Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban. Doktori (PhD) disszertáció. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar. Letöltve: 2022. 04. 14-én: https://ppk.elte.hu/file/kokonyei_gyongyi_phd.pdf
- Lehmann, V., Oerlemans, S., Poll-Franse, L.V., Vingerhoets, J.J.M., & Mols, F. (2011). Suffering in long-term cancer survivors: An evaluation of the PRISM-R2 in a populationbased cohort. *Quality of Life Research*, 20, 1645–1654. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9911-x>
- Mannion, A.F., Mariaux, F., Reitmeir, R., Fekete, T.F., Haschtmann, D., Loibl, M., et al. (2020). Development of the “Core Yellow Flags Index” (CYFI) as a brief instrument for the assessment of key psychological factors in patients undergoing spine surgery. *European Spine Journal*, 29(8), 1935–1952. <https://doi.org/10.1007/s00586-020-06462-z>
- Margolis, R.B., Tait, R.C., & Krause, S.J. (1986). A rating system for use with patient pain drawings. *Pain*, 24(1), 57–65. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(86\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(86)90026-6)
- Marras, W.S., Davis, K.G., Heaney, C.A., Maronitis, A.B., & Allread, W.G. (2000). The influence of psychosocial stress, gender and personality on mechanical loading of the lumbar spine. *Spine*, 25, 3045–3054. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012010-00012>
- Melloh, M., Elfering, A., Presland, C.E., Roeder, C., Barz, T., Salathé, C.R., et al. (2009). Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *International Orthopaedics*, 33(2), 301–313. <https://doi.org/10.1007/s00264-008-0707-8>
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Nagy, E. (2008). Fájdalom-management az ápolásban. *Acta Sana: Az Egészségügyi és a Szociális Ellátás Elmélete és Gyakorlata*, 3(1), 6–11.
- Nicholas, M.K., Linton, S.J., Watson, P.J., Main, C.J., & “Decade of the Flags” Working Group. (2011). Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737–753. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100224>
- Niedermann, K., Büchi, S., Ciurea, A., Kubli, R., Steurer-Stey, C., Villiger, P.M., et al. (2012). Six and 12 months’ effects of individual joint protection education in people with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 360–369. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.611820>
- Okifuji, A., & Turk, D. (2014). Assessment of patients with chronic pain with or without comorbid mental health problems. In S. Marchand, D. Saravane, & I. Gaumond (Eds.), *Mental health and pain: Somatic and psychiatric components of pain in mental health* (pp. 227–259). Springer-Verlag France. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0414-9_14
- Pande, K. C., Tripathi, S., & Kanoi, R. (2005). Limited clinical utility of pain drawing in assessing patients with low back pain. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 18(2), 160–162. <https://doi.org/10.1097/01.bsd.0000146762.44281.6d>
- Peter, N., Kleinjung, T., Horat, L., Schmidt-Weitmann, S., Meyer, M., & Büchi, S. (2016). Validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) as a novel visual assessment tool for the burden of suffering in tinnitus patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(47), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0454-2>
- Piotrowski, C. (2017). The utility of projective techniques in pain assessment: An historical review. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 43(2), 189–197.
- Pócza-Véger, P., Havancsák, R., Látos, M., Kovács, P., Sándor, Z., Barzó, P., & Csabai, M. (2015). Kórházi betegek betegségreprezentációinak térbeli megjelenítése a PRISM-D rajzteszt használatával. Letöltve: 2022. 04. 14-én: http://www.kre.hu/ebook/dmdocuments/ii_orszagos_alkalmazott_pszichologiai_phd_hallgatoi_konferencia/chap_25.html



- Prins, M.R., van der Wurff, P., & Groen, G.J. (2013). Chronic low back pain patients with accompanying leg pain: the relationship between pain extent and pain intensity, disability and health status. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 26(1), 55–61. <https://doi.org/10.3233/BMR-2012-00350>
- Ransford, A.O., Cairns, D., & Mooney, V. (1976). The pain drawing as an aid to the psychological evaluation of patients with low-back pain. *Spine*, 1(2), 127–134. <https://doi.org/10.1097/00007632-197606000-00007>
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384–402.
- Rumpf, H.J., Löntz, W., & Uessler, S. (2004). A self-administered version of a brief measure of suffering: First aspects of validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 53–56. <https://doi.org/10.1159/000074440>
- Sándor, Z., & Csabai, M. (2018). A PRISM-D rajzteszt alkalmazása a daganatos betegséggel összefüggő érzelmi és kognitív reprezentációk komplex vizsgálatára. *Orvosi Hetilap*, 159(48), 2021–2030. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31181>
- Sándor, Z., Látos, M., & Csabai, M. (2020). Az észlelt társas támogatás összefüggéseinek vizsgálati lehetőségei a PRISM-D rajzteszt segítségével kórházi kezelés alatt álló súlyos betegek körében. *Orvosi Hetilap*, 161(39), 1688–1696. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31827>
- Sándor, Z., Látos, M., Pócsa-Véger, P., Havancsák, R., & Csabai M. (2020). The drawing version of the pictorial representation of illness and self measure. *Psychology and Health*, 35(9), 1033–1048. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1707825>
- Sensky, T., & Büchi, S. (2016). PRISM, a novel visual metaphor measuring personally salient appraisals, attitudes and decision-making: qualitative evidence synthesis. *Plos One*, 11(5), Article e0156284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156284>
- Shalaby, S., Riffat el-Sharaki, D., & Salem, G. M. (2018). Anxiety, depression and quality of life in backache outcome after lumbar disc surgery. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 54, Article 44. <https://doi.org/10.1186/s41983-018-0048-5>
- Simonics, E., & Stauder, A. (2017). A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban. A FABQ kérdőív magyar változatának fordítása és validálása. *Orvosi Hetilap*, 158(24), 949–955. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30764>
- Sipos K., Sipos M., & Spielberger, C. D. (1994). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In F. Mérei, & F. Szakács (Szerk.), *Pszichodiagnosztikai vademecum I/2* (pp. 123–148). Nemzeti Tankönyvkiadó
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v5i3%20&%204.620>
- Stoll, D.P., Bagdi, P., & Palásti, F. (2016). Pszichológiai kontra-indikációk a gerincsebészetben. *Gerincgyógyászati Szemle*, 3(2), 46–55.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Keefe, F.J., Martin, M., Bradley, L.A., & Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Turk, D.C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.678>
- Vlaeyen, J.W., & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C.J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157–168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-B](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-B)
- Wewers, M.E., & Lowe, N.K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13, 227–236. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130405>