

**Monika Hasenbring (1994):
„Kieler Schmerz-Inventar
(KSI)“**

Huber, Bern
Test komplett DM 118,-

1 Testart

Beim Kieler-Schmerzinventar handelt es sich um ein medizinpsychologisches Verfahren.

2 Testmaterial

Das KSI umfasst ein Testmanual (42 Seiten), 20 Antwortbögen und 20 Auswertungsblätter. Zusätzlich wird noch ein Schreibgerät benötigt.

3 Testgliederung

Das Kieler Schmerz-Inventar gliedert sich in drei unabhängig voneinander einsetzbare Fragebögen, die sich wiederum in einzelne Skalen unterteilen lassen (Tabelle 1).

4 Grundkonzept

Das KSI dient zur Erfassung der individuellen Schmerzverarbeitung auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene. Die drei Fragebögen haben ein biopsychosoziales Modell zur Aufrechterhaltung chronischer Erkrankungen (vgl. HASENBRING, 1992) als Hintergrund und orientieren sich dabei an theoretischen Konzepten der Schmerz- und Copingforschung. So beziehen sich die ERSS auf Modelle der kognitiven Emotionspsychologie (LAZARUS & FOLKMAN, 1987) und der Lernpsychologie. Den KRSS liegt das transaktionale Stresskonzept von LAZARUS und LAUNIER (1978) zu Grunde und in den CRSS sind verschiedene aus der Schmerzforschung stammende für die Aufrechterhaltung und/oder Modulation von Schmerzen relevante Bewältigungsstile präsentiert.

Das Verfahren wurde grundsätzlich als Forschungsinstrument für Quer- und Längsschnittuntersuchungen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung konzipiert, ist aber auch für eine Individualdia-

Teilinventare	Skalen	Anzahl der Items
Emotionale Reaktionen in Schmerzsituationen (ERSS)	Angst/Depressivität	15
	Gereizte Stimmung	
	Gehobene Stimmung	
Kognitive Reaktionen in Schmerzsituationen (KRSS)	Hilf-/Hoffnungslosigkeit	34
	Behinderung	
	Katastrophieren	
	Durchhalteappell	
	Coping-Signal	
	Bagatellisieren	
	Psychische Kausalattributionen	
Coping-Reaktionen in Schmerzsituationen (CRSS)	Vermeiden sozialer Aktivitäten	63
	Bitten um soziale Unterstützung	
	Nichtverbal/motorischer Ausdruck	
	Entspannungsfördernde Ablenkung	
	Durchhaltestrategien	
	Passive Maßnahmen	
	Aktive Maßnahmen	

gnostik im Rahmen des therapeutischen Geschehens zu verwenden.

5 Durchführung

Laut Manual ist das Verfahren für Personen ab 17 Jahren geeignet. Der Proband beantwortet den Fragebogen nach standardisierter Instruktion. Als Antwortkategorie steht eine 7-stufige Skala (von nie bis immer) zur Verfügung. Der Zeitbedarf ist für die Teilinventare unterschiedlich (ERSS: 5 Minuten, KRSS: 10 Minuten, CRSS: 20 Minuten).

6 Auswertung

Die Auswertung erfolgt für jeden der drei Fragebögen getrennt. Zuerst werden die angekreuzten Ziffern pro Skala auf dem Auswertungsblatt eingetragen und addiert (Rohwert). Anschließend wird dieser Summenscore durch die Anzahl der Skalenitems dividiert, so dass die Bedeutung der Antwortskala (0 steht für nie und 7 für immer) erhalten bleibt. Die CRSS-Skalen lassen sich zusätzlich noch in einem Profilblatt darstellen. Hier liegt der Zeitbedarf bei ungefähr 5 Minuten pro Teilinventar.

7 Gütekriterien

7.1 Objektivität

Auswertungs-, Durchführungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben.

7.2 Reliabilität

Die internen Konsistenzen liegen für die ERSS zwischen $r = 0,85$ und $r = 0,91$, für die KRSS zwischen $r = 0,78$ und $r = 0,91$ und für die meisten Skalen der CRSS zwischen $r = 0,73$ und $r = 0,91$ (außer für die Skalen Passive Maßnahmen mit $r = 0,67$ und Aktive Maßnahmen mit $r = 0,64$). Messungen zur Retestreliabilität liegen nicht vor.

7.3 Validität

Im Testmanual (S. 14f für ERSS, S. 23ff für KRSS und S. 37ff für CRSS) sind die Ergebnisse zur Konstrukt- und differentiellen Validität für die Aspekte Depressivität, gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, „Why-me-Frage“ sowie Schmerzselbstratings für 4 Patienten-

gruppen mit akuten und chronischen Schmerzen aufgeführt. Gleichzeitig werden auch Aussagen zur prognostischen Validität der einzelnen Fragebögen getroffen. Insgesamt kann das Inventar als valide eingeschätzt werden.

7.4 Normen

Für die drei Fragebögen des KSI liegen Vergleichswerte (Mittelwerte) aus mehreren klinischen Stichproben von Patienten mit akuten Schmerzen nach lumbalen Bandscheibenvorfällen ($n = 264$) oder nach HWS-Schleudertrauma ($n = 69$) und Patienten mit chronischen Schmerzen 1 Jahr nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms ($n = 39$) oder mit unterschiedlicher Lokalisation ($n = 33$) vor.

8 Kritik

Das Kieler Schmerz-Inventar ist ein solides Verfahren zur Erfassung von in der klinischen Forschung relevanten Schmerzverarbeitungsformen. Obwohl im Handbuch nur als Forschungsinstrument deklariert, kann es durchaus auch bereits zu individualdiagnostischen Zwecken eingesetzt werden. Besonders gelungen ist die Formulierung der Items. Sie wirken sehr plastisch und alltagssprachlich und können somit gut von den Probanden angenommen werden. Auch die theoretische Fundierung des Gesamtinventars muss als gut eingeschätzt werden: Hasenbrings Modell der Schmerzverarbeitung wurde mit dem KSI sehr gut operationalisiert und emotionale, kognitive und Copingaspekte des Schmerzverhaltens detailliert erfasst. Leider berücksichtigt das Modell keine interaktionale Aspekte. Fragen der Instrumentalität des Schmerzes bleiben ungeklärt und das Inventar bekommt mit dieser Unvollständigkeit einen kleinen Schönheitsfleck.

Ein zweiter zu bewertender Punkt ist die Ökonomie des Verfahrens. Mit seinen 112 Items ist das KSI ein ziemlich langer Fragebogen. Andere die Schmerzverarbeitung erfassende Verfahren, wie zum Beispiel der Fragebogen zur Schmerzverarbeitung (FESV – 38 Items) scheinen ökonomischer, können aber nicht so detailliert die Schmerzverarbeitung abbilden. Zur Erinnerung: das KSI besteht aus 18 Skalen, der FESV aus 9. Um die Frage, ob 18 Verhaltensstile mehr Vorteile

bringen als 9 beantworten zu können, bedarf es weiterer Analysen.

Zu den Gütekriterien: Die Objektivität ist gegeben. Die Homogenität der Skalen ist als gut einzuschätzen. Es fehlen Angaben zur Retest-Reliabilität, die aber durchaus spannend wären, gerade um zu sehen, wie sensitiv das Verfahren gegenüber Änderungen ist. Das Verfahren ist valide – hier wären aber auch noch weitere Untersuchungen wünschenswert.

Normen gibt es schließlich nur für bestimmte Patientengruppen. Zukünftige Forschung müsste das KSI an weiteren Schmerzppopulationen erheben.

9 Empfehlung

Insgesamt ist das Kieler Schmerz-Inventar ein theoretisch fundiertes Verfahren, was aufgrund der guten Itemformulierungen eine große Akzeptanz bei den Probanden besitzt. Seine Stärken sind die detailgenaue Erfassung von Schmerzverhalten in der individuellen Diagnostik und Forschung und die mögliche Abbildung der Veränderung des Schmerzverhaltens. Einschränkend muss gesagt werden, dass zum einfachen Screening von Schmerzverarbeitungsstrategien ökonomischere Inventare mehr geeignet sind. Außerdem kann mit dem KSI das Schmerzverhalten in der sozialen Interaktion nicht erfasst werden.

Martin Merbach, Leipzig