

## **STRUKTURIERTE INTERVIEW-RICHTLINIEN FÜR DIE HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (SIGH-D)**

Janet B.W. Williams, D.S.W.

Diese Interview-Richtlinien wurden unter Verwendung des Hamilton Depression Rating Scales zusammengestellt (Hamilton, Max: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiat 23:56-61, 1960). Die Abstufungen für den Schweregrad der Symptome wurden mit einigen kleinen Änderungen dem ECDEU Assessment Manual (Guy, William, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revidiert 1976, DHEW Publication No. (ADM) 76-338) entnommen. Die Verlässlichkeit des SIGH-D wurde nachgewiesen (Williams JBW: Strukturierte Interview-Richtlinien für die Hamilton Depression Rating Scale. Archives of General Psychiatry 45:742-747, 1988).

Copyright ©1988, 1992, 1996. Alle Rechte vorbehalten. Die Vervielfältigung dieser Richtlinien für Forscher und klinisches Personal ist gestattet.

Korrespondenz: Dr. Williams, New York State Psychiatric Institute, Unit 60, 1051 Riverside Drive,  
New York, New York 10032

---

## **INVENTAR DEPRESSIVER SYMPTOME – FREMDBEURTEILUNG (IDS-C)**

Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., Jarret, R.B. und Trivedi, M.H. Inventar depressiver Symptome (IDS): Psychometric properties. Psychological Medicine, 26:477-486, 1996.

---

### **ANLEITUNG FÜR INTERVIEWER:**

Bei allen Punkten sollte die erste Frage (in fett gedruckter Schrift) genauso wie hier angegeben gestellt werden. Zusätzlich aufgeführte Fragen können gestellt werden, wenn eine weitere Untersuchung und Abklärung der Symptome nötig ist. Sie können auch eigene zusätzliche Fragen hinzufügen, um nötige Informationen zu erhalten. Wenn die Antwort auf eine spezielle Frage bereits in anderem Zusammenhang gegeben wurde, reicht es, die richtige Antwort zu bestätigen (z.B. "Sie haben gesagt, dass..."), die Frage zu beurteilen und zur nächsten Frage überzugehen. Der endgültige Score sollte eine Beurteilung des Schweregrades und der Häufigkeit des Symptoms wiedergeben.

Bitte beachten Sie, dass Patienten mit chronischen Symptomen manchmal keine Phase der Normalität identifizieren können oder „deprimiert“ als Normalzustand bezeichnen. In diesen Fällen darf eine Depression allerdings nicht als „normal“ (d. h. mit „0“) bewertet werden.

**STRUKTURIERTE INTERVIEW-RICHTLINIEN FÜR DIE HAMILTON DEPRESSION SCALE (SIGH-D)\*  
und  
DAS INVENTAR DEPRESSIVER SYMPTOME (IDS-C)  
(SIGHD-IDS)**

Instrumente kombiniert durch **Kenneth A. Kobak, Janet B.W. Williams und A. John Rush**

**ÜBERBLICK:** Ich möchte Ihnen gerne einige Fragen über Ihr Befinden innerhalb der letzten 7 Tage stellen. Wie haben Sie sich seit letzten (WOCHENTAG) gefühlt? BEI AMBULANTEN PATIENTEN: Haben Sie gearbeitet? WENN NICHT: Warum nicht?

**Wie war Ihre Stimmung innerhalb der letzten 7 Tage (im Vergleich zu Ihrer normalen Stimmung)?**

Haben Sie sich niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt? Traurig? Hoffnungslos? Hilflos? Wertlos?

- FALLS JA: Können Sie beschreiben, wie dieses Gefühl für Sie war? Wie schlimm ist das Gefühl?

Haben Sie geweint?

**Wie ist Ihre Einstellung gegenüber der Zukunft?** (optimistisch/pessimistisch) Geht es Ihnen besser, wenn andere Sie ermutigen/bestätigen? Sind Sie der Meinung, dass alles besser werden bzw. schon gut gehen wird?

**FALLS DER PATIENT DEPRESSIONEN HAT: Hat sich Ihre Stimmung innerhalb der letzten 7 Tage bei positiven Erlebnissen, auch wenn es nur Kleinigkeiten waren, verbessert?** Wie lange hat diese Stimmungsaufhellung angehalten? Hat es Ereignisse gegeben, die Ihre Stimmung hätten heben sollen, ohne dass dieses eingetreten ist?

Wie oft haben Sie sich in den letzten 7 Tagen (VOM PATIENTEN ANGEGEBENE BEZEICHNUNG SEINER STIMMUNG) gefühlt? Jeden Tag? Den ganzen Tag?

**HAMD-ABSCHNITT**

**IDS-C-ABSCHNITT**

**1. Depressive Verstimmung** (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit):

- 0 - Nicht vorhanden
- 1 - Auf Befragen angegeben (*von Zeit zu Zeit auftretende leichte Depression*)
- 2 - Spontan berichtet (*persistierende leichte bis mittelschwere Depression*)
- 3 - Auf nicht-verbale Art mitgeteilt, d.h. Gesichtsausdruck, Haltung, Stimme, Tendenz zum Weinen (*persistierende mittelschwere bis schwere Depression*)
- 4 - PRAKTISCH NUR spontane verbale und nicht-verbale Kommunikation der oben genannten depressiven Gefühle (*persistierende sehr schwere Depression mit extremer Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit*)

**5. Stimmung (Traurigkeit):**

- 0 - Fühlt sich nicht traurig
- 1 - Fühlt sich weniger als die Hälfte der Zeit traurig
- 2 - Fühlt sich mehr als die Hälfte der Zeit traurig
- 3 - Fühlt sich die ganze Zeit über sehr traurig

**8. Stimmungsreaktivität:**

- 0 - Stimmung verbessert sich durch schöne Erlebnisse auf das normale Niveau und bleibt mehrere Stunden gut
- 1 - Stimmung verbessert sich durch schöne Erlebnisse, fühlt sich jedoch nicht wie sonst an
- 2 - Stimmung verbessert sich nur wenig und nur bei wenigen, sehr erwünschten Ereignissen
- 3 - Stimmung hellt gar nicht auf, auch wenn sehr schöne, sehr erwünschte Ereignisse auftreten

**17. Zukunftserwartungen:**

- 0 - Betrachtet die Zukunft mit üblichem Optimismus
- 1 - Hat manchmal pessimistische Erwartungen, die aber durch andere Menschen oder Ereignisse korrigiert werden können
- 2 - Extrem pessimistisch für die nähere Zukunft
- 3 - Sieht in der gesamten Zukunft keine Hoffnung für sich/die Situation

**WENN DER SCORE 1-4 BETRÄGT, STELLEN SIE DIE FRAGE:** Wie lange fühlen Sie sich schon so?

**Haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage gefühlt, dass Ihre depressive Stimmung zu bestimmten Tageszeiten schlechter war – beispielsweise morgens oder abends?** (FALLS JA), hing dies mit einem bestimmten Ereignis/bestimmten Ereignissen zusammen? Wie viel schlechter haben Sie sich gefühlt – ein klein wenig oder sehr viel? Auch an den Wochenenden?

HAMD-ABSCHNITT	IDS-C-ABSCHNITT
<p>KEINER</p>	<p><b>9. Stimmungsschwankungen:</b></p> <p>0 - Bemerkt keine Beziehung zwischen Stimmung und Tageszeit</p> <p>1 - Stimmung steht oft in Beziehung zur Tageszeit, abhängig von Umwelteinflüssen</p> <p>2 - Stimmung scheint fast die ganzen 7 Tage über stärker von der Tageszeit als von Ereignissen abzuhängen</p> <p>3 - Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten klar besser oder schlechter</p> <p><i>Wenn die Antwort 1, 2 oder 3 ist:</i></p> <p>9A. Stimmung ist typischerweise am MORGEN, NACHMITTAG oder ABEND schlechter <b>(EINE ANTWORT EINKREISEN)</b></p> <p>9B. Führt der Patient die Stimmungsschwankung auf Umwelteinflüsse zurück? JA oder NEIN <b>(EINE ANTWORT EINKREISEN)</b></p>

Haben Sie Trauer gefühlt oder einen Verlust erlebt, wie den Tod eines nahen Freundes oder Verwandten (bzw. Verlust eines Haustiers, des Arbeitsplatzes)? Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich gefühlt haben? Wie gleicht die traurige oder bedrückte Stimmung, die Sie in den letzten 7 Tagen gefühlt haben, Ihrer Stimmung von damals? (FALLS NEIN), worin liegt der Unterschied?

HAMD-ABSCHNITT	IDS-C-ABSCHNITT
<p>KEINER</p>	<p><b>10. Qualität der Stimmung:</b></p> <p>0 - Stimmung ist praktisch identisch mit Gefühlen der Trauer oder nicht verändert</p> <p>1 - Stimmung ist Trauer sehr ähnlich, jedoch fehlen Erklärungen bzw. ist sie mit mehr Angst verknüpft oder sehr viel intensiver</p> <p>2 - Stimmung ist weniger als die Hälfte der Zeit qualitativ von Trauer verschieden und deshalb Anderen gegenüber schwierig zu erklären</p> <p>3 - Stimmung ist nahezu die ganze Zeit über qualitativ von Trauer verschieden</p>

**Haben Sie sich in den letzten 7 Tagen selbst kritisiert, da Sie dachten, Sie hätten Verschiedenes falsch gemacht oder sich nicht um andere Leute gekümmert?** FALLS JA: Was/woran haben Sie gedacht? Waren diese Gedanken stärker als was für Sie normal ist?

**Wie haben Sie sich in den letzten 7 Tagen selbst gesehen?**

Haben Sie sich in den letzten 7 Tagen abgewertet? Wie schätzen Sie den Wert Ihrer Person im Vergleich zu anderen ein?

Hatten Sie Schuldgefühle, weil Sie etwas getan bzw. nicht getan haben? Hatten Sie Schuldgefühle wegen Ereignissen, die vor langer Zeit stattfanden?

Haben Sie das Gefühl, bestraft zu werden?

Glauben Sie, dass Sie sich (DIESE DEPRESSION) irgendwie selbst zugefügt haben?

(Haben Sie in den letzten 7 Tagen Stimmen gehört oder etwas gesehen, das nicht da war? FALLS JA: Erzählen Sie mir etwas darüber.)

**HAMD-ABSCHNITT**

**IDS-C-ABSCHNITT**

**2. Schuldgefühle:**

- 0 - Nicht vorhanden
- 1 - Selbstvorwurf, glaubt, sich nicht um andere Leute gekümmert zu haben (*oder nur Schuld an einer verringerten Produktivität*)
- 2 - Schuldgefühle oder Grübeln über früher begangene Fehler oder sündhafte Taten (*Schuldgefühle, Reue- oder Schamgefühle*)
- 3 - Die jetzige Erkrankung ist eine Strafe. Wahndee einer Schuld (*schwere, durchdringende Schuldgefühle*)
- 4 - Hört anklagende oder denunzierende Stimmen und/oder hat drohende optische Halluzinationen

**16. Meinung (über sich selbst):**

- 0 - Betrachtet sich als ebenso wertvoll wie andere Menschen
- 1 - Macht sich mehr Selbstvorwürfe als sonst
- 2 - Glaubte stark, dass er/sie Anderen Probleme bereitet
- 3 - Grübelt über größere oder kleinere Fehler nach

**Hatten Sie in den letzten 7 Tagen das Gefühl, dass das Leben nicht lebenswert ist? Haben Sie gedacht, dass es besser wäre tot zu sein oder haben Sie sich gewünscht tot zu sein? Haben Sie daran gedacht, sich selbst zu verletzen oder zu töten?**

FALLS JA: Worüber haben Sie nachgedacht?

Wie oft haben Sie diese Gedanken? Wie lange dauern sie an? Haben Sie in den letzten 7 Tagen einen Plan gemacht?

**Haben Sie irgendetwas unternommen, um sich selbst zu verletzen oder irgendwelche Schritte unternommen um Ihr Leben zu beenden?**

**HAMD-ABSCHNITT**

**IDS-C-ABSCHNITT**

**3. Selbstmordgedanken:**

- 0 - Nicht vorhanden
- 1 - Glaubte, dass das Leben nicht lebenswert ist
- 2 - Er/sie wünscht sich, tot zu sein oder denkt an die Möglichkeit eines Selbstmordes
- 3 - Selbstmordgedanken oder Gestik, die einen Selbstmord andeutet
- 4 - Selbstmordversuche

**18. Suizidalität:**

- 0 - Denkt nicht an Selbstmord oder Tod
- 1 - Denkt, das Leben sei leer oder nicht lebenswert
- 2 - Denkt mehrmals wöchentlich für mehrere Minuten an Selbstmord/Tod
- 3 - Denkt intensiv mehrmals täglich an Selbstmord/Tod oder hat konkrete Pläne entworfen oder versucht, Selbstmord zu begehen

**Ich möchte Ihnen jetzt gerne einige Fragen über Ihren Schlaf stellen. Wann sind Sie vor Auftreten Ihrer Schwierigkeiten für gewöhnlich schlafen gegangen und aufgestanden?**

**Wann sind Sie in den letzten 7 Tagen eingeschlafen und wieder aufgewacht?**

**Hatten Sie beim Einschlafen zu Beginn der Nacht Schwierigkeiten?** (Wie lange hat es gedauert, bis Sie eingeschlafen sind, nachdem Sie zu Bett gingen?)

Wie viele Nächte innerhalb der letzten 7 Tage hatten Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**4. Einschlafstörungen:**

- 0 - Keine Schwierigkeiten beim Einschlafen
- 1 - Klagt über gelegentliche Schwierigkeiten beim Einschlafen (*d.h. braucht 2-3 Nächte mindestens ½ Stunde*)
- 2 - Klagt über tägliche Schwierigkeiten beim Einschlafen (*d.h. braucht mindestens 4 Nächte mindestens ½ Stunde*)

**1. Einschlafschwierigkeiten:**

- 0 - Braucht nie länger als 30 Minuten, um einzuschlafen
- 1 - Braucht weniger als die Hälfte der Zeit mindestens 30 Minuten um einzuschlafen
- 2 - Braucht mehr als die Hälfte der Zeit mindestens 30 Minuten um einzuschlafen
- 3 - Braucht mehr als 60 Minuten um einzuschlafen, mehr als die Hälfte der Zeit

**Sind Sie innerhalb der letzten 7 Tage mitten in der Nacht aufgewacht?** FALLS JA: Sind Sie aufgestanden? Was haben Sie gemacht? (Sind Sie nur zur Toilette gegangen?)

Können Sie gleich einschlafen, wenn Sie sich wieder niederlegen?

Wie lange liegen Sie wach?

Wie oft innerhalb der letzten 7 Tage hatten Sie diese Schwierigkeiten?

**(WENN PATIENT KEINE DURCHSCHLAFPROBLEME HAT)** Haben Sie in einigen Nächten unruhig geschlafen oder sind Schlafstörungen aufgetreten?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**5. Durchschlafstörungen:**

- 0 - Keine Schwierigkeiten durchzuschlafen
- 1 - Klagt über unruhigen und gestörten Schlaf (*oder von Zeit zu Zeit, d.h. hat in 2-3 Nächten Schwierigkeiten, mindestens ½ Stunde*)
- 2 - Wacht in der Nacht auf – steht aus irgendeinem Grund auf (*Ausnahme: zur Toilette gehen*); (*oft, d.h. in mindestens 4 Nächten Schwierigkeiten, mindestens ½ Stunde*)

**2. Durchschlafschwierigkeiten:**

- 0 - Wacht in der Nacht nicht auf
- 1 - Rastlos, leichter Schlaf mit seltenem Aufwachen
- 2 - Wacht mindestens einmal in der Nacht auf, schläft aber schnell wieder ein
- 3 - Wacht mehr als die Hälfte der Zeit öfter als einmal in der Nacht auf, bleibt mindestens 20 Minuten wach

**Wann sind Sie innerhalb der letzten 7 Tage am Morgen aufgewacht?**

WENN ZEITIG: Hat Sie der Wecker aufgeweckt oder sind Sie von selbst aufgewacht? Wann wachen Sie für gewöhnlich auf, wenn Sie sich wohl fühlen?

Wie oft sind Sie innerhalb der letzten 7 Tage zu früh aufgewacht?

Können Sie danach wieder einschlafen?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**6. Frühes Erwachen:**

- 0 - Keine Schwierigkeiten
- 1 - Wacht früh auf, kann aber wieder einschlafen (*von Zeit zu Zeit, d.h. in 2-3 Nächten mindestens 1/2 Stunde*)
- 2 - Kann nicht mehr einschlafen, wenn er aufgestanden ist (*oft, d.h. in mindestens 4 Nächten Schwierigkeiten, mindestens 1/2 Stunde*)

**3. Früherwachen:**

- 0 - Wacht mehr als die Hälfte der Zeit weniger als 30 Minuten vor normaler Aufwachzeit auf
- 1 - Wacht mehr als die Hälfte der Zeit mehr als 30 Minuten früher auf
- 2 - Wacht mehr als die Hälfte der Zeit mindestens 1 Stunde früher auf
- 3 - Wacht mehr als die Hälfte der Zeit mindestens 2 Stunden früher auf

Wie viele Stunden haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage im Durchschnitt pro 24 Stunden geschlafen, einschließlich Nickerchen? Ist diese Schlafmenge normal für Sie? Was war Ihre längste Schlafdauer in einem 24-Stunden-Zeitraum während der letzten 7 Tage?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

KEINER

**4. Hypersomnie:**

- 0 - Schläft höchstens 7–8 Stunden pro Nacht, kein Nickerchen
- 1 - Schläft höchstens 10 Stunden innerhalb von 24 Stunden (inklusive Nickerchen)
- 2 - Schläft höchstens 12 Stunden innerhalb von 24 Stunden (inklusive Nickerchen)
- 3 - Schläft länger als 12 Stunden innerhalb von 24 Stunden (inklusive Nickerchen)

**Was haben Sie in den letzten 7 Tagen gemacht (wenn Sie nicht gearbeitet haben)?**

Ist das für Sie normal?

Waren Sie an (IHRER TÄTIGKEIT) interessiert oder mussten Sie sich dazu zwingen?

Bitte schildern Sie Ihr Interesse an und Ihre Motivation zu Alltagsaktivitäten.

Haben Sie aufgehört irgendetwas zu tun, was Sie für gewöhnlich tun (z.B. Hobbys)? FALLS JA: Warum?

Wie viele Stunden pro Tag gehen Sie Beschäftigungen nach, die Sie interessieren?

Gibt es etwas, worauf Sie sich freuen?

**Hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage Spaß? (FALLS NEIN)**, hat Ihnen irgendetwas Freude bereitet (Essen, Kino, Zusammensein mit Freunden)? **(FALLS JA)**, war die Freude, die Sie empfunden haben, so wie immer?

WENN DER PATIENT ARBEITET (ZU HAUSE ODER AM ARBEITSPLATZ): Konnten Sie so viel (Arbeit) erledigen wie sonst?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**7. Arbeit und andere Tätigkeiten:**

- 0 - Keine Schwierigkeiten
- 1 - Glaubt unfähig zu sein und fühlt sich bei verschiedenen Tätigkeiten, Arbeiten oder Hobbys müde oder schwach (*leichte Reduktion des Interesses oder Vergnügens; keine deutliche Beeinträchtigung der Funktion*)
- 2 - Verlust des Interesses an verschiedenen Tätigkeiten, Hobbys und Arbeiten (vom Patienten direkt berichtet oder indirekt durch Teilnahmslosigkeit und Unentschlossenheit mitgeteilt) (*fühlt, dass er/sie sich zur Arbeit oder zu anderen Tätigkeiten zwingen muss; eine deutliche Reduktion des Interesses, Vergnügens oder der Funktion*)
- 3 - Hat weniger Zeit mit verschiedenen Tätigkeiten verbracht oder weniger produziert (*Eine tief greifende Reduktion des Interesses, des Vergnügens und der Funktion*)
- 4 - Hat wegen seiner jetzigen Krankheit aufgehört zu arbeiten (*ist auf Grund der Krankheit und des vollständigen Verlustes des Interesses nicht in der Lage zu arbeiten oder seine/ihre primäre Rolle zu erfüllen*)

**19. Aktivitäten:**

- 0 - Keine Veränderung zu sonstigen Aktivitäten oder Interesse für andere Menschen
- 1 - Bemerkt Verminderung bei Interessen/Aktivitäten
- 2 - Hat nur noch ein oder zwei Interessen
- 3 - Hat praktisch kein Interesse an früheren Aktivitäten mehr

**21. Genuss/Freude (außer sexueller Aktivität):**

- 0 - Nimmt an angenehmen Aktivitäten teil und empfindet dabei übliche Freude/Genuss
- 1 - Empfindet nicht die übliche Freude bei angenehmen Aktivitäten
- 2 - Empfindet selten Freude an irgendeiner Aktivität
- 3 - Kann keinerlei Freude oder Genuss bei irgendeiner Aktivität empfinden

<p><b>Wie gut war Ihre Konzentration in den letzten 7 Tagen?</b> Konnten Sie sich auf das, was Sie getan haben (z. B. Lesen oder Fernsehen), konzentrieren? War es schwieriger als sonst, einfache Entscheidungen zu treffen (was Sie anziehen, essen oder im Fernsehen ansehen sollen?)</p>	
HAMD-ABSCHNITT	IDS-C-ABSCHNITT
KEINER	<p><b>15. Konzentration/Entscheidungsfähigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 - Keine Veränderung zu normaler Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit</li> <li>1 - Hat manchmal Schwierigkeiten, sich zu entscheiden, oder bemerkt, dass Aufmerksamkeit oft abschweift</li> <li>2 - Kämpft die meiste Zeit darum, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen</li> <li>3 - Konzentration zu schlecht, um ein Buch zu lesen, kann keine Entscheidungen treffen</li> </ul>

<p><b>Hatten Sie den Eindruck, dass sich Ihr Denken, Ihre Sprache oder Ihre Bewegungen innerhalb der letzten 7 Tage verlangsamt haben?</b> Sind Sie hierauf angesprochen worden?</p>	
HAMD-ABSCHNITT	IDS-C-ABSCHNITT
<p><b>BEURTEILUNG LEDIGLICH AUFGRUND DER BEOBACHTUNG WÄHREND DES INTERVIEWS</b></p> <p><b>8. Verlangsamung</b> (Verlangsamung von Gedanken und Sprache, Konzentrationsschwäche, Verlangsamung von Bewegungen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 - Normale Sprache und Gedanken</li> <li>1 - Geringe Verlangsamung beim Interview (<i>oder leichte psychomotorische Retardierung</i>)</li> <li>2 - Deutliche Verlangsamung beim Interview (<i>d.h. mittelschwer, einige Schwierigkeiten beim Interview; merkliche Pausen und langsames Denken</i>)</li> <li>3 - Interview schwierig (<i>schwere psychomotorische Retardierung, das Interview ist sehr schwierig, sehr lange Pausen</i>)</li> <li>4 - Stupor (<i>extreme Retardierung; Stupor; das Interview ist kaum möglich</i>)</li> </ul>	<p><b>BEURTEILUNG AUFGRUND DER BEOBACHTUNGEN WÄHREND DES INTERVIEWS UND SELBSTEINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN</b></p> <p><b>23. Psychomotorische Verlangsamung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 - Normale Geschwindigkeit des Denkens, Bewegens und Sprechens</li> <li>1 - Patient bemerkt Verlangsamung beim Denken, und die Stimmmodulation ist vermindert</li> <li>2 - Patient antwortet auf viele Fragen erst nach einigen Sekunden; berichtet Denkverlangsamung</li> <li>3 - Ohne starke Ermutigung antwortet der Patient auf die meisten Fragen eher nicht</li> </ul>

<p><b>Haben Sie sich innerhalb der letzten 7 Tage unruhig oder zappelig gefühlt?</b> Waren Sie unfähig, still zu sitzen, oder fühlten Sie einen Bewegungsdrang?</p>	
<p>HAMD-ABSCHNITT</p>	<p>IDS-C-ABSCHNITT</p>
<p><b>BEURTEILUNG LEDIGLICH AUFGRUND DER BEOBACHTUNG WÄHREND DES INTERVIEWS</b></p>	<p><b>BEURTEILUNG AUFGRUND DER BEOBACHTUNGEN WÄHREND DES INTERVIEWS UND SELBSTEINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN.</b></p>
<p><b>9. Agitiertheit:</b></p> <p>0 - Keine (<i>Bewegungen liegen im normalen Rahmen</i>)                  1 - Zappeligkeit                  2 - Spielt mit Händen, Haaren usw.                  3 - Bewegt sich ständig, kann nicht still sitzen                  4 - Ringt die Hände, beißt Nägel, zieht an seinen Haaren, beißt seine Lippen (<i>Interview ist unmöglich</i>)</p>	<p><b>24. Psychomotorische Erregung:</b></p> <p>0 - Keine Beschleunigung oder Desorganisation des Denkens oder der Bewegungen                  1 - Zappelig, wringt die Hände und ändert häufig die Position                  2 - Beschreibt Impulse, sich zu bewegen, und zeigt motorische Unruhe                  3 - Unfähig, sitzen zu bleiben. Läuft mit oder ohne Erlaubnis im Zimmer umher</p>

<p><b>Waren Sie in den letzten 7 Tagen besonders angespannt oder reizbar?</b> FALLS JA: Mehr als gewöhnlich?</p> <p>Waren Sie ungewöhnlich streitlustig oder ungeduldig? Hatten Sie den Eindruck, dass Sie aus wenig ersichtlichem Grund ärgerlich oder gereizt auf Ihre Umwelt reagieren? Mehr als normalerweise? Wie oft ist dies in den letzten 7 Tagen vorgekommen?</p> <p><b>Haben Sie sich in den letzten 7 Tagen besonders ängstlich, nervös oder unruhig gefühlt?</b> Wie oft?</p> <p>Haben Sie sich über Kleinigkeiten Sorgen gemacht, über die Sie sich sonst keine Sorgen machen?                  FALLS JA: Worüber zum Beispiel?</p>	
<p>HAMD-ABSCHNITT</p>	<p>IDS-C-ABSCHNITT</p>
<p><b>10. Angst (Psychische Symptome):</b></p> <p>0 - Keine Schwierigkeiten                  1 - Subjektiv angespannt und reizbar (<i>leicht, von Zeit zu Zeit auftretend</i>)                  2 - Macht sich über Kleinigkeiten Sorgen (<i>mittelschwer, verursacht eine gewisse Verzweiflung, oder sorgt sich extrem auf Grund realer Probleme</i>)                  3 - Erscheint ängstlich (Gesichtsausdruck, Sprache) (<i>schwer; Beeinträchtigung der Funktion auf Grund der Ängstlichkeit</i>)                  4 - Berichtet über Ängste ohne gefragt zu sein (<i>Symptome sind behindernd</i>)</p>	<p><b>6. Stimmung (Gereiztheit):</b></p> <p>0 - Fühlt sich nicht gereizt                  1 - Fühlt sich weniger als die Hälfte der Zeit gereizt                  2 - Fühlt sich mehr als die Hälfte der Zeit gereizt                  3 - Fühlt sich die ganze Zeit über extrem gereizt</p> <p><b>7. Stimmung (Ängstlichkeit):</b></p> <p>0 - Fühlt sich nicht ängstlich oder angespannt                  1 - Fühlt sich weniger als die Hälfte der Zeit ängstlich/angespannt                  2 - Fühlt sich mehr als die Hälfte der Zeit ängstlich/angespannt                  3 - Fühlt sich praktisch die ganze Zeit über extrem ängstlich/angespannt</p>

**Haben Sie plötzlich sehr starke Ängste oder extremes Unwohlsein empfunden?** Sind extreme Panikgefühle ohne erkennbaren Grund aufgetreten? Ist das in den letzten 7 Tagen passiert? Wann zum letzten Mal? Was ist geschehen?  
 Gibt es Situationen oder Dinge, die Sie stets ablehnen oder vermeiden, da sie Ihnen Angst machen? Leiden Sie unter Phobien? Haben Sie in den letzten 7 Tagen beobachtet, dass dieses Vermeidungsverhalten stärker wurde?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

KEINER

**27. Panik/Phobische Symptome:**

- 0 - Hat weder Panikattacken noch phobische Symptome
- 1 - Hat leichte Panikattacken oder Phobien, die das Verhalten für gewöhnlich nicht verändern und nicht behindern
- 2 - Hat schwere Panikgefühle oder Phobien, die das Verhalten verändern, aber nicht schwer behindern
- 3 - Hat mindestens einmal pro 7 Tage schwere Panikattacken oder Phobien, die zu vollständigem und regelmäßigem Vermeidungsverhalten führen

**Hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage eine oder mehrere der folgenden körperlichen Beschwerden? (LISTE LESEN)**

- GI -                    trockener Mund, Blähungen, Verdauungsstörungen, Obstipation, Diarrhö, Magenkrämpfe, Aufstoßen, häufiger Harndrang
- KV                     Herzklopfen, Kopfschmerzen
- RESP -                Hyperventilation, Seufzen, Atemnot (Dyspnoe), Schwitzen
- ANDERE -             Tremor, Klingeln in den Ohren (Tinnitus), Sehstörungen, heiße und kalte Schauer, Brustschmerzen

BEI JEDEM SYMPTOM, DAS DER PATIENT ANGIBT ZU HABEN:

Wie sehr hat Sie (DAS SYMPTOM) in den letzten 7 Tagen gestört? (Wie schlimm war es? Wie lange hat es angehalten? Wie oft haben Sie es gehabt?)

HINWEIS: SYMPTOME, DIE EINDEUTIG SOMATISCH BEDINGT SIND, DÜRFEN NICHT ZUR BEURTEILUNG VERWENDET WERDEN.

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**11. Angst (Somatische Symptome):**

- 0 - Nicht vorhanden
- 1 - Leicht (*Symptome sind nur selten vorhanden, keine Beeinträchtigung, minimale Verzweiflung*)
- 2 - Mäßig (*Symptome anhaltender, oder eine gewisse Beeinträchtigung der gewöhnlichen Aktivitäten, mittlere Verzweiflung*)
- 3 - Schwer (*Bedeutende Behinderung der Funktion*)
- 4 - Stark behindernd

**26. Vegetative Erregung:**

- 0 - Berichtet nicht von Herzrasen, Tremor, Sehstörungen, Tinnitus oder verstärktem Schwitzen, Atemnot, heißen und kalten Schauern, Brustschmerzen
- 1 - Die oben genannten Symptome sind leicht und treten nur periodisch auf
- 2 - Die Symptome sind mittelschwer und mehr als die Hälfte der Zeit vorhanden
- 3 - Die Symptome führen zu Behinderungen im Alltag

**28. Gastrointestinale Beschwerden:**

- 0 - Keine Veränderung der Darmgewohnheiten
- 1 - Hat leichte Verstopfung bzw. Diarrhö leichter Natur
- 2 - Hat die meiste Zeit Diarrhö bzw. Verstopfung, die aber nicht zu Behinderungen führen
- 3 - Hat periodisch wiederkehrende Verstopfung bzw. Diarrhö, die behandelt werden muss oder zu Behinderungen im Alltag führt

**Wie war Ihr Appetit in den letzten 7 Tagen? Im Vergleich mit Ihrem normalen Appetit?**

**FALLS GERINGER: Wie viel geringer?**

Mussten Sie sich zum Essen zwingen?

Mussten andere Leute Sie zum Essen auffordern? (Haben Sie Mahlzeiten ausgelassen?)

Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr als sonst essen? Jeden Tag? Haben Sie festgestellt, dass Sie zu den Mahlzeiten mehr essen? Haben Sie festgestellt, dass Sie Zwischenmahlzeiten einlegen oder mehr zwischen den Mahlzeiten essen? Haben Sie einen Esszwang empfunden? Hatten Sie Essanfälle?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**12. Somatische Symptome (Gastrointestinal):**

- 0 - Keine
- 1 - Kein Appetit, isst aber ohne Aufforderung (*etwas geringerer Appetit als gewöhnlich*)
- 2 - Isst kaum ohne Aufforderung (*oder wesentlich weniger Appetit, muss sich selbst zum Essen zwingen oder nicht*)

**11. Appetit (Vermindert):**

- 0 - Appetit nicht verändert
- 1 - Isst etwas weniger oder weniger häufig als sonst
- 2 - Isst sehr viel weniger als sonst und nur mit viel Mühe
- 3 - Isst kaum etwas innerhalb von 24 Stunden und nur mit größter Mühe oder durch Überredung von Anderen

**12. Appetit (Vermehrt):**

- 0 - Appetit nicht verändert
- 1 - Empfindet häufiger Verlangen zu essen als sonst
- 2 - Isst regelmäßig mehr und/oder häufiger als sonst
- 3 - Fühlt sich getrieben, sich während der oder zwischen den Mahlzeiten zu überessen

**11 ODER 12 bewerten (nicht beides)**

**Wie war Ihre Energie in den letzten 7 Tagen?**

FALLS WENIG ENERGIE: Fühlten Sie sich müde? (Wie oft und wie lange? Wie schlimm war es?)

**Hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage irgendwelche Schmerzen?** (z.B. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen?)

Wie lange haben sie gedauert? Wie schlimm waren sie?

**Hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage das Gefühl, heruntergezogen zu werden, so als hätten Sie Bleigewichte an Ihren Armen und Beinen?** An wie vielen Tagen? Wie oft? Wirken sich diese Symptome störend auf Ihre Alltagsaktivitäten aus?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**13. Allgemeine somatische Symptome**

- 0 - Keine
- 1 - Schweregefühl in den Gliedern, im Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen, Energielosigkeit und Müdigkeit (*etwas weniger Energie als gewöhnlich; leichter periodischer Verlust der Energie oder Muskelschmerzen/Schwere*)
- 2 - Eindeutige Symptome (*Persistierender bedeutender Verlust der Energie oder Muskelschmerzen / Schwere*)

**20. Energie/Müdigkeit:**

- 0 - Keine Veränderung zum sonstigen Energielevel
- 1 - Wird schneller müde als sonst
- 2 - Kann Alltagsaktivitäten nur mit großer Mühe erledigen
- 3 - Kann Alltagsaktivitäten aufgrund mangelnder Energie nicht mehr erledigen

**25. Schmerzbeschwerden:**

- 0 - Beschreibt kein Gefühl der Beinschwere oder Schmerzen
- 1 - Klagt über Kopf-, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die periodisch wiederkehren jedoch nicht lähmend sind
- 2 - Klagt, dass die oben genannten Schmerzen die meiste Zeit vorhanden sind
- 3 - Diese Schmerzen führen zu Behinderungen im Alltag

**30. Bleierne Lähmung/Körperliche Energie:**

- 0 - Fühlt sich nicht schwer oder ohne körperliche Energie
- 1 - Fühlt sich manchmal schwer und ohne körperliche Energie, aber ohne Auswirkungen auf Arbeit, Schule oder Freizeitaktivitäten
- 2 - Fühlt sich mehr als die Hälfte der Zeit körperlich niedergedrückt (ohne körperliche Energie)
- 3 - Fühlt sich die meiste Zeit einige Stunden am Tag, einige Tage in der Woche körperlich niedergedrückt (ohne körperliche Energie)

**Manchmal verliert man, wenn man an einer Depression leidet, das Interesse am Geschlechtsverkehr. Wie stark war Ihr Interesse an Sex in den letzten 7 Tagen?** (Ich möchte nicht wissen, ob Sie tatsächlich Geschlechtsverkehr hatten, sondern nur ob Sie daran interessiert waren.)

Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendwann an Sex gedacht?

Hat sich Ihr Interesse am Geschlechtsverkehr geändert seitdem Sie sich nicht mehr so gut wie früher fühlen?  
 FALLS JA: Ist Ihre jetzige Einstellung zum Geschlechtsverkehr ungewöhnlich im Vergleich zur Zeit vor Auftreten Ihrer Probleme? (Ist Ihr Interesse daran etwas oder viel geringer?)

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**14. Den Genitaltrakt betreffende Symptome**

**22. Sexuelles Interesse:**

(z.B. Verlust der Libido, Menstruationsstörungen):

- 0 - Nicht vorhanden
- 1 - Leicht (*etwas weniger Interesse als gewöhnlich*)
- 2 - Schwer (*wesentlich weniger Interesse als gewöhnlich*)

- 0 - Hat übliches Interesse an oder übliches Lustempfinden bei sexuellen Aktivitäten
- 1 - Hat nur begrenztes Interesse an oder nur mäßiges Lustempfinden bei sexuellen Aktivitäten
- 2 - Hat wenig Verlangen nach sexuellen Aktivitäten oder selten Lustempfinden dabei
- 3 - Hat kein Verlangen nach sexuellen Aktivitäten oder keinerlei Lustempfinden

**Wie viel haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage über Ihre körperliche Gesundheit oder über die Funktionen Ihres Körpers nachgedacht (verglichen mit Gedanken darüber, die Sie vor Auftreten Ihrer Probleme hatten)?** (Hatten Sie große Angst, krank zu werden? Waren Sie sehr davon in Anspruch genommen?)

Beklagen Sie sich viel über körperliche Beschwerden?

Haben Sie bei Verrichtungen, die Sie eigentlich alleine durchführen können, um Hilfe gebeten?  
 FALLS JA: Wobei zum Beispiel? Wie oft kam das vor?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**15. Hypochondrie:**

- 0 - Nicht vorhanden (*Abwesenheit unangebrachter Sorgen ODER total beruhigt*)
- 1 - Gedanken über den eigenen Körper (*unangebrachte Sorge über seine/ihre Gesundheit ODER leichte Besorgnis trotz Beruhigung*)
- 2 - Intensives Beschäftigtsein mit der eigenen Gesundheit (*sorgt sich oft zu viel im Hinblick auf seine/ihre Gesundheit ODER auf jeden Fall besorgt, dass er/sie eine bestimmte Krankheit hat - trotz medizinischer Beruhigung*)
- 3 - Häufige Klagen, Bitten um Hilfe etc. (*ist sich sicher, dass ein physisches Problem vorliegt, welches der Arzt nicht bestätigen kann; übertriebene oder unrealistische Sorgen im Hinblick auf den eigenen Körper und die körperliche Gesundheit*)
- 4 - Hypochondrische Wahnvorstellungen (*z.B. hat das Gefühl, dass Körperteile verfallen oder verwesen; dies kommt bei ambulanten Patienten selten vor*)

KEINER

**Haben Sie seit Auftreten (der DEPRESSION) abgenommen?** FALLS JA: Haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage abgenommen? (Weil Sie sich deprimiert oder niedergeschlagen fühlten?) Wie viel haben Sie abgenommen?

WENN UNSICHER: Glauben Sie, dass Ihnen Ihre Kleidungsstücke zu groß geworden sind?

**Wie stark hat sich Ihr Gewicht innerhalb der letzten 14 Tage verändert?**

BEI EINER KONTROLLUNTERSUCHUNG: Haben Sie wieder zugenommen?

HAMD-ABSCHNITT

IDS-C-ABSCHNITT

**16. Gewichtsverlust innerhalb der letzten 7 Tage**

Beurteilung nach der Krankengeschichte:

- 0 - Kein Gewichtsverlust oder Gewichtsverlust, der NICHT durch die jetzige Krankheit bedingt ist
- 1 - Wahrscheinlicher Gewichtsverlust, durch die Depression verursacht
- 2 - Eindeutiger Gewichtsverlust (nach Angaben des Patienten), durch die Depression verursacht

**13. Gewicht (Verlust) innerhalb der letzten 14 Tage:**

- 0 - Keine Gewichtsveränderung
- 1 - Meint, ein wenig an Gewicht verloren zu haben
- 2 - Hat mindestens 1 Kilo abgenommen
- 3 - Hat mindestens 2,5 Kilo abgenommen

**14. Gewicht (Zunahme) innerhalb der letzten 14 Tage:**

- 0 - Keine Gewichtsveränderung
- 1 - Meint, ein wenig zugenommen zu haben
- 2 - Hat mindestens 1 Kilo zugenommen
- 3 - Hat mindestens 2,5 Kilo zugenommen

**13 ODER 14 beurteilen (nicht beide)**

<b>BEURTEILUNG AUFGRUND DER BEOBACHTUNG WÄHREND DES INTERVIEWS</b>	
HAMD-ABSCHNITT	IDS-C-ABSCHNITT
<p><b>17. Krankheitseinsicht:</b></p> <p>0 - Patient sieht ein, dass er deprimiert und krank ist ODER ist derzeit nicht deprimiert</p> <p>1 - Hat eine Krankheitseinsicht, glaubt aber, dass die Krankheit durch verdorbene Lebensmittel, zu viel Arbeit, einen Virus, Mangel an Erholung etc. bedingt ist (<i>Streitet ab krank zu sein, akzeptiert jedoch die Möglichkeit einer Krankheit, z.B. „Ich glaube nicht, dass ich krank bin, aber Andere glauben es“</i>)</p> <p>2 - Hat keine Krankheitseinsicht (<i>vollständige Ablehnung einer Krankheit; z.B. „Ich habe keine Depressionen, es geht mir gut“</i>)</p>	<p>KEINER</p>

Fühlen Sie sich schnell durch Andere abgelehnt, missachtet oder kritisiert? Wie oft ist das vorgekommen? Wie reagieren Sie, wenn es passiert – ärgerlich, bedrückt usw.? (Schweregrad der Reaktion testen) Wie wirkt sich dies auf Ihre Fähigkeit aus, mit anderen sozial zu interagieren oder Aufgaben zu beenden?

HAMD-ABSCHNITT	IDS-C-ABSCHNITT
<p>KEINER</p>	<p><b>29. Zwischenmenschliche Empfindlichkeit:</b></p> <p>0 - Fühlt sich nicht leicht durch Andere abgelehnt, missachtet, kritisiert oder verletzt</p> <p>1 - Fühlt sich manchmal durch Andere abgelehnt, missachtet, kritisiert oder verletzt</p> <p>2 - Fühlt sich oft durch Andere abgelehnt, missachtet, kritisiert oder verletzt, allerdings nur mit geringen Auswirkungen auf soziale/berufliche Aktivitäten</p> <p>3 - Fühlt sich oft durch Andere abgelehnt, missachtet, kritisiert oder verletzt, was zu einer Beeinträchtigung der sozialen/beruflichen Aktivitäten führt</p>

**INSGESAMT 17 PUNKTE - HAMILTON DEPRESSIONSSCORE :**      \_\_\_ \_\_\_

**INSGESAMT 30 PUNKTE – IDS-SCORE:**      \_\_\_ \_\_\_

FALLS SIE BEIM PUNKT SUIZIDALITÄT MIT 1, 2, 3 ODER 4 BEWERTET HABEN (HAMD-ABSCHNITT 3 ODER IDS-PUNKT 18), VERWENDEN SIE AUF JEDEN FALL DEN C-SSRS.