



CORE-Rating psychomotorischer Veränderungen

Benutzerhandbuch, Beurteilungsrichtlinien und Items

Abteilung für Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität
Freiburg, Engelbergerstr. 41, 79085 Freiburg

Black Dog Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick NSW 2031, Australien

School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney NSW 2052, Australien

Hintergrund

Das CORE-Ratingverfahren zur Bewertung psychomotorischer Veränderungen entwickelte sich aus der Forschung des Black Dog Institutes zur Klassifikation von Depression. Ziel war es, die Merkmale zu bestimmen, die zur Identifikation von Melancholie als spezifischer Subtyp depressiver Störungen beitragen. Als ein Ergebnis zeigte sich, dass insbesondere die Symptome *psychomotorische Gehemmtheit* und *Agitiertheit* zwischen Melancholie und sonstigen depressiven Störungen differenzieren.

Die Bedeutsamkeit einer Erfassung von Melancholie als ein spezifischer Subtyp depressiver Störungen ergibt sich aus Erkenntnissen, dass sich Melancholie psychopathologisch von sonstigen depressiven Störungen unterscheidet. Klinisch implizieren unterschiedliche Ursachen, dass sich voraussichtlich auch die Behandlung und Prävention der Störungsbilder unterscheiden. Forschungsergebnisse sprechen für eine höhere Wirksamkeit antidepressiver Medikamente, insbesondere trizyklischer Antidepressiva (TZA) sowie Elektrokrampftherapie (EKT), während die Wirksamkeit von Placebo sowie psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren vermutlich eingeschränkt ist. Aus Forschungssicht ermöglicht eine verbesserte Differenzierung von Melancholie und Nicht-Melancholie, eine präzisere Untersuchung zugrundeliegender ätiologischer Zusammenhänge. Eine umfassende Beschreibung des Hintergrundes des CORE-Ratingverfahrens ist verfügbar in:

Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (Hrsg.) (1996) *Melancholia: A Disorder of Movement and Mood*. New York: Cambridge University Press.

Das Messinstrument

Das CORE-Ratingverfahren umfasst 18 (beobachtbare) Merkmale, die durch einen Kliniker oder einen trainierten Beobachter am Ende eines klinischen Interviews beurteilt werden. Jedes Merkmal wird auf einer Vier-Punkt-Skala (0-3) bewertet. Die 18 Merkmale zur Beschreibung psychomotorischer Veränderung verteilen sich auf die drei Subskalen *fehlende Interaktivität*, *Gehemmtheit* und *Agitiertheit*. Der Gesamtsummenscore ermöglicht die Unterteilung in depressive Personen mit und ohne Melancholie.

CORE Video

Im Jahr 1999 wurde ein englischsprachiges Video mit Schauspielern produziert, in dem Beispiele für alle Merkmale und Schweregradeinteilungen gegeben werden. Das Video dauert eine Stunde und ist im PAL und im NTSC Format verfügbar (Bitte beachten Sie, dass die Anweisungen der Items im Video von den Anweisungen in dieser Broschüre und in der oberen Referenz abweichen).

Weitere Informationen

Weitere Informationen bezüglich des CORE-Ratingverfahrens oder des Videos können durch eine Email an Dr. Harald Baumeister für die deutschsprachige Übersetzung (baumeister@psychologie.uni-freiburg.de) sowie Prof. Gordon Parker für die Originalversion (g.parker@unsw.edu.au) erfragt werden. Informationen zur Originalversion finden sich zudem auf der Homepage des Black Dog Instituts (<http://www.blackdoginstitute.org.au>)

Forschung und Ausbildungsunterstützung

Die Forschung, die zur Entwicklung des CORE-Ratingverfahrens führte, wurde finanziert durch die Drittmittelprojekte 870169, 900418 und 931196 des National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australien. Ausbildungsaktivitäten, die mit dem Ratingverfahren und dem CORE Trainingsvideo in Verbindung stehen, wurden durch die Infrastrukturförderung des New South Wales (NSW) Department of Health unterstützt. Die vorliegende deutschsprachige Übersetzung des CORE-Ratingverfahrens wurde von der Deutschen Forschung Gemeinschaft (DFG, GZ: BA3407/2-1) gefördert.

Teil I:
Beurteilung des CORE: Ein Benutzerhandbuch

Grundlegende Instruktionen

Dieser Teil fokussiert auf einige Besonderheiten zur Bewertung einzelner CORE Items und sollte in Verbindung mit dem Ratingverfahren in Teil II gelesen werden.

Einsatzzweck des CORE-Ratingverfahrens: Das Instrument kann genutzt werden, (i) zur Erweiterung der Standarddiagnostik depressiver Patienten und (ii) zur Subtypologisierung depressiver Störungen in Melancholie und sonstige depressive Störungen. Das CORE-Ratingverfahren ermöglicht nicht die Abgrenzung zwischen Melancholie von Demenz. Da das Instrument beobachtbare Verhaltensabweichungen bewertet, ist klinische Erfahrung mit depressiven Patienten (besonders mit schwer depressiven) erforderlich. Während ein Rater-Training notwendig ist, um die notwendige Messgenauigkeit für Forschungsstudien zu gewährleisten, unterstützen die vorliegenden Richtlinien die Anwendung des CORE-Ratingverfahrens im klinischen Alltag.

Zeitpunkt der Beurteilungen während des klinischen Interviews. Es wird empfohlen, dass CORE-Ratings nicht während der ersten 20 Minuten des Interviews stattfinden. Diese Zeit soll es sehr ängstlichen Personen ermöglichen sich in die Interviewsituation einzufinden und den Beurteiler dabei unterstützen, zwischen Angst und Agitiertheit zu differenzieren. Eine Durchführung des CORE-Ratings am Morgen hilft bei der Erfassung psychomotorischer Hemmung und Agitiertheit, welche anscheinend früh am Tag schwerwiegender sind und öfter aufzutreten. In Forschungsstudien kann es nützlich sein, die Tageszeit zu erfassen und die gleiche Tageszeit für wiederholte Testungen zu nutzen.

Die Validität der Beurteilung hängt davon ab, ob der Interviewer eine adäquate Umgebung schafft, in der Schlüsselaspekte der Aufmerksamkeit, Interaktion und Reaktivität des Interviewten bewertet werden können. Um den dem CORE zugrunde liegenden latenten Hauptfaktor *fehlende Interaktivität* zu beurteilen, ist es notwendig, den Patienten zu verschiedenen, relevanten Themenbereichen zu befragen. Ein Interview, das nur spezifische Fragen zur Identifizierung depressiver Syndrome umfasst oder die Verwendung eines strukturierten diagnostischen Interviews erschweren es, Anzeichen wie verkürzte verbale Antworten oder die Reaktivität der Stimmung zu bestimmen.

Der Interviewer sollte versuchen, „natürliche“ motorische Bewegungen zu beobachten (z.B. Geschwindigkeit bei Ankunft und Verlassen des Interviews, Leichtigkeit der Bewegungen beim Aufstehen vom Stuhl). Umgebungsabhängige spezifische Aufgaben wie Klopfen mit den Fingern oder den Patienten zu bitten, ein Stück zu laufen können die Beurteilung unterstützen. Zu berücksichtigen sind hierbei jedoch die spezifischen Patientencharakteristika (z.B. Alter und Behinderung), die unabhängig von der Depression die Durchführung der Aufgaben beeinflussen.

Beurteilungen beziehen sich auf das Verhalten, sprich, sie basieren eher auf der Beobachtung des Verhaltens der Person während des Interviews als auf den Selbstausskünften der Person. Dies sollte nicht einen emphatischen Interviewstil ausschließen, sondern betont, dass - in Bezug auf die Ziele des CORE Ratings - der Interviewer einen Schritt zurück treten und ein möglichst objektiver Beobachter sein sollte. Dem Interviewer steht es frei, die Eigenart jedes erhobenen Merkmals mit dem Interviewten abzuklären. Zudem kann es bei der Beurteilung erforderlich sein, die Antworten im Kontext des sozialen Hintergrundes, des Bildungsgrades und der ethnischen Abstammung des Interviewten zu betrachten.

Das Rating: Die Symptome werden in einem ersten Schritt darauf hin beurteilt, ob sie vorliegen oder nicht. Falls sie vorliegen, erfolgt in einem zweiten Schritt ein Schweregradrating entweder in Bezug auf die Symptombdauer (wie viel der Zeit ein Symptom präsent ist) oder in Bezug auf die Symptomstärke (in welchem Ausmaß die psychomotorische Eigenheit vorliegt). Eine Beurteilung mit 0 besagt, dass das Symptom nicht vorliegt oder trivial ist, während Beurteilungen von 1 bis 3 mit ansteigender Schwere für das Vorliegen des Symptoms stehen.

Während der Entwicklung des Ratingverfahrens haben wir diskutiert, ob eine Beurteilung mit 0 ein generelles Konzept der Normalität zugrunde liegen oder das mutmaßliche normale

Verhalten der Person ausdrücken soll. Letzteres beinhaltet die Frage, was „normal“ für die einzelne Person bedeutet. Wir entschieden, dass eine Beurteilung mit 0 gemacht werden soll, wenn das Verhalten dem Interviewer als normal erscheint oder durch von der depressiven Erkrankung unabhängige Faktoren erklärt werden kann (z.B. kürzliche somatische Erkrankung).

Im Gegensatz dazu implizieren Beurteilungen mit 2 oder 3 immer ein ausgeprägtes pathologisches Verhalten. Eine Beurteilung mit 1 impliziert ebenfalls ein pathologisches Verhalten, kann aber verwendet werden, wenn das Phänomen relative vage oder unklar ist. In der Praxis gab es vor allem zwei Arten eingeschränkter Inter-Rater-Übereinstimmung: Erstens, bei der Differenzierung zwischen 0 oder 1, sprich, bei der Beurteilung ob das Symptom nicht oder in verminderter Ausprägung vorliegt; zweitens, wenn eine Übereinstimmung bezüglich des Vorliegens des Symptoms bestand, jedoch keine Übereinstimmung bezüglich der Schweregrad differenzierung zwischen 2 und 3 gegeben war.

Eine Beurteilung mit 3 impliziert eine schwerwiegende Beeinträchtigung. Jedoch haben wir hierfür keine Standardregel (wie z.B. „die Person in ihrer mutmaßlich schlimmsten Phase“), sondern spezifische Schweregradbeschreibungen für jedes Item. Eine gewisse Vergleichsnorm ist jedoch notwendig. Wir schlagen vor, dass die Person eher mit einer Gruppe am schwerwiegenden Ende des Spektrums verglichen wird, anstatt mit „dem schlimmsten Fall, der jemals gesehen wurde“. Diese Formulierung impliziert eine gewisse Ratingvarianz. So wird z.B. ein in einer Psychotherapie-Praxis arbeitender Beurteiler eine andere Abgrenzung haben, als ein auf einer Akutstation arbeitender Beurteiler. Entsprechend sollten die Beurteiler „sehr ausgeprägt“ vor dem Hintergrund der gesamten psychiatrisch-psychotherapeutischen Welt beurteilen und sich nicht ausschließlich von ihren individuellen Erfahrungen leiten lassen. Bei Zweifeln darüber, welche von zwei Punktzahlen gewählt werden soll, empfehlen wir, durch die Wahl der weniger schwerwiegenden Option, konservativ zu beurteilen.

Es gibt Unterschiede bei der Beurteilung von Items in Bezug auf die psychomotorische Gehemmtheit und psychomotorische Agitiertheit. Gehemmtheit tritt tendenziell gleichbleibender über das Interview hinweg auf, während Agitiertheit nicht derart stabil ist und zum Teil nur temporär auftritt. Für die Gehemmtheit-Items empfiehlt die Instruktion daher, einen gemittelten Wert über das gesamte Interview hinweg zu vergeben (ohne Berücksichtigung der ersten 20 Minuten). Die Agitiertheit-Items werden im Hinblick auf ihre mittlere Schwere beurteilt, auch wenn sie nur für eine kurze Zeit während des Interviews präsent sind. Die Symptombdauer fließt hierbei als sekundäres Beurteilungskriterium mit in das Schweregradrating ein.

Hinweise zu einzelnen Items

Die Grundsätze zur Beurteilung der CORE Items basieren auf Inter-Rater Treffen. Während der Treffen interviewte ein Therapeut des Black Dog Instituts (ehemals Mood Disorder Unit (MDU)) eine depressive Person vor der gesamten Gruppe. Der erste Teil des Interviews umfasste die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), gefolgt von individuell relevanten, offenen Fragen zur weiteren Abklärung des depressiven Syndroms sowie zur Schaffung einer Interviewsituation, die es dem Interviewten erlauben sollte, Reaktivität bezüglich seiner Stimmung, Kapazität für soziale Interaktionen und Flexibilität seiner Denkprozesse zu zeigen. Die Bewertung der individuellen Items wurde im Folgenden von allen Beurteilern gemeinsam diskutiert.

Die Items des CORE-Ratingbogens sind bewusst in zufälliger Reihenfolge angeordnet. Für den vorliegenden Abschnitt wurden sie jedoch entsprechend der drei Subskalen, fehlende Interaktivität sowie psychomotorische Gehemmtheit und Agitiertheit gruppiert. Bei der Beurteilung gilt es zu beachten, dass die Konstrukte Gehemmtheit und Agitiertheit - obwohl faktoriell unkorreliert - nicht voneinander unabhängig sind, wobei positiv bewertete Agitiertheitsitems (Kriterium liegt vor) häufig mit positiv bewerteten Gehemmtheitsitems einhergehen. Kommentare, die individuelle Items betreffen, sollten in Zusammenhang mit den Instruktionen des Beurteilungsbogens gelesen werden.

Die Items der Skala fehlende Interaktivität

Diese Items bewerten Bereiche kognitiver Prozesse, die bei schwer depressiven Patienten teils mit dem Begriff „Pseudo-Demenz“ assoziiert werden.

Fehlende Interaktivität (Item 1). Dieses Item erfasst das Ausmaß, in dem der Interviewte dem Interviewprozess folgt und angemessen auf die sozialen Signale reagiert, die ihm der Interviewer anbietet. Die Beurteilung beruht sowohl auf der Quantität als auch auf der Qualität der Interaktion. Das Item unterscheidet sich von Unaufmerksamkeit derart, dass der Interviewte nicht notwendigerweise unkonzentriert ist. Des Weiteren gilt es fehlende Interaktivität von Apathie, fehlender Kooperativität, Negativismus und Teilnahmslosigkeit aufgrund gleichzeitiger medizinischer Behandlung oder Medikation abzugrenzen.

Fehlende Reaktivität (Item 4). Dieses Item misst das Ausmaß der emotionalen Reaktivität über das Interview oder Teile des Interviews hinweg. Die Reaktivität kann spontan sein oder im Rahmen von Aufmunterungsversuchen durch den Interviewer beobachtet werden. Erfasst wird jegliche Art von Reaktivität und nicht nur eine Verbesserung der Stimmung. So kann auch die Exploration emotional sensibler Themen zu einem unmittelbaren Stressanstieg führen, was wiederum für zumindest eine gewisse Reaktivität spricht. Entsprechend umfasst Reaktivität die Auslenkbarkeit in beide Richtungen. Während das Item prinzipiell darauf abzielt, die positive Auslenkbarkeit des Interviewten zu erfassen, liegt Reaktivität auch bei einer situationsbezogenen Verschlechterung der Stimmung vor (z.B. wenn der Interviewte bei der Thematisierung eines bedrückenden Themas weint). Dies wird durch die Instruktionen für eine 3er-Beurteilung verdeutlicht, für welche eine schwere, fehlende Reaktivität gegeben sein muss (weder Verschlechterung noch Verbesserung).

Reaktivität wird am besten im späteren Verlauf des Interviews und nach dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung beurteilt. Reaktivität wird eher durch die Präsenz und Intensität der Reaktion, als durch deren Dauer bestimmt. Entsprechend würde zum Beispiel für jemanden, der über einen längeren Zeitraum als nicht-reaktiv erscheint dennoch ein 0-Rating angemessen sein, wenn er im Folgenden ein situationsangemessenes, ausgeprägtes und natürliches Lächeln zeigt. Offenkundig sollten der interpersonelle Stil des Interviewers und die Wahl der Themen so gewählt sein, dass sie ein intrinsisches, reaktives Potential fördern.

Unaufmerksamkeit (Item 8). Die Beurteilung von Unaufmerksamkeit basiert ausschließlich auf der Beurteilung des Interviewers, inwiefern der Interviewte dem Interview und dem Interviewer folgen kann und nicht auf berichteten Konzentrationsschwierigkeiten. Der Interviewte schätzt Schlüsselaspekte der Situation falsch ein und/oder kann dem Interviewverlauf nicht folgen, auch wenn er vielleicht Augenkontakt hält oder den Interviewer anlächelt. Differenziert werden muss Unaufmerksamkeit von einer eingeschränkten Interviewmotivation seitens des Interviewten.

Assoziationsarmut (Item 12). Der Interviewte gibt kurze Antworten ohne weitere Ausführungen. Dieses Item muss von bewusster Zurückhaltung, Verschleierung oder Vagheit von Äußerungen oder Gegebenheiten als charakteristischer Kommunikationsstil differenziert werden. Die Exploration eines spezifischen, für den Interviewten interessanten Themas (z.B.: Hobby, Sport, Enkel), kann zur Beurteilungssicherheit beitragen, insbesondere wenn der Interviewte eine geringe Schulbildung oder eine niedrige Intelligenz aufweist.

Verminderte Gesprächsspontaneität (Item 16). Dieses Item verlangt vom Interviewer, dass er Möglichkeiten zum spontanen Sprechen oder für einen offenen Dialog anbietet (z.B. durch Erfragen der Meinungen und Sichtweisen des Patienten). Spontaneität wird basierend auf der Bereitschaft eine Konversation zu initiieren und den Antworten auf Fragen des Interviewers bewertet. Bildung, Intelligenz und Motivation tragen erheblich zur grundsätzlichen Gesprächsspontaneität bei.

Länge verbaler Antworten (Item 7). Wenn der Interviewte einsilbig oder komplett stumm (was sehr selten vorkommt) ist, ist ein 3er-Rating angezeigt. Für ein 2er-Rating besteht jede Antwort nur aus ein paar Wörtern. Hier sei nochmals auf die allgemeine Beurteilungsrichtlinie hingewiesen, dass die Bewertung der Items erst im späteren Interviewverlauf erfolgen, nachdem der Interviewte Zeit hatte mit der Situation vertraut zu werden. Vorsichtig sollte man sein, bei Einschätzung dieses Items basierend auf Antworten des Interviewten auf geschlossene Fragen.

Die Items der Gehemtheitsskala

Die psychomotorische Gehemtheit unterliegt Schwankungen während des Interviews und über den Tagesverlauf hinweg. Aufgrund dessen werden morgendliche Beurteilungen empfohlen. Beurteilungen dieser Items sollten die durchschnittliche, beobachtete Gehemtheit während des Interviews widerspiegeln.

Verlangsamte Bewegung (Item 13). Dieses Item misst die Geschwindigkeit und nicht die Anzahl der Bewegungen. Während generell eine Beurteilung am Anfang des Interviews vermieden werden sollte, kann die Geschwindigkeit, mit welcher der Interviewte den Raum betritt nützliche Informationen bieten. Eine Überprüfung dieser Information bietet sich zum Abschluss des Interviews an, wenn der Interviewte den Raum wieder verlässt.

Reglosigkeit des Gesichts (Item 2). Beurteiler sollten sich auf das Ausmaß der Expressivität (insbesondere um die Augen) und die Geschmeidigkeit der Gesichtsbewegungen fokussieren. Die Präsenz umfassender Gesichtsbewegungen wird mit 0 bewertet, selbst wenn sie nur während Teilen des Interviews vorliegen. Gesichtsbewegungen sollten insbesondere während Themenwechseln beobachtet werden.

Reglosigkeit des Körpers (Item 10). Dieses Item misst die Anzahl und das Ausmaß an Körperbewegungen und nicht deren Geschwindigkeit. Selbst relativ reglose Patienten können in einem gewissen Ausmaß gestikulieren, weswegen die Gestik der Interviewten nicht mit in die Beurteilung einfließt. Manche ängstlichen Patienten tendieren zur Reglosigkeit, insbesondere zu einem frühen Zeitpunkt des Interviews. Hier sei erneut auf unsere allgemeinen Instruktionen hingewiesen, dass Beurteilungen nicht am Anfang des Interviews vorgenommen und eine entspannungsförderliche Interviewsituation geschaffen werden sollten.

Haltungsbezogenes Zusammensacken (Item 3). Die Beurteilung dieses Items kann durch die relative Position des Interviewers und des Interviewten beeinflusst werden. Ein „in sich zusammensacken“ des Interviewten ist besser von der Seite zu beobachten. Zu beobachten gilt weiterhin, ob der Interviewte eine Armlehne zur Unterstützung nutzt sowie die Haltung des Interviewten, während er steht und läuft.

Verzögerung der motorischen Aktivität (Item 15). Dieses Item misst die Verzögerungsdauer des Beginns intendierter Bewegungen. Es kann am besten beurteilt werden, wenn der Interviewte vom Stuhl aufsteht, um den Raum zu verlassen. Alternativ sollte der Interviewte gebeten werden, eine spezifische motorische Aufgabe auszuführen.

Verzögerung der sprachlichen Reaktion (Item 6). Dieses Item misst die Verzögerungsdauer des Beginns des Sprechens. Der verbale Inhalt kann angemessen, aber verzögert sein. Da das Ausmaß der Verzögerung variieren kann, können Konzentrationstests verwendet werden, um die Antworten zu standardisieren (z.B.: die Monate des Jahres in umgekehrter Reihenfolge wiedergeben lassen). Es gilt zu überprüfen, dass der Interviewte ein adäquates Hörvermögen hat und dem Interview aufmerksam folgt.

Verlangsamung der Sprechrate (Item 17). Dieses Item misst die Sprechrate. Die erhebliche Variation in der normalen Population muss bei der Beurteilung dieses Items beachtet werden.

Die Items der Agitiertheitskala

Agitiertheit hat charakteristische Merkmale, die oft schwer von Angst zu unterscheiden sind. Agitierte Personen sind generell auch ängstlich, während ängstliche Personen agitiert sein können oder auch nicht. Agitiertheit impliziert eine erhöhte, ungerichtete Anzahl an Bewegungen und ist assoziiert mit physischer Unruhe und einer gesteigerten emotionalen Erregung.

Mimische Besorgnis (Item 5). Das Ausmaß der mimischen Besorgnis kann beurteilt werden, nachdem der Interviewte ausreichend Zeit hatte, mit der Interviewsituation vertraut zu werden. Die Anzeichen sind am besten in der oberen Gesichtshälfte, insbesondere um die Augen herum, zu beobachten, gekennzeichnet durch eine ängstliche, besorgte Mimik, die typischerweise nicht mit der Interviewzeit assoziiert ist. Das Item sollte differenziert werden von (i) einem besorgten Stirnrunzeln, gekennzeichnet durch eine Aktivierung des Corrugator-Muskels (Faltenbildung zwischen den Augenbrauen), welches sich in der Regel durch Beruhigung oder Themenwechsel verringert; und von (ii) Verwunderung, bei der der Interviewte von bestimmten Fragen oder Aufgaben verwirrt zu sein scheint.

Mimische Agitiertheit (Item 9). Dieses Item sollte in Bezug auf die gegebene Intensität und nicht in Bezug auf die Dauer beurteilt werden. Mimische Agitiertheit tritt oft in Episoden ohne Bezug zur Interviewsituation auf oder hin und wieder auch im Zusammenhang mit belastenden Themen während des Interviews. Mimische Agitiertheit zeigt sich erneut eher in der oberen Gesichtshälfte. Abzugrenzen sind Spätdyskinesien oder andere unfreiwillige Bewegungen wie z.B. Tics.

Motorische Agitiertheit (Item 11). Dieses Item sollte ebenfalls in Bezug auf die gegebene Intensität und nicht in Bezug auf die Dauer oder Auftretenshäufigkeit beurteilt werden. Die Instruktionen für dieses Item konzentrieren sich auf Bewegungen, die charakteristisch sind für mentale Verwirrung. Die Beurteilung sollte auf motorische Aspekte fokussieren und nicht die subjektive Belastung miteinbeziehen. Gestiken und unfreiwillige Bewegungen (z.B. Tics, unwillkürliche Muskelzuckungen und extrapyramidale Dysfunktionen) bleiben unberücksichtigt.

Stereotype Bewegungen (Item 18). Alle Personen mit stereotypen Bewegungen würden auf den Items motorischer Agitiertheit punkten, während nicht alle agitierte Personen auf dem Item der stereotypen Bewegungen punkten. Falls die motorische Agitiertheit (Item 11) eine 0er-Beurteilung erbrachte, dann muss auch hier eine Beurteilung mit 0 erfolgen. Motorische Stereotype können fortlaufend auftreten, in Episoden, die ohne Bezug zum Inhalt des Interviews zu sein scheinen oder im Zusammenhang mit einem belastenden Thema.

Verbale Stereotypie (Item 14). Dieses Item ist das verbale Äquivalent stereotyper Bewegungen und zeigt sich in sich wiederholender Sprache bei einem eingeschränkten Maß an Äußerungen. Das entscheidende Merkmal ist die Wiederholung derselben Aussagen und nicht deren Inhalt, obwohl Verzweiflung und Belastungen häufige Themen sind. Das Item sollte von Perseverationen (unkontrollierbare Wiederholungen bestimmter Wörter oder Aussagen) und einem Bildungs- oder Entwicklungsverzögerungsbedingten verringerten Wortschatz abgegrenzt werden.

Unterstützen standardisierte motorische Aufgaben die CORE Beurteilung?

Im Laufe der Zeit haben wir die Nützlichkeit verschiedener standardisierter motorischer Aufgaben zur vergleichenden Bewertung der motorischen Geschwindigkeit und der Sprechrates überprüft. Wir haben Personen aufgefordert mit den Fingern zu klopfen, mit den Händen zu klatschen oder so zu tun als nutzten sie einen Hammer. Individuelle motorische Fähigkeiten, das Alter und Persönlichkeitscharakteristika (z.B.: Tendenz Aufgaben möglichst exakt auszuführen) begrenzen jedoch die Nützlichkeit standardisierter Aufgaben. Bisher ist es uns nicht gelungen, motorischen Aufgaben zu identifizieren, die die klinischen CORE Beurteilungen unterstützen.

CORE-Training

Ein englischsprachiges Trainingsvideoband mit einer Schritt-für-Schritt-Erläuterung jedes Items sowie Illustrationen von Patienten, mit einem positiven und negativen Rating, wurde 1999 veröffentlicht. Die Trainingsmaßnahmen für eine ausreichende Durchführungskompetenz umfassen generell (i) das Anschauen und die Diskussion des Videobandes in formalen Trainingssitzungen und (ii) die Beurteilung aufgezeichneter Patienteninterviews, bis eine adäquate Interrater-Übereinstimmung mit den Urteilen des Trainers erreicht wurde.

Teil II

**Durchführungsempfehlungen,
nien und Items**

Beurteilungsrichtli-

Allgemeine Richtlinien

Dieser Ratingbogen sollte nur für Patienten ausgefüllt werden, die an einer depressiven Störung leiden. Der Bogen zielt auf die Erfassung wichtiger verhaltensbezogener Aspekte dieser Patienten. Beurteilungen sollten daher auf Ihren Beobachtungen beruhen und nicht auf den Beschreibungen der Patienten. Ignorieren Sie Persönlichkeitseigenschaften der Patienten.

Beurteilungen

0 steht immer für die Abwesenheit oder Trivialität des Merkmals

1 }
2 } zeigen an, dass das Merkmal ausgeprägt oder pathologisch ist
3 }

Beurteilung

Durchführungsempfehlungen

1. Sie sollten Ihr normales Aufnahmeinterview, unter besonderer Beachtung der Interaktion des Patienten, durchführen. In der Regel sollte mit der Verhaltensbeurteilung erst nach den ersten 20 Minuten des Interviews begonnen werden.
2. Bezüglich der Gehemmtheit-Items, beurteilen Sie konservativ. Bilden Sie sich rückwirkend einen Überblick über das gesamte Interview unter Berücksichtigung der anfänglichen Eingewöhnungsphase. So kann ein depressiver, psychomotorisch gehemmter Patient verschiedene Schweregrade der Merkmale über das Interview hinweg zeigen. Zum Beispiel kann die Sprache zu verschiedenen Zeitpunkten leicht, mittelgradig oder sehr verlangsamt sein. In solchen Fällen sollten Sie einen Mittelwert über das gesamte Interview hinweg bilden. Wenn Unsicherheit besteht, welche von zwei Bewertungsoptionen auszuwählen ist, dann wählen Sie konservativ die niedrigere Schweregradeinstufung.
3. Bezüglich der Agitiertheit-Items unterscheiden sich die Beurteilungsregeln. Manche depressive Patienten zeigen über das Interview hinweg psychomotorische Gehemmtheit, während Agitiertheit nur in kurzen Episoden auftritt, wie z.B. durch kurzes Aufstehen vom Stuhl und händeringendes Hin- und Herlaufen oder bedrängende Selbstgespräche (z.B. wiederholendes „Was wird aus mir?“). Selbst wenn diese Merkmale nur kurz zum Ausdruck gebracht werden, sollten sie als kategorial präsent beurteilt werden. Die Beurteilung des Schweregrades erfolgt anhand einer Einschätzung der durchschnittlichen Ausprägung des beobachteten Verhaltens während einer oder mehrerer entsprechender Episoden.
Bei Patienten mit signifikanter Angst oder mit einer eingeschränkten emotionalen Spannweite kann es zu falsch-positiven Bewertungen der Gehemmtheit oder Agitiertheit kommen. Angst kann zum Beispiel eine „starre“ Mimik oder Gestik bedingen sowie sich in gesteigerter psychomotorischer Aktivität ausdrücken (wie zum Beispiel Handbewegungen und Ruhelosigkeit). Um das Grundniveau zu klären, sollte der Interviewer einen interaktiven und beruhigenden Interviewstil anwenden und so dem Patienten helfen sich zu entspannen. Das Grundniveau der Gehemmtheit bleibt im Allgemeinen konstant und wird nur minimal durch Interaktionsversuche des Interviewers beeinflusst. Im Gegensatz dazu sollte eine durch Angst bedingte Schein-Gehemmtheit im Verlauf des Interviews weniger werden.

Agitiertheit hat einige charakteristische Merkmale. Als der sichtbare motorische Ausdruck psychischer Störungen ist Agitiertheit in der Regel gekennzeichnet durch Fassungslosigkeit, Ratlosigkeit und Verwirrung sowie der Beschäftigung mit sehr belastenden Themen, die für den Beobachter oft relativ trivial erscheinen können. Agitierte Patienten erscheinen in der Regel unerreichbar für Beruhigungen und sogar für Interaktionen mit dem Interviewer. Hierbei ist das Grundniveau der Agitiertheit nur wenig beeinflussbar durch Ablenkungen, Unterbrechungen oder Beruhigungen und Empathie des Interviewers. Personen mit Angst oder Stress tendieren hingegen dazu sich im Verlauf des Interviews zu entspannen und „pseudo-agitierte“ Bewegungen abzulegen.

Bitte beachten Sie, dass die Folge der Items im Lehrvideo, von der folgenden Anordnung abweichen.

Ratingbogen und Beurteilungsrichtlinien

1 Fehlende Interaktivität

Für welchen Teil des Interviews reagiert der Patient nicht auf soziale Hinweise oder schafft es nicht mit dem Interviewer zu interagieren bzw. „bei ihm“ zu bleiben (z.B. erweckt den Eindruck, dass er den Interviewer „nicht registriert hat“)? *Ein nicht-interaktiver Patient weist nicht notwendigerweise eine beeinträchtigte Konzentration auf.*

0 – Durchgehend interaktiv

- 1 – Nicht interaktiv für einige Zeit
- 2 – Nicht interaktiv für die meiste Zeit
- 3 – Nicht interaktiv für nahezu die ganze Zeit

Beurteilung

2 Reglosigkeit des Gesichts

Der Beurteiler sollte das Fehlen sich ständig wechselnder Mimik beurteilen. Die Bandbreite der Mimik ist entscheidend, so dass oberflächlichen, flüchtigen Veränderungen oder bloßen sozialen Reaktionen kein großes Gewicht beigemessen werden sollte. Missachten Sie natürliches Blinzeln in Ihrer Beurteilung.

0 – Beweglichkeit im normalen Bereich

- 1 – Leicht eingeschränkte Beweglichkeit der Mimik
- 2 – Mittelgradig eingeschränkte Beweglichkeit der Mimik
- 3 – Starre und reglose Mimik

Beurteilung

3 Haltungsbezogenes Zusammensacken

Beurteilen Sie das Vorliegen und die Schwere haltungsbedingten Zusammensackens (z.B. Neigung des Kopfes; Schultern sind nach vorne gebeugt) entsprechend des Alters und des physischen Gesundheitsstandes des Patienten, während der Patient sitzt, steht und läuft.

0 – Kein Zusammensacken

- 1 – Leicht zusammengesackte Haltung
- 2 – Mittelgradig zusammengesackte Haltung
- 3 – Ausgeprägt zusammengesackte Haltung

Beurteilung

4 Fehlende Reaktivität

Beurteilen Sie das Ausbleiben einer verbesserten Stimmung des Patienten als Reaktion auf etwas Angenehmes oder auf Ihre Aufmunterungsversuche. Falls keine spontane Reaktivität auftritt, testen Sie diese gezielt (z.B.: fragen Sie nach einem interessanten oder normalerweise angenehmen Ereignis; machen Sie dem Patienten Komplimente bezüglich einiger Eigenschaft oder Leistung oder verwenden Sie Humor). Spontanes oder ungezwungenes Lächeln während des Interviews sollte zu einer 0er-Beurteilung führen. Oberflächliches oder gezwungenes Lächeln bedingt eine positive Bewertung.

0 – Angemessene reaktive Stimmung

- 1 – Schwach nicht-reaktive Stimmung
- 2 – Mittelgradig nicht-reaktive Stimmung
- 3 – Schwer nicht-reaktive Stimmung (weder Verschlechterung noch Verbesserung)

Beurteilung

5 Mimische Besorgnis

Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem das Gesicht des Patienten anhaltende, unnatürliche Besorgnis, Ratlosigkeit, Fassungslosigkeit, Ängstlichkeit oder quälende Sorgen zeigt. Die Besorgnis kann nicht wesentlich durch Trost oder Rückversicherungen des Interviewers vermindert werden. Das Item sollte nicht positiv beurteilt werden, solange die Besorgnis nicht eindeutig pathologisch und andauernd ist.

0 – Keine mimische Besorgnis

- 1 – Schwache mimische Besorgnis
2 – Mittelgradige mimische Besorgnis
3 – Ausgeprägte mimische Besorgnis

Beurteilung

6 Verzögerung der sprachlichen Reaktion

Beurteilen sie das Ausmaß, in dem der Patient Verzögerungen oder Blockaden bei der Beantwortung von Fragen zeigt. Berücksichtigen Sie die Bildung, die Kultur, das Alter und die Sprache des Patienten.

0 – Keine offensichtliche Verzögerung beim Antworten

- 1 – Schwache Verzögerung beim Antworten
2 – Mittelgradige Verzögerung beim Antworten
3 – Schwerwiegende Verzögerung beim Antworten

Beurteilung

7 Länge verbaler Antworten

Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem der Patient nicht spricht oder ausführlicher auf eine offene Frage antwortet. Berücksichtigen Sie die Bildung, die Kultur, das Alter und die Sprache des Patienten.

0 – Antworten angemessener Länge

- 1 – Merklich verkürzte Antworten
2 – Generell nur wenige Wörter umfassende Antworten
3 – Stumm

Beurteilung

8 Unaufmerksamkeit

Unaufmerksamkeit ist eine vom Beobachter bewertete Beeinträchtigung der Konzentration. Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem der Patient unaufmerksam bezüglich des Interviews und des Interviewers ist. Der Patient kann bei vollem Bewusstsein, aber unaufmerksam sein. Dies steht im Unterschied zur fehlenden Interaktivität (Item 1), da ein Patient der nicht in der Lage ist, dem Interview aufmerksam zu folgen, dennoch interaktiv sein kann.

0 – Durchgehend aufmerksam

- 1 – Manchmal unaufmerksam
2 – Häufig unaufmerksam
3 – Die meiste Zeit unaufmerksam

Beurteilung

9 Mimische Agitiertheit

Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem die mimischen Bewegungen und Schwankungen im Ausdruck des Patienten pathologische Ängstlichkeit, Fassungslosigkeit, seelischen Schmerz, Ratlosigkeit oder mentale Qual anzeigen. Agitiert manifestiert sich häufig in plötzlichen Ausbrüchen von Angst oder Verzweiflung. Andererseits kann es der Mimik des Patienten an Beweglichkeit fehlen. Beurteilen Sie nicht auf der Basis der subjektiven Angstbeschwerden des Patienten. Beurteilen Sie keine dyskinetischen Bewegungen, da diese typischerweise nicht mit qualvollen mentalen Zuständen in Verbindung stehen. Beurteilen Sie keine zitterigen Bewegungen oder physischen Störungen, die offenkundig zu einem Tremor führen können. Zur Abgrenzung von angstbedingten Bewegungen beziehen Sie sich auf Punkt 3 der allgemeinen Richtlinien. Eine 3er-Beurteilung erfordert andauernde und signifikante Agitiertheit und/oder mehrere Episoden schwerer Agitiertheit zusätzlich zum mimischen Ausdruck der Fassungslosigkeit, Ratlosigkeit oder Gehemmtheit.

0 – Keine mimische Agitiertheit

- 1 – Schwache mimische Agitiertheit
- 2 – Mittelgradige mimische Agitiertheit
- 3 – Andauernde und/oder schwerwiegende Episoden ausgeprägter mimischer Agitiertheit

Beurteilung

10 Reglosigkeit des Körpers (Ausmaß, nicht Geschwindigkeit)

Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem der Patient die Gliedmaßen, die Hände und den Körper bewegt. Berücksichtigen Sie dabei sein Alter und seine physische Gesundheit.

0 – Beweglichkeit innerhalb normaler Grenzen

- 1 – Leicht eingeschränkte Beweglichkeit
- 2 – Mittelgradig eingeschränkte Beweglichkeit
- 3 – Nahezu keine Beweglichkeit (unbeweglich)

Beurteilung

11 Motorische Agitiertheit

Beurteilen Sie andauernde, exzessive oder unadäquate motorische Aktivität, als Zeichen für unterdrückte oder fehlgeleitete Energie, und gekennzeichnet durch die charakteristische Unfähigkeit des Patienten still zu sitzen oder still zu stehen. Typische Bewegungen umfassen langsam reibende, schreitende, sich windende oder umherschweifende Bewegungen. Die Bewegungen können eine autistische Qualität aufweisen. Beurteilen Sie keinen Tremor, keine Dyskinesien oder Manierismen. Beachten Sie Punkt 3 der allgemeinen Richtlinien. Eine 2er-Beurteilung kann eine andauernde moderate Agitiertheit oder eine Episoden sehr schwer ausgeprägter Agitiertheit widerspiegeln. Eine 3er Beurteilung steht für eine andauernde und schwere Agitiertheit.

0 – Keine Auffälligkeit oder Bewegungen, die typischer sind für Angst

- 1 – Schwache motorische Agitiertheit
- 2 – Andauernde moderate Agitiertheit oder Episoden schwerer Intensität
- 3 – Schwere motorische Agitiertheit; unfähig, still zu sitzen

Beurteilung

12 Assoziationsarmut

Beurteilen Sie die Vagheit der gegebenen Informationen und das Ausmaß, in dem es den Inhalten und Themen an Erklärungen und sprachlichem Reichtum fehlt. Berücksichtigen Sie auch hier den Bildungsstand und kulturelle Unterschiede. Ignorieren Sie das Ausmaß, in dem der Patient frei redet oder nicht. Bewerten Sie sowohl Antworten auf offene als auch auf geschlossene Fragen.

0 – Keine Auffälligkeit

- 1 – Schwach ausgeprägte Assoziationsarmut
- 2 – Mittelgradig ausgeprägte Assoziationsarmut
- 3 – Schwer ausgeprägte Assoziationsarmut

Beurteilung

13 Verlangsamte Bewegung (Geschwindigkeit, nicht Umfang)

Beurteilen Sie jegliche Verlangsamung in der Bewegung, unter Berücksichtigung des Alters und der physischen Gesundheit des Patienten. Beobachten Sie wie der Patient den Raum betritt und ihn verlässt, sein Sitzen und Stehen, oder testen Sie die verlangsamte Bewegung, indem Sie den Patient bitten, durch den Raum zu laufen.

0 – Normale Geschwindigkeit der Bewegung

- 1 – Leicht verlangsamte Bewegungen
- 2 – Mittelgradig verlangsamte Bewegungen
- 3 – Stark verlangsamte Bewegungen

Beurteilung

14 Verbale Stereotypie

Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem die Sprache des Patienten krankhaft repetitiv oder perseverativ ist (z.B.: ständiges Suchen, bei gleichzeitiger Unerreichbarkeit für Zuspruch; häufiges Drängen oder Beschweren ohne Bezug zu Zeit oder Ort). Die Wiederholung einzelner Themen, die häufig banaler oder scheinbar inadäquater Natur sind, ist besonders charakteristisch. Typischerweise ist der Effekt einer Unterbrechung eines derartigen verbalen Outputs minimal. Gleiches gilt für das Ausmaß, in dem die Themen des Patienten durch die Interviewsituation geändert oder gelenkt werden können.

0 – Keine offenkundige verbale Stereotypie

- 1 – Schwache verbale Stereotypie
- 2 – Mittelgradige verbale Stereotypie
- 3 – Schwere verbale Stereotypie

Beurteilung

15 Verzögerung der motorischen Aktivität

Beurteilen Sie das Ausmaß, in dem der Patient eine Verzögerung oder Hemmung bei der Initiierung einer Bewegung zeigt (z.B.: aufstehen, um den Raum zu verlassen). Beachten Sie hierbei das Alter und den physischen Gesundheitszustand des Patienten.

0 – Keine offensichtliche Verzögerung in der motorischen Aktivität

- 1 – Schwache Verzögerung in der motorischen Aktivität
- 2 – Mittelgradige Verzögerung in der motorischen Aktivität
- 3 – Schwere Verzögerung in der motorischen Aktivität

Beurteilung

16 Verminderte Gesprächsspontanität

Beurteilen Sie die verminderte Gesprächsspontanität, unter Berücksichtigung jeglicher wahrscheinlich bildungsbezogener, kultureller oder anderer relevanter Einflüsse. Beurteilen Sie Antworten auf offene und geschlossene Fragen.

0 – Spontan aufgeworfene Themen

- 1 – Schwache Einschränkung der Spontanität
- 2 – Mittelgradige Einschränkung der Spontanität
- 3 – Keine spontane Unterhaltung

Beurteilung

17 Verlangsamung der Sprechrate

Beurteilen Sie jegliche Verlangsamung der Sprechrate unter Berücksichtigung des Alters und des physischen Gesundheitszustands des Patienten.

0 – Normale Sprechfrequenz

- 1 – Schwach verlangsamte Sprechfrequenz
- 2 – Mittelgradig verlangsamte Sprechfrequenz
- 3 – Ausgeprägt verlangsamte Sprechfrequenz

Beurteilung

18 Stereotype Bewegungen

Beurteilen Sie das Vorliegen und den Schweregrad von andauernden, sich wiederholenden oder ziellosen Bewegungen. Stereotype Bewegungen sind eindeutig, unüblich, idiosynkratisch und oft bizarr. Beispiele für stereotype Bewegungen könnten das Reiben von Händen in einer eher bizarren Weise, Hautpicken sowie das Hantieren mit Kleidern oder der Haut in Verbindung mit einem autistischen und verstörten Gesichtsausdruck sein. Um als vorliegend bewertet zu werden, sollten die Bewegungen offenkundig, charakteristisch und wenig durch äußere Ablenkungen beeinträchtigt sein. Wir sehen „stereotype Bewegungen“ als eine untergeordnete Variable der „motorischen Agitiertheit“ (Item 11). Daher werden alle depressiven Patienten mit stereotypen Bewegungen „motorische Agitiertheit“ aufweisen, während der umgekehrte Fall nicht notwendigerweise zutrifft. Wenn Item 11 („motorische Agitiertheit“) eine 0er-Beurteilung erhalten hat, dann muss auch hier eine 0er-Beurteilung erfolgen.

0 – Normale nicht-stereotype Bewegungen

- 1 – Schwaches Ausmaß stereotyper Bewegungen (für diejenigen zu verwenden, die ausschließlich Händeringen zeigen)
- 2 – Mittelgradiges Ausmaß stereotyper Bewegungen
- 3 – Schweres Ausmaß stereotyper Bewegungen

Beurteilung

Auswertungsbogen für das CORE-Rating psychomotorischer Veränderungen

Nach der Eingabe der Itembeurteilungen in die Boxen, summieren Sie die Spalten, um die Punktzahlen der drei Skalen zu erhalten; dann summieren Sie die Punktzahlen der drei Skalen, um den Gesamtscore zu erhalten.

1. Fehlende Interaktivität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Reglosigkeit des Gesichts.....			<input type="checkbox"/>	
3. Haltungsbezogenes Zusammensacken.....			<input type="checkbox"/>	
4. Fehlende Reaktivität.....	<input type="checkbox"/>			
5. Mimische Besorgnis.....				<input type="checkbox"/>
6. Verzögerung der sprachlichen Reaktion.....			<input type="checkbox"/>	
7. Länge verbaler Antworten.....	<input type="checkbox"/>			
8. Unaufmerksamkeit.....	<input type="checkbox"/>			
9. Mimische Agitiertheit.....				<input type="checkbox"/>
10. Reglosigkeit des Körpers (Ausmaß, nicht Geschwindigkeit).....			<input type="checkbox"/>	
11. Motorische Agitiertheit.....				<input type="checkbox"/>
12. Assoziationsarmut.....	<input type="checkbox"/>			
13. Verlangsamte Bewegung (Geschwindigkeit, nicht Umfang).....			<input type="checkbox"/>	
14. Verbale Stereotypie.....				<input type="checkbox"/>
15. Verzögerung der motorischen Aktivität.....			<input type="checkbox"/>	
16. Verminderte Gesprächsspontanität.....	<input type="checkbox"/>			
17. Verlangsamung der Sprechrate.....			<input type="checkbox"/>	
18. Stereotype Bewegungen.....				<input type="checkbox"/>

FI = Fehlende Interaktivität
 GH = Gehemmtheit
 AG = Agitiertheit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FI	GH	AG

CORE-Gesamtsscore = FI + GH + AG =